



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРИКАЗ

4 октября 1980 г.

№ 1030

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В целях упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации в учреждениях здравоохранения, приведения медицинской документации к единой системе стандартов бланков, обеспечения полноты и достоверности информации, отражающей деятельность учреждений здравоохранения,

Утверждаю:

Перечень и образцы форм первичной медицинской документации (приложение к приказу).

Приказываю:

1. Министрам здравоохранения союзных республик, Президенту Академии медицинских наук СССР, Начальнику IV-го Главного управления:

1.1. Ввести в действие в учреждениях здравоохранения не позднее 31.12.81 года медицинскую документацию, утвержденную приказом.

1.2. Обеспечить тиражирование утвержденных форм медицинской документации и снабжение ими учреждений здравоохранения республик и подведомственных учреждений.

1.3. Издать необходимым тиражом перечень форм медицинской документации, утвержденный настоящим приказом, с целью обеспечения им учреждений здравоохранения союзных республик и подведомственных учреждений.

1.4. Разрешить при наличии на 31.12.81 г. большого запаса бланков форм первичной медицинской документации, утвержденных ранее, временное их использование до 31.12.82 г.

1.5. Запретить вводить и использовать формы первичной медицинской документации, не утвержденные Минздравом СССР, и вносить какие-либо изменения в перечень и формы документов, утвержденные Министерством здравоохранения СССР.

2. Директору ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко тов. Серенко А.Ф.:

2.1. Организовать до 1 января 1981 г. в институте Всесоюзный регистр форм первичной медицинской документации и представить на утверждение проект положения о его работе.

2.2. Обеспечить размещение заказа на изготовление 120 наборов образцов форм первичной медицинской документации в производственном объединении ВНИИ медицинской и медико-технической информации и в срок до 1 февраля 1981г. осуществить рассылку наборов министерствам здравоохранения союзных республик.

2.3. Обеспечить методическую помощь министерствам здравоохранения союзных республик при введении новой документации.

3. Директору производственного комбината ВНИИ медицинской и медико-технической информации тов. Городскому Л.Н. обеспечить в срок до 1 января 1981 г. изготовление 120 наборов образцов форм первичной медицинской документации.

4. Начальнику Главного управления материально-технического снабжения тов. Астахову Н.А. в октябре 1980 г. выделить ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко 2,0 тонны бумаги и 1,0 тыс. листов фольги для издания форм первичной медицинской документации.

5. Директорам: ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко тов. Серенко А.Ф., общей и судебной психиатрии им. Сербского тов. Морозову Г.В., ЦНИИ

стоматологии тов. Рыбакову А.И., начальнику Управления медицинской статистики и вычислительной техники тов. Церковному Г.Ф. до 1 июля 1981 года разработать и утвердить методические рекомендации по применению форм первичной медицинской документации.

6. С 31.12.81 г. считать утратившим силу приказ Министра здравоохранения СССР от 16 июля 1954 г. N 130-М "О сокращении внутриведомственной статистической отчетности и упорядочении учета в органах, учреждениях и предприятиях системы Министерства здравоохранения СССР" и другие приказы Министерства здравоохранения СССР, изданные до 1.10.80 г., в части утверждения форм первичной медицинской документации, за исключением приказов Минздрава СССР, которыми утверждены для проведения экспериментальных работ временные учетные формы, срок применения которых не истек до 1.10.80 г.

7. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на начальника Управления медицинской статистики и вычислительной техники тов. Церковного Г.Ф.

Министр
здравоохранения СССР
Б.В.ПЕТРОВСКИЙ

Приложение
к приказу Минздрава СССР
от 04.10.80 N 1030

ПЕРЕЧЕНЬ
ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

NN п/п	Наименование формы	N формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
1	2	3	4	5	6
	1.1. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРАХ				
1.	Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации	001/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	25 лет
2.	Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц	002/у	A4	"-"	50 лет
3.	Медицинская карта стационарного больного	003/у	A4	Тетрадь 8 стр.	25 лет <*>
4.	Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у	A4	Тетрадь 4 стр.	5 лет
5.	История родов	096/у	A4	Тетрадь 8 стр.	25 лет
6.	История развития новорожденного	097/у	A4	"-"	"-"
7.	Температурный лист	004/у	A4	бланк	"-"
8.	Лист регистрации переливания трансфузионных сред	005/у	A5	"-"	"-"
9.	Журнал регистрации переливания трансфузионных сред	009/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет
10.	Журнал записи оперативных вмешательств	008/у	A4	"-"	пост.

	в стационаре				
11.	Журнал записи родов в стационаре	010/у	A4	---	25 лет
12.	Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у	A4	---	5 лет
13.	Журнал отделения (палаты) для новорожденных	102/у	A4	---	---
14.	Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования	027-2/у	A4	бланк	---
15.	Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/у	A4	---	10 лет
16.	Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии	011/у	A4	---	25 лет
17.	Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения	012/у	A4	---	25 лет
18.	Протокол (карта) патолого-анатомического исследования	013/у	A4	---	10 лет
19.	Направление на патолого-гистологическое исследование	014/у	A5	---	1 год
20.	Журнал регистрации поступления и выдачи трупов	015/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет
21.	Акт констатации биологической смерти	017/у	A5	бланк	25 лет
22.	Карта учета изъятия тканей	018/у	A5	бланк	5 лет
23.	Извещение о случае пересадки органа	019/у	A5	---	10 лет
24.	Паспорт на гомотрансплантант	020/у	A5	---	1 год
25.	Карта донора (трупа)	021/у	A5	---	5 лет
26.	Журнал учета замороженного костного мозга, находящегося на хранении	022/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
27.	Журнал учета костного мозга, заготовленного для консервации	023/у	A4	---	---
28.	Журнал учета консервированного костного мозга	024/у	A4	---	---
29.	Акт об изъятии почки у трупа для трансплантации	033/у	A5	бланк	25 лет
30.	Этикетка на флакон с костным мозгом, заготовленным для замораживания	034/у	A6	---	---
31.	Этикетка на флакон с костным мозгом, размороженным для трансплантации	041/у	A6	---	---
32.	Медицинское заключение по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его умалишенным	056/у	A4	---	50 лет
33.	Статистическая карта выбывшего из стационара	066/у	A5	---	10 лет
34.	Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара	066-1/у	A4	---	50 лет
35.	Листок учета движения больных и коечного	007/у	A4	---	1 год

	фонда стационара				
36.	Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек	016/у	A4	---	---
	1.2. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ В ПОЛИКЛИНИКАХ (АМБУЛАТОРИЯХ)				
37.	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у	A5	Тетрадь в обложке 24 стр.	25 лет
38.	Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного	025-1/у	A5	Тетрадь 6 стр.	25 лет
39.	Медицинская карта студента ВУЗа, учащегося среднего специального учебного заведения	025-3/у	A5	Тетрадь 12 стр.	5 лет
40.	Медицинская карта ребенка	026/у	A5	Тетрадь 11 стр.	10 лет
41.	История развития ребенка	112/у	A5	Тетрадь 8 стр.	25 лет
42.	Медицинская карта больного венерическим заболеванием	065/у	A5	Тетрадь 6 стр.	5 лет
43.	Медицинская карта больного грибковым заболеванием	065-1/у	A5	Тетрадь 4 стр.	5 лет
44.	Медицинская карта больного туберкулезом	081/у	A4	Тетрадь 16 стр.	10 лет
45.	Карта антибактериального лечения (к медицинской карте больного туберкулезом)	081-1/у	A5	Тетрадь 5 стр.	10 лет
46.	Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у	A4	Тетрадь 6 стр.	5 лет
47.	Медицинская карта стоматологического больного	043/у	A5	Тетрадь 5 стр.	5 лет
48.	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у	A5	бланк	5 лет
49.	Контрольная карта диспансерного наблюдения за психически больным	030-1/у	A5	---	5 ЭПК <*>
50.	Статистический талон на больного, снятого с диспансерного учета психоневрологического учреждения	030-2/у	A5	---	1 год
51.	Контрольная карта диспансерного психоневрологического наблюдения (для кабинета инфекционных заболеваний)	030-3/у	A5	---	5 лет
52.	Контрольная карта диспансерного наблюдения /онко/	030-6/у	A5	---	---
53.	Контрольный талон к карте диспансерного наблюдения (онко)	030-5/у	A5	---	1 год
54.	Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений	030-4/у	A4	---	5 лет
55.	Именной список призывников, направленных для систематического лечения	054/у	A4	---	---
56.	Лечебная карта призывника	053/у	A4	---	---
57.	Карта обратившегося за антирабической помощью	045/у	A5	---	3 года
58.	Карта подлежащего периодическому осмотру	046/у	A5	---	---

59.	Карта профилактически осмотренного с целью выявления	047/у	А5	-"-	1 год
60.	Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру на выявление	048/у	А4	-"-	-"-
61.	Журнал учета профилактических осмотров полости рта	049/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	-"-
62.	Карта профилактических флюорографических обследований	052/у	А5	бланк	-"-
63.	Карта профилактических прививок	063/у	А5	-"-	5 лет
64.	Журнал учета профилактических прививок	064/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
65.	Карта обследования ребенка (подростка) с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ	055/у	А5	бланк	10 лет
66.	Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/у	А4	Тетрадь 4 стр.	3 года
67.	Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения спортсмена	062/у	А5	Тетрадь 28 стр.	5 лет
68.	Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культурой и спортивных мероприятиях	067/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
69.	Журнал медицинского обслуживания физкультурных мероприятий	068/у	А4	-"-	-"-
70.	Талон на прием к врачу	025-4/у	А8	бланк	до конца года
71.	Карточка предварительной записи на прием к врачу	040/у	А5	-"-	1 год
72.	Книга записи вызовов врача на дом	031/у	А4	Книга в обложке 96 стр.	3 года
73.	Журнал записи амбулаторных операций	069/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет
74.	Журнал записи родовспоможения на дому	032/у	А4	-"-	-"-
75.	Журнал регистрации посещения изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники	059/у	А4	-"-	3 года
76.	Справка для получения путевки	070/у	А5	бланк	-
77.	Санаторно-курортная карта	072/у	А4	-"-	-
78.	Санаторно-курортная карта для детей и подростков	076/у	А5	-"-	-
79.	Путевка в детский санаторий	077/у	А5	-"-	-
80.	Направление в санаторий для больных туберкулезом	078/у	А5	-"-	-
81.	Медицинская справка на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь	079/у	А5	-"-	-
82.	Медицинское заключение на ребенка (подростка) инвалида с детства в возрасте до 16 лет	080/у	А5	-"-	-
83.	Медицинская справка (для выезжающего за границу)	082/у	А5	-"-	-
84.	Медицинская справка для представления в	083/у	А5	-"-	-

	госавтоинспекцию				
85.	Медицинская справка (врачебное профессиональное заключение)	086/у	A5	-"-	-
86.	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/у	A5	-"-	-
87.	Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/у	A4	Тетрадь в обложке 24 стр.	5 лет
88.	Карта участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера, противотуберкулезного диспансерного отделения (кабинета), больницы (поликлиники)	085/у	A4	Тетрадь 8 стр.	-"-
89.	Книга записи работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждений здравоохранения	087/у	A4	Книга в обложке 96 стр.	-"-
90.	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/у	A5	бланк	до конца года
91.	Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении	071/у	A3	-"-	1 год
92.	Сводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев, отравлений, травм	071-1/у	A3	-"-	-"-
93.	Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации	039/у	A4	-"-	-"-
94.	Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАП, колхозного роддома	039-1/у	A4	бланк	1 год
95.	Дневник учета работы врача-стоматолога	039-2/у	A4	-"-	-"-
96.	Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога	037/у	A4	-"-	-"-
97.	Дневник учета работы врача стоматолога-ортодонта	039-3/у	A4	-"-	-"-
98.	Дневник работы врача стоматолога-ортопеда	039-4/у	A4	-"-	-"-
99.	Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда	037-1/у	A4	-"-	-"-
	1.3. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРАХ И ПОЛИКЛИНИКАХ (АМБУЛАТОРИЯХ)				
100.	Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/у	A6	бланк	-"-
101.	Направление на ВТЭК	088/у	A4	бланк	3 года
102.	Направление на лечение (обследование) в венерологический стационар, подлежащий охране силами подразделений милиции	057/у	A5	-"-	-"-
103.	Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у	A5	-"-	-"-
104.	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/у	A5	бланк	5 лет
105.	Карта лечашегося в кабинете лечебной физкультуры	042/у	A5	бланк	1 год
106.	Карта больного, лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)	044/у	A5	-"-	-"-
107.	Журнал записи рентгенологических исследований	050/у	A4	Журнал в обложке	5 лет

			96 стр.	
108.	Карта больного, подвергающегося лучевой терапии	051/у	A4	бланк 5 лет
109.	Дневник учета работы рентгено-диагностического отделения (кабинета)	039-5/у	A4	Журнал в обложке 96 стр. 1 год
110.	Журнал учета процедур	029/у	A4	-"- -"-
111.	Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС)	073/у	A6	бланк пост.
112.	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у	A5	бланк 1 год
113.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания	089/у	A5	бланк 3 года
114.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/у	A5	-"- -"-
115.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании	091/у	A5	бланк 1 год
116.	Извещение о спортивной травме	092/у	A5	
117.	Извещение о побочном действии лекарственного препарата	093/у	A4	
118.	Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью	065-2/у	A5	бланк 5 лет
119.	Журнал учета инфекционных заболеваний	060/у	A4	Журнал в обложке 96 стр. 3 года
120.	Справка о временной нетрудоспособности при заболевании вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также отравления алкоголем	094/у	A4с	бланк 1 год
121.	Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта	095-1/у	A4	
122.	Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/у	A4	
123.	Акт стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной судебно-психиатрической экспертизы	100/у	A5	-"- 25 лет
124.	Акт психиатрического освидетельствования осужденного	101/у	A5	-"- пост.
125.	Акт психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/у	A5	-"- -"-
126.	Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	105/у	A4	Журнал в обложке 96 стр. 50 лет
127.	Журнал для записи заключений ВКК	035/у	A4	-"- 3 года
128.	Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	A4	Книга в обложке 96 стр. 3 года
129.	Журнал учета санитарно-просветительной	038-0/у	A4	Журнал в 1 год

работы			обложке 48 стр.	
130. Медицинское свидетельство о рождении	103/у	A5	бланк	1 год
131. Врачебное свидетельство о смерти	106/у	A5	-"-	-"-
132. Фельдшерская справка о смерти	106-1/у	A5	-"-	-"-
133. Свидетельство о перинатальной смерти	106-2/у	A5		
134. Рецепт (взрослый, детский) <***>	107/у	A6	-"-	-
135. Рецепт (бесплатно, оплата 20% стоимости) <***>	108/у	A6	-"-	-
136. Рецепт на получение лекарства, содержащего наркотические вещества <****>				
1.4. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДРУГИХ ТИПОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ				
137. Журнал регистрации амбулаторных больных	074/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	10 ЭПК
138. Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАП, колхозного роддома	075/у	A4	Тетрадь в обложке 48 стр.	50 лет
139. Журнал учета приема больных и рожениц в стационар фельдшерско-акушерского пункта, колхозного родильного дома	098/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	-"-
140. История родов для колхозного роддома, фельдшерско-акушерского пункта	099/у	A4	бланк	25 лет
141. Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи	109/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года
142. Карта вызова скорой медицинской помощи	110/у	A5	бланк	1 год
143. Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи	114/у	A4с	-"-	-"-
144. Дневник работы станции скорой медицинской помощи	115/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
145. Журнал регистрации приема вызовов и их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи	117/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года
146. Задание на санитарный полет	118/у	A5	бланк	1 год
147. Задание врачу-консультанту	119/у	A4с	-"-	-"-
148. Журнал регистрации плановых выездов (вылетов)	120/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года
149. Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/у	A4	-"-	75 лет
150. Журнал учета приема детей в ясли	122/у	A4	-"-	5 лет
151. Табель учета ежедневной посещаемости детей в детских яслях	123/у	A4	бланк	1 год
152. Карта для записи питания ребенка (заполняется на детей в возрасте до 9 месяцев)	124/у	A4	-"-	-"-
153. Журнал изолятора, изоляционной комнаты	125/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
154. Справка, подтверждающая наличие	126/у	A5с	бланк	50 лет

	заболевания, дающего право на отмену взимания налога на холостяков, одиноких и малосемейных граждан СССР				
	1.5. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ				
155.	Заключение эксперта (экспертиза трупа)	170/у	A4	бланк	25 лет
156.	Акт судебно-медицинского исследования трупа	171/у	A4	-"-	-"-
157.	Заключение эксперта (экспертиза свидетельствуемого)	172/у	A4	-"-	-"-
158.	Акт судебно-медицинского освидетельствования	173/у	A4	-"-	-"-
159.	Заключение эксперта (экспертиза вещественных доказательств)	174/у	A4	-"-	-"-
160.	Акт судебно-медицинского (судебно-химического исследования)	175/у	A4	-"-	-"-
161.	Акт судебно-гистологического исследования	176/у	A4	-"-	-"-
162.	Акт судебно-химического исследования	177/у	A4	-"-	-"-
163.	Направление в судебно-медицинскую лабораторию	178/у	A5	-"-	10 лет
164.	Направление на судебно-химическое исследование	179/у	A5	-"-	-"-
165.	Направление на судебно-гистологическое исследование	180/у	A4	-"-	-"-
166.	Журнал регистрации трупов в судебно-медицинском морге	181/у	A3	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
167.	Журнал регистрации свидетельствуемых в судебно-медицинской амбулатории (кабинете)	182/у	A3	-"-	-"-
168.	Журнал регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам следственных и судебных дел	183/у	A3	-"-	-"-
169.	Журнал регистрации вещественных доказательств и документов к ним в лаборатории	184/у	A3	-"-	-"-
170.	Журнал регистрации исследований мазков и тампонов в лаборатории	185/у	A3	-"-	-"-
171.	Журнал регистрации трупной крови в лаборатории	186/у	A3	-"-	-"-
172.	Статистическая карта судебно-медицинской экспертизы трупа	187/у	A4	бланк	10 лет
173.	Заключение (экспертиза по материалам дела) N	188/у	A4	-"-	-"-
174.	Направление на консультацию, рентгенологическое исследование к "Заключению эксперта" (АКТУ)	189/у	A5	-"-	-"-
175.	Журнал регистрации материалов и документов в гистологическом отделении	190/у	A3	Журнал в обложке 96 стр.	-"-
176.	Журнал регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге	191/у	A3	-"-	-"-
177.	Этикетка на банку	192/у	A7	бланк	-

1.6. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ЛАБОРАТОРИЙ В СОСТАВЕ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ					
178.	Направление на анализ	200/у	A6	бланк	1 м-ц
179.	Направление на гематологический, общеклинический анализ	201/у	A5	---	---
180.	Направление на биохимический анализ крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости	202/у	A5	---	---
181.	Направление на цитологическое исследование и результат исследования	203/у	A5	---	---
182.	Направление на микробиологическое исследование	204/у	A5	---	---
183.	Направление на санитарно- микробиологическое исследование и результаты санитарно-микробиологического исследования	205/у	A4	---	---
184.	Направление для исследования крови на пробу Кумбса и результат исследования	206/у	A4	---	---
185.	Направление для исследования крови на резус-принадлежность и резус-антитела и результат исследования	207/у	A4	---	---
186.	Этикетка для посуды с биоматериалом	208/у	A7	---	---
187.	Результат анализа	209/у	A6	---	25 лет
188.	Анализ мочи	210/у	A5	---	---
189.	Анализ мочи по Зимницкому	211/у	A5	---	---
190.	Анализ мочи - глюкоза и кетоновые тела	212/у	A6	---	---
191.	Глюкозурический профиль	213/у	A5	---	---
192.	Анализ мочи - активность альфа-амилазы	214/у	A6	---	---
193.	Анализ - определение количества форменных элементов мочи	215/у	A6	---	---
194.	Анализ мокроты	216/у	A6	---	---
195.	Анализ секрета простаты	217/у	A5	---	---
196.	Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки	218/у	A5	---	---
197.	Анализ кала	219/у	A5	---	---
198.	Анализ кала - яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин	220/у	A6	---	---
199.	Анализ желудочного содержимого	221/у	A5	---	---
200.	Анализ дуоденального содержимого	222/у	A4	---	---
201.	Анализ спинномозговой жидкости	223/у	A5	---	---
202.	Анализ крови	224/у	A5	---	---
203.	Анализ крови - гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, скорость (реакция) оседания эритроцитов	225/у	A6	бланк	25 лет
204.	Анализ крови - определение диаметра эритроцитов	226/у	A6	---	---
205.	Анализ пунктата костного мозга	227/у	A4	---	---
206.	Биохимический анализ крови	228/у	A4	---	---
207.	Анализ - белковые фракции сыворотки	229/у	A6	---	---

крови (метод электрофореза)					
208. Анализ - липопротеиды сыворотки крови	230/у	А6	---	---	
209. Анализ крови - содержание глюкозы	231/у	А6	---	---	
210. Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой, галактозой	232/у	А6	---	---	
211. Анализ - содержание электролитов	233/у	А6	---	---	
212. Анализ - активность ферментов сыворотки крови	234/у	А5	---	---	
213. Анализ крови - содержание гормонов и медиаторов	235/у	А5	---	---	
214. Анализ мочи - содержание гормонов и медиаторов	236/у	А5	---	---	
215. Анализ - показатели системы свертывания крови	237/у	А4	---	---	
216. Анализ - показатели системы свертывания крови (сокращенный анализ)	238/у	А5	---	---	
217. Результат микробиологического исследования	239/у	А6	---	---	
218. Результат микробиологического исследования и определение чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам	240/у	А4	---	---	
219. Анализ крови - реакция Вассермана и др.	241/у	А5	---	---	
220. Анализ крови - реакция Видала, Райта, Хеддльсона и др.	242/у	А5	---	---	
221. Анализ крови - антистрептолизин-О, антигиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивный белок, ревматоидный фактор	243/у	А6	---	---	
222. Анализ - иммуноглобулины	244/у	А5	---	---	
223. Анализ - альфа-фетопротеин, австралийский антиген	245/у	А6	---	---	
224. Анализ - гемолитическая активность комплемента	246/у	А6	---	---	
225. Карта динамики лабораторных показателей (анализ мочи)	247/у	А5	бланк		3 года
226. Карта динамики лабораторных показателей (анализ крови)	248/у	А5	---	---	
227. Карта динамики лабораторных показателей (биохимический анализ крови)	249/у	А4	---	---	
228. Журнал регистрации анализов и их результатов	250/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.		---
229. Рабочий журнал лабораторных исследований	251/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.		1 год
230. Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований	252/у	А4	---		3 года
231. Рабочий журнал микробиологических исследований	253/у	А4	---		1 год
232. Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам	254/у	А4	---		3 года
233. Журнал регистрации микробиологических	255/у	А4	---		---

	исследований на туберкулез				
234.	Журнал приготовления и контроля питательных сред	256/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
235.	Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава)	257/у	А4	---	---
236.	Рабочий журнал исследований на стерильность	258/у	А4	---	---
237.	Журнал регистрации серологических исследований	259/у	А4	---	3 года
238.	Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)	260/у	А4	---	---
239.	Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	261/у	А4	бланк	1 год
240.	Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
241.	Журнал приема и выдачи шприцов, инструментария, материалов	263/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
	1.7. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ				
242.	Журнал перечня объектов, подлежащих государственному санитарному надзору	300/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
243.	Заключение по отводу земельного участка под строительство	301/у	А4	бланк	до минования надобности
244.	Журнал регистрации заключений по отводу земельных участков под строительство	302/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет ЭПК
245.	Заключение по проекту	303/у	А4	бланк	10 лет
246.	Журнал регистрации проектов и заключений по проектам	304/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
247.	Карта предупредительного санитарного надзора строящегося, реконструируемого объекта	305/у	А4	бланк	5 лет
248.	Постановление о запрещении, приостановлении	306/у	А4	---	---
249.	Карта объекта текущего санитарного надзора	307/у	А4	---	пост.
250.	Книга для записи санитарного состояния учреждения	308/у	А4	Книга в обложке 48 стр.	3 года
251.	Протокол о нарушении санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил	309/у	А4	бланк	5 лет
252.	Постановление о наложении штрафа	310/у	А4	бланк	3 года
253.	Журнал регистрации постановлений о наложении штрафа	311/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет
254.	Предложение об удержании неуплаченного штрафа	312/у	А4	бланк	3 года
255.	Повестка для дачи объяснения о нарушении санитарно-гигиенических и	313/у	А 5	---	1 год

	санитарно-противоэпидемических правил				
256.	Предложение об отстранении от работы	314/у	A5	---	---
257.	Акт санитарного обследования	315/у	A5	---	5 лет
258.	Акт по приему оздоровительного учреждения	316/у	A5	---	---
259.	Разрешение на вывоз детей в оздоровительные учреждения, выданное предприятию (организации), в ведении которого находится данное учреждение	317/у	A5	---	1 год
260.	Акт (санитарный паспорт) по приему лагеря студенческого строительного, сельскохозяйственного отряда и отряда трудовых объединений старшекласников	318/у	A5	---	5 лет
261.	Учетная карточка общественного санитарного инспектора	319/у	A5	---	1 год
262.	Акт обследования общественным санитарным инспектором	320/у	A5	бланк	1 год
263.	Журнал регистрации подготовки общественных санитарных инспекторов и числа инструктивных занятий с ними	321/у	A5	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
264.	Журнал регистрации проб и выдачи результатов исследования	322/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
265.	Акт отбора проб воды	323/у	A4	бланк	5 лет
266.	Журнал учета результатов исследований воды, поверхностных водоемов, прибрежных зон морей, сточных вод	324/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет ЭПК
267.	Протокол исследования воды поверхностных водоемов, прибрежных зон морей и сточных вод	325/у	A4	бланк	10 лет ЭПК
268.	Журнал учета результатов исследований питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения	326/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
269.	Протокол исследования питьевой воды	327/у	A5	бланк	5 лет
270.	Журнал регистрации результатов исследования воздуха	328/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
271.	Протокол исследования воздуха населенных мест	329/у	A5	бланк	5 лет
272.	Протокол исследования воздуха закрытых помещений	330/у	A5	бланк	10 лет
273.	Журнал регистрации проб и результатов исследования почвы	331/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	10 лет
274.	Протокол исследования проб почвы	332/у	A5	бланк	5 лет
275.	Протокол измерений напряженности электромагнитного поля	333/у	A5	---	10 лет ЭПК
276.	Протокол измерений шума и вибрации	334/у	A5	---	---
277.	Протокол измерений освещенности	335/у	A5	---	5 лет
278.	Протокол измерений метеорологических факторов	336/у	A5	---	---
279.	Акт отбора изделий (посуда, игрушки, одежда и др.) из полимерных и других материалов	337/у	A5	---	3 года
280.	Журнал регистрации проб и результатов	338/у	A4	Журнал в	10 лет

	исследований (посудо-хозяйственных изделий, одежды, игрушек и т.д.) из полимерных и др. материалов			обложке 48 стр.	ЭПК
281.	Протокол исследования изделий из полимерных и других материалов	339/у	A5	бланк	5 лет
282.	Журнал регистрации кумулятивных свойств вещества	340/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	10 лет ЭПК
283.	Журнал регистрации токсикологических исследований	341/у	A4	---	5 лет ЭПК
284.	Акт отбора проб пищевых продуктов	342/у	A5	бланк	3 года
285.	Протокол исследований проб пищевых продуктов	343/у	A5	бланк	5 лет
286.	Акт отбора кулинарных изделий	344/у	A4	---	3 года
287.	Протокол исследования готовых блюд и полуфабрикатов	345/у	A4	---	5 лет
288.	Журнал учета результатов исследования проб пищевых продуктов	346/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет ЭПК
289.	Журнал регистрации проб и результатов исследования готовых блюд и рационов на калорийность и химический состав	347/у	A4	---	3 года ЭПК
290.	Наряд на эвакуацию инфекционного больного	348/у	A5	бланк	1 год
291.	Журнал учета эвакуации инфекционных больных	349/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	5 лет
292.	Наряд на заключительную дезинфекцию	350/у	A5	бланк	1 год
293.	Сопроводительная в дезкамеру	351/у	A5	---	---
294.	Акт контроля работы дезинфекционной камеры	352/у	A4	---	5 лет
295.	Журнал регистрации дезинфекции (дезинсекции) одежды, постельных принадлежностей, обуви и др. в дезинфекционных камерах	353/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
296.	Журнал учета дезинфекции в инфекционных очагах	354/у	A4	---	---
297.	Карта контроля проведения текущей дезинфекции в очаге	355/у	A5	бланк	1 год
298.	Протокол исследования дезинфекционных средств	356/у	A5	---	5 лет
299.	Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания	357/у	A4	---	3 года ЭПК
300.	Карта контроля организации и проведения текущей дезинфекции по лечпрофучреждению, детскому, подростковому учреждению и др.	358/у	A5	---	1 год
301.	Журнал регистрации лабораторного контроля качества дезинфекции	359/у	A4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года ЭПК
302.	Журнал регистрации пищевых отравлений	360/у	A4	---	10 лет ЭПК
303.	Журнал регистрации экстренных извещений о пищевых и профессиональных отравлениях	361/у	A4	Журнал в обложке 96 стр.	5 лет
304.	Акт расследования профотравления и профзаболевания	362/у	A5	бланк	пост.

305.	Журнал учета лиц, у которых впервые обнаружено профессиональное отравление или профессиональное заболевание	363/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	10 лет ЭПК
306.	Карта учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В	364/у	А5	бланк	10 лет
307.	Журнал регистрации обследуемых на возбудителей паразитарных заболеваний	365/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет ЭПК
308.	Журнал учета качества предстерилизационной обработки	366/у	А4	---	1 год
309.	Учетно-контрольная карта объекта (строения)	367/у	А4	Тетрадь 12 стр.	пост.
310.	Журнал учета численности членистоногих и результатов экстенсивных обследований на наличие малярийных комаров и клещей-орнитодории	368/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года ЭПК
311.	Журнал учета работы по борьбе с личиночными стадиями малярийных комаров и других кровососущих двукрылых	369/у	А4	---	---
312.	Журнал учета истребительных мероприятий против имаго кровососущих членистоногих	370/у	А4	---	---
313.	Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований территории района, области, края на наличие иксодовых клещей-переносчиков КЭ, ОТЛ, КГЛ, КСТА	371/у	А4	бланк	---
314.	Журнал учета основных фенологических явлений энтомофауны и клещей в сезон	372/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	---
315.	Паспорт водоема по состоянию на	373/у	А5	бланк	5 лет
316.	Журнал учета сезонной динамики численности основных представителей энтомофауны и клещей	374/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года ЭПК
317.	Сводная ведомость за сезон (видовой состав группы членистоногих)	375/у	А4	бланк	10 лет ЭПК
318.	Журнал учета показателей прокормления преимагинальных стадий клещей мелкими млекопитающими	376/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
319.	Карта учета численности иксодовых клещей на крупном рогатом скоте	377/у	А4	бланк	---
320.	Направление на исследование	378/у	А5 с	---	1 год
321.	Журнал регистрации санитарно-микробиологических и санитарно-гельминтологических исследований	379/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года
322.	Рабочий журнал микробиологического исследования воздуха	380/у	А4	---	1 год
323.	Рабочий журнал микробиологического исследования смывов	381/у	А4	---	---
324.	Рабочий журнал микробиологических исследований лекарственных форм	382/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
325.	Рабочий журнал микробиологических исследований воды по ГОСТ "Вода питьевая"	383/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	---
326.	Рабочий журнал микробиологических исследований консервов	384/у	А4	---	---
327.	Рабочий журнал микробиологических	385/у	А4	---	---

исследований пищевых продуктов				
328. Рабочий журнал вирусологических исследований	386/у	A4	---	---
329. Наряд	387/у	A5	бланк	1 год

<*> Сроки хранения медицинской карты стационарного больного при отдельных заболеваниях дифференцированы примечанием к пункту 266 и пунктом 267 "Перечня документов со сроками хранения, органов, учреждений, организаций, предприятий системы здравоохранения", утвержденного приказом Министерства здравоохранения СССР N 498 от 30.05.74 г.

<*> ЭПК - экспертно-проверочная комиссия, определяющая необходимость продления сроков хранения документов сверх установленных.

<***> Взамен бланков рецептов, утвержденных приказом Минздрава СССР N 1230 от 27.12.76 г. "О порядке выписывания рецептов для амбулаторных больных и отпуска по ним лекарств", вводятся:

форма бланка рецепта N 107/У - вместо формы N 1

форма бланка рецепта N 108/У - вместо форм N 2 и N 3.

Порядок хранения, заполнения и использования бланков рецептов сохраняется в соответствии с инструкцией, утвержденной вышеуказанным приказом.

КонсультантПлюс: примечание.

Приказ Минздрава СССР от 27.12.1976 N 1230 утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 25.02.1982 N 175.

<****> Форма бланка рецепта для отпуска наркотических лекарственных средств сохраняется по образцу (форма N 4), установленному приказом N 1230 от 27.12.76 г.

Начальник Управления
медицинской статистики
и вычислительной техники
Г.Ф.ЦЕРКОВНЫЙ

Формат бланков	Доля бумажного листа	Формат бланков после обрезки, в мм	Формат полосы набора, в кв.
A1	1	576x814	30,5 x 41,5
A2	1/2	407x576	20,75 x 30
A3	1/4	288x407	14,75 x 20,5
A4	1/8	203x288	10,25 x 15
A5	1/16	144x203	7 x 10,25
A6	1/32	101x144	4,75 x 7
A7	1/64	72x101	3 x 4,75
A8	1/128	50x72	2 x 3,25
A9	1/256	36x50	1,5 x 2
A.n2	1/3	288x542	15 x 30
A.n3	1/4	271x288	14 x 15
A.n4	1/12	144x271	7 x 14
A.n5	1/24	135x144	6,5 x 7
A.n6	1/48	72x135	2,75 x 7
A.n7	1/96	67x72	2,75 x 3,5
A.n8	1/192	36x67	1,5 x 2,75

ОБРАЗЦЫ
ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ,
ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРАХ

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 001/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета приема больных и отказов в госпитализации

Начат "... " _____ 19 г.

Окончен "... " _____ 19

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

N п/п	Поступле- ние		Фамилия, И., О.	Дата рождения	Постоянное место жительст- ва или адрес родственников, близких и N телефона	Каким уч- реждением был направлен или доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

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

и т.д. до конца страницы

Ф. N 001/у

продолжение

N карты стационарного больного (истории родов)	Диагноз направившего учреждения	Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен)	Отметка о сообщении родственникам или учреждению	Если не был госпитализирован		Примечание
				указать причину и принятые меры	отказ в приеме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 002/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета приема беременных, рожениц и родильниц

Начат "... " _____ 19 г.

Окончен "... " _____ 19 г.

Для типографии
при изготовлении документа
формат А4

N п/п	Дата и время поступления (число, месяц, час, мин.)	Фамилия, имя отчество	Постоянное место жительства (для приезжих, также адрес временного местожительства) N телефона	Каким учреждением направлена или кем доставлена	Диагноз при поступлении	Отделение в которое направлена
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Дата родов		Сведения о родившихся			Заключительный диагноз	Исход: выписана, переведена (куда), умерла (вписать и указать дату)		Отметки о регистрации в органах ЗАГС перинатального свидетельства о смерти
число месяц	час мин.	пол	масса (вес)	живой, мертвый (вписать)		родильница	беременная	
8	9	10	11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКВД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
форма N 003/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
стационарного больного

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата N _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти
(подчеркнуть)

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев,
до 1 месяца - дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

вписать адрес, указав для приезжих - область, район,

населенный пункт, адрес родственников и N телефона

5. Место работы, профессия или должность _____

для учащихся - место учебы; для детей - название детского

учреждения, школы; для инвалидов - род и группа

инвалидности, нов. да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной _____

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет
через _____ часов после начала заболевания, получения
травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

Диагноз клинический	Дата установления
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Стр. 2 ф. N 003/у

11. Диагноз заключительный клинический

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного
заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть), всего - ... раз.

13. Хирургические операции, методы обезболивания и
послеоперационные осложнения.

Название операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.			
2.			
3.			

Оперировал _____

14. Другие виды лечения _____

(указать)

для больных злокачественными новообразованиями - 1. Специальное лечение; хирургическое (дистанционная гамматерапия; рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамматерапия, контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамматерапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами. 2. Поддерживающее. 3. Симптоматическое лечение.

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

N _____ с _____ по _____ N _____ с _____ по _____

N _____ с _____ по _____ N _____ с _____ по _____

16. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением; переведен в другое учреждение _____

название лечебного учреждения

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница.

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть)

18. Для поступивших на экспертизу-заключение _____

19. Особые отметки _____

Лечащий врач

Зав. отделением

подпись

подпись

стр. 3 ф. N 003/у

ЗАПИСЬ ВРАЧА

приемного покоя

стр. 4 ф. N 003/у

ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ,
патология, предполагаемый диагноз, план обследования

стр. 5 ф. N 003/у

Даты	ДНЕВНИК
------	---------

стр. 6 ф. N 003/у

Карта N _____

Ф., И., О. больного, N палаты

ЭПИКРИЗ

Подпись врача _____

стр. 7 ф. N 003/у

Патологическое (гистологическое) заключение

Патоморфологический диагноз

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 003-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Учетная форма N 003-1/У заполняется во всех случаях прерывания беременности, кроме абортов по медицинским показаниям и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется карта стационарного больного учетная форма N 003. В случаях осложнений, возникших во время или после операции аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более 3-х дней, записи производятся на вкладном листе к учетной форме N 3 (карта стационарного больного).
2. Ответы должны быть даны на все указанные в карте вопросы путем подчеркивания в случаях нескольких возможных ответов и вписывания недостающего.

1. Фамилия, имя, отчество _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Реакция Вассермана _____ Исследование на гонорею _____

Поступила по направлению _____

(название лечебного учреждения)

Санобработку прошла, нет (подчеркнуть) _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____

(число, месяц, год)

Проведено койко-дней _____

Возраст лет, семейное положение: в браке
зарегистрированном, не зарегистрированном, одинокая.

Место жительства: область, край, АССР _____

район _____ город (село) _____

улица _____ дом N ____ корп. ____ кв. __ телефон _____

Место работы _____

(для учащихся - название учебного заведения)

должность _____

Диагноз при поступлении: основной _____

сопутствующий _____

Подпись акушерки _____

Подпись врача _____

Диагноз клинический _____

Диагноз при выписке: основной _____

сопутствующий _____

Название операции, дата _____

Осложнения _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

стр. 2 ф. N 003-1/у

Анамнез. Менструации установились с ____ лет по _____ дней
через _____ дней. Скучные, умеренные, обильные, болезненные,
безболезненные.

Последняя нормальная менструация с _____ по _____

Половая жизнь с _____ лет, предохраняется ли от беременности:
да, нет, каким способом _____

Которая беременность _____ Число беременностей, закончившихся
родами _____ абортами _____

Последняя беременность была в 19.... г. _____ (месяц).

Закончилась: родами срочными, преждевременными, абортom
артифициальным по медицинским показаниям, криминальным,

самопроизвольным выкидышем.

Были ли осложнения в родах _____
после родов _____ после абортв _____
(указать какие и годы).

Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, сифилис, гонорея,
гинекологические заболевания _____

Перенесенные операции, переливание крови (было, не было)

Причины настоящего аборта: нежелание иметь ребенка, жилищные
условия, учеба, необеспеченность яслями (садами), материальная
необеспеченность, много детей, нет мужа (подчеркнуть,
недостающее вписать) _____

Состояние при поступлении	Т град. тела _____ общее состояние _____
	Наружные покровы, слизистые _____ окраска _____
	Органы кровообращения: пульс _____ артериальное давление _____
	сердце (тоны) _____

Органы дыхания _____

Органы пищеварения _____

Стул _____ Органы мочеотделения _____

Влагалищное исследование	Наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное.
	Шейка матки цилиндрической, конической формы.

Слизистая влагалища и шейка чистая

На шейки матки имеется эрозия размером _____

Наружный зев закрыт, открыт

Тело матки в положении _____

увеличено до _____ недель беременности, мягковатой консистенции,
подвижно, неподвижно, болезненно, безболезненно при пальпации.

Левые придатки без особенностей _____

Правые придатки без особенностей _____

Своды свободны _____

Выделения: слизистые, гнойные, кровянистые, умеренные,
обильные _____

Диагноз: беременность _____ недель.

Врач _____

стр. 3 ф. N 003-1/е

операция прерывания		19	г.	_____	месяц	_____	число	_____	час.

беременности | Метод обезболивания _____
 После соответствующей обработки наружных половых органов, влагалища и шейки матки, шейка матки взята на нулевые щипцы.
 Длина матки по зонду _____ см.
 Расширение цервикального канала расширителем гегар до N _____ легко, вибродилататором легко _____
 Плодное яйцо разрушено и удалено кюреткой, абортангом, вакуумэксекелеатором.
 Контрольное выскабливание стенок матки произведено, нет.
 Матка сократилась, нет _____ кровопотеря _____ мл.
 Шейка матки обработана йодом.

Назначение _____
 Подпись хирурга _____

Послеоперационный период

Дата		Первые сутки	Назначения
Т град. У Т град. В Пульс АД		Жалобы _____ Общее состояние _____ Живот при пальпации: болезненный, безболезненный, мягкий, напряженный Выделения: кровянистые, серозные, обильные, умеренные, незначительные Стул _____ мочеиспускание _____ Врач _____	
Дата		Вторые сутки	Назначения
Т град. У Т град. В Пульс АД		Жалобы _____ Общее состояние _____ Живот при пальпации: болезненный, безболезненный, мягкий, напряженный Выделения: кровянистые, серозные, обильные, умеренные, незначительные Стул _____ мочеиспускание _____ Врач _____	
Дата		Третьи сутки	Назначения

Т град. У		Жалобы _____
Т град. В		Общее состояние _____
Пульс		Живот при пальпации: болезненный, безболезненный, мягкий, напряженный
АД		Выделения: кровянистые, серозные, обильные, умеренные, незначительные
		Стул _____ мочеиспускание _____
		Врач _____

"..." _____ 19 . . г. Выписана в удовлетворительном
состоянии _____
Переведена в _____

Рекомендовано _____

Справку получила _____

Листок нетрудоспособности с _____ по _____ N _____
серия _____ получила _____

Врач _____ Зав. отделением _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 096/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИСТОРИЯ РОДОВ N _____

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____ лет.

Национальность _____

Поступила "..." _____ 19.. г. | Группа крови _____ Гемоглобин _____
 час. мин. | Резус-принадлежность _____

Выбыла "..." _____ 19.. г. | Титр антител _____

Проведено койко-дней _____ | Аллергические реакции _____

Палата N _____ | RW-отр. _____

| Исследование на гонорею _____

Кем направлена _____

Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

Адрес _____

_____ телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован,
одинокая (подчеркнуть)

Место работы, профессия, должность беременной, роженицы _____

Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет.

Сколько раз _____ Наименование консультации _____

Диагноз при поступлении _____

Диагноз клинический _____

Диагноз заключительный _____

Осложнения в родах, после родов _____

Название операций и пособий _____

Выбыла: выписана, переведена, умерла: беременной, во время
родов, после родов (подчеркнуть).

Рост _____ см. Вес _____ Т град. _____

Которая беременность _____ роды _____

Последняя менструация _____

Первое шевеление плода _____

D. Sp _____ D. Cr _____

D. Tr _____

Таз: с. ext _____ с. diag _____

T. vera _____

Окружность живота см. _____

Высота дна матки см. _____

Положение плода, позиция и вид _____

Сердцебиение плода, место, число
ударов _____

Предлежащая часть _____

Где находится _____

Родовая деятельность _____

Предполагаемый вес плода _____

Врач _____

Течение родов

Схватки начались _____

Воды отошли _____

Качество и количество вод _____

Полное открытие _____

Начало потуг _____

Ребенок родился _____

Первый _____ дата _____ час _____ мин. _____

Живой, мертвый, головкой,

ягодицами, ножками

(подчеркнуть)

Пол _____ масса (вес) _____ рост _____

Окружность головки _____ см,

груди _____ см.

Второй _____ дата _____ час _____ мин. _____

Живой, мертвый, головкой,

ягодицами, ножками

(подчеркнуть)

Пол _____ масса (вес) _____ рост _____

Акушерка _____

Окружность головки _____ см,
груди _____ см.

Стр. 2 ф. N 096/у

Профилактика гонобленореи новорожденного произведена _____ (чем)

Психопрофилактическая подготовка, медикаментозное обезболивание: чем _____

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____ баллов. Послед выделился: самостоятельно, отделен, удален рукой, применен прием _____

эффект полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть). Продолжительность родов

_____ через _____ час. _____ мин. _____ Детское место целое, под сомнением _____

Общая _____ I период _____ II период _____ III период _____ Приняла ребенка (акушерка, врач) _____

Оболочки все, под сомнением _____

Послед осматривал _____

Пуповина: длина _____ см, обвитие вокруг _____ особенности _____

Дежурный врач _____
Акушерка _____

Кровопотеря в родах _____ мл. АНАМНЕЗ

Течение и осложнения настоящей беременности

Общие заболевания _____

Здоровье мужа _____

Менструация: с _____ лет _____

Начало половой жизни с _____ лет _____

Гинекологические заболевания _____

Состояние при поступлении
Данные наружного осмотра:

Предыдущие беременности (даты родов, аборт, осложнения, оперативные пособия, масса (вес) новорожденных) _____

Сердце _____

_____	Пульс _____
_____	АД на правой руке _____
_____	левой _____
_____	Органы дыхания _____
_____	_____
_____	Органы пищеварения _____
_____	_____
_____	Мочевая система _____
_____	_____
Сколько детей живых _____	Моча при кипячении _____
мертворожденных _____	_____
умерло _____	Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Стр. 3 ф. N 096/у

Вкладной лист N 1
к истории родов N _____
Гр-ки _____

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ

Дата, час	Состояние	Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 4 ф. N 096/у

Дата,	Состояние	Примечание

Родился	Число	Месяц	Год	Час.	Мин.
Поступил					
Выписан					
Умер					
Переведен					
Куда					

Приемный журнал N _____
Палата ребенка N _____
Кровать ребенка N _____
Палата матери N _____
Кровать матери N _____
Ребенок переведен в палату _____
кровать N _____
Дата перевода _____

Наследственность со стороны матери _____
_____ отца _____

Гинекологический и акушерский анамнез

Которая беременность _____ которые роды _____
Заболевания, осложнения во время беременности _____

Роды: продолжительность I периода _____ II периода _____
особенности течения, операции _____
Безводный промежуток _____ характеристика
околоплодных вод _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Стр. 2 ф. N 097/у

Пол	Родился живой, мертвый	Доношен- ный, не- доношен- ный	Масса (вес)	Рост	Окружность	Асфиксия	
					головы груди	продолжит.	меры оживл.

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Время после рождения	Сердцебиение	Дыхание	Окраска кожи	Тонус мышц	Рефлексы	Оценка в баллах

Пороки развития _____

Родовые травмы _____

Профилактика гонобленореи (название медикамента, часы) _____

Дежурная акушерка _____ Дежурный врач _____

Ребенок переведен в отделение новорожденных _____ 19 .. г.

_____ час. _____ мин. _____ дата перевода

Состояние ребенка при переводе из родзала _____

_____ цвет кожных покровов, характер крика _____

Ребенка сдала акушерка _____

Приняла и провела обработку мед. сестра _____

Диагноз предварительный _____

Диагноз заключительный _____

Первый осмотр ребенка в палате (отделении) новорожденных детей

"..." _____ 19 .. г. _____ час. _____ мин. _____

_____ дата осмотра

Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус) _____

Кожные покровы _____
 Видимые слизистые _____
 Пуповинный остаток _____
 Головка (швы, роднички, родовая опухоль) _____
 Форма грудной клетки _____
 Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при
 дыхательной недостаточности _____
 Сердце (граница, наличие шумов, характер ритма) _____
 _____ пульс _____
 Нервная система _____
 Органы брюшной полости _____
 Отхождение мекония _____
 Мочеиспускание _____
 Наружные половые органы _____
 Наличие ануса _____
 Состояние тазобедренных _____
 суставов _____
 Заключение и предварительный диагноз _____
 Назначения и их обоснование _____

Стр. 4 ф. N 097/у

Данные наблюдения медицинской сестры за новорожденными

Дата	День	Тем-	Масса	Изменение состояния	Актив-	Харак-	Мочеис-	Время	Состоя-	Подпись
------	------	------	-------	---------------------	--------	--------	---------	-------	---------	---------

	жиз-ни	пера-тура	(вес)	наличие приступов ас-фиксии	слизистая		кожных покровов	ность сосат. рефлекса	тер стула	пускание	отпаде-ния пуповины	ние пу-повичной ранки	
					глаз	рта							
1	У												
	В												
2	У												
	В												
3	У												
	В												
4	У												
	В												
5	У												
	В												
6	У												
	В												
7	У												
	В												

Противотуберкулезная вакцинация

Дата	День жизни	Доза	N серии вакцины	Срок годности	Реакция на прививку	Подпись

Эпикриз _____

Состояние ребенка при выписке (перевод) _____

Рекомендации участковому врачу _____

Дата Передала ребенка _____ (подпись мед. сестры)

Приняла ребенка _____ (подпись мед. сестры)

Справку о рождении ребенка получила _____

(подпись матери)

Детская поликлиника N _____ о выписке ребенка извещена.

"..." _____ 19 . . г.

Телефонограмму передала _____ Приняла _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 004/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

120 175 40

100 150 39

90 125 38

80 100 37

70 75 36

наименование учреждения _____

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

Группа крови больного _____
Резус-принадлежность _____

(каждое переливание крови производится только после подтверждения групп крови донора и реципиента двумя сериями стандартных изогемагглютинирующих сывороток, проведения пробы на индивидуальную совместимость и биологической пробы).

NN п/п	Дата	Показания к перели- ванию трансфу- зионной среды	Способ пере- лива- ния	К-во мл	Паспорт трансфузионной среды					
					транс- фузи- онная среда	груп- повая принад- леж- ность	резус- при- над- леж- ность	N этикетки, серия пре- парата, за- вод изгото- витель	дата заго- товки	фамилия донора
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

продолжение

Пробы		Биологическая	Реакции Т град., осложнения (какие именно), к-во мочи и ее анализ	Подпись врача (разборчиво)
индивидуальной совместим.	резус			
группа	резус			
12	13	14	15	16

Оборотная сторона ф. 005/у

N п/п	Дата	Показания к перели- ванию трансфу- зионной среды	Способ пере- лива- ния	К-во мл	Паспорт трансфузионной среды					
					транс- фузи- онная среда	груп- повая принад- леж- ность	резус- при- над- леж- ность	N этикетки, серия пре- парата, за- вод изгото- витель	дата заго- товки	фамилия донора
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

продолжение

Пробы			Биологическая	Реакции Т град., осложнения (какие именно), к-во мочи и ее анализ	Подпись врача (разборчиво)
индивидуальной совместим.		резус			
группа	резус				
12	13	14	15	16	

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 009/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ

переливания трансфузионных сред (кровь, плазма, нативная,
сухая, замороженная, иммунная, эритроцитарная масса и взвесь,
размороженные и отмытые эритроциты, лейкоцитная и тромбоцитная
масса, криопреципитат, альбумин, протеин,
фибриноген, фибринолизин и кровозаменители).

Начат "... " _____ 19 г.

Окончен "... " _____ 19 г.

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 008/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
записи оперативных вмешательств в стационаре
за 19.... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 008/у

Операция N _____

Фамилия, имя, отчество больного _____

Диагноз до операции _____

Диагноз после операции _____

Обезболивание _____

Описание операции _____

Карта стационарного больного N.....
Дата операции _____ "..." _____ 19..г.
Хирург _____
Ассистенты _____
Наркотизатор _____

Описание препарата (удаленного органа, части органа) _____

Исход операции _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 010/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
записи родов в стационаре

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19. . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
18 страниц

Ф. N 010/у

Дата поступления	N п/п	N истории родов	Фамилия, имя, отчество роженицы	Житель города, сельской местности	Которая беременность, которые роды	Психопрофилактическая подготовка к родам. Медикаментозное обезболивание родов (указать чем)	Осложнения беременных в родах. Экстрагенитальные заболевания
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Ф. N 010/у

Операции, пособия в родах (указать какие)	Дата и время родов (число, месяц, час, минута)	Сведения о новорожденном				В какое отделение направлена	Кто принимал роды (врач, акушерка, подпись)	Примечание
		родился живой, мертвый (вписать)	пол	масса (вес)	рост			
9	10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 006/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета сбора ретроплацентарной крови
за "... " _____ 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 006/у

Дата сбора крови	N исто- рии родов	Фамилия, имя, отчество роженицы	Фамилия членов бригады (врача, акушер- ки, са- нитар- ки)	Количес- тво пробирок	Количество		Приме- чание
					крови	сыво- ротки	
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения

СССР

Медицинская документация
Форма N 102/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
отделения (палаты) новорожденных

Начат "... " _____ 19 г. Окончен "... " _____ 19 г.

Журнал ведется в 1-м (физиологическом) и отдельно
во 2-ом (обсервационном) отделениях новорожденных.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 102/у

NN п/п	NN истории родов и истории развития новорож- денного	Откуда ребенок поступил в отделение и дата поступления	Фамилия, имя, отчество матери	Жительница города, сельской местности (указать)	Дата рожде- ния (число, месяц, час., мин.)	Пол	При рождении		
							масса	рост	оценка по Апгар
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

и т.д. до конца страницы

продолжение

Ребенок доно-	Течение периода	Противо- туберку-	Исход	При выписке (переводе)	Отметка об уведомлении	Примечание (при пере-
------------------	--------------------	----------------------	-------	---------------------------	---------------------------	--------------------------

шенный, недоно- шенный	новорож- денного, клини- ческий диагноз для детей, родившихся больными (заболев- шими)	лезная вакцина- ция произве- дена да, нет	выписан, переве- ден (куда), умер, указать дату	состояние (общее состоя- ние), состояние крови, пуповины, остатка и др.	масса (вес) ребенка	детской поликлиники о выписке ребенка (да, нет)	воде в др., учреждения - показа- ния; другие сведения
11	12	13	14	15	16	17	18

и т.д. до конца страницы

КонсультантПлюс: примечание.

Форма N 027-2/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 19.04.1999 N 315, которым утверждена форма N 027-2/у.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 027-2/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ПРОТОКОЛ <*>
на случай выявления у больного запущенной
формы злокачественного новообразования
(клиническая группа IV)

<*> Настоящий протокол составляется и на III стадию злокачественных новообразований визуальных локализаций.

(Составляется в 2-х экземплярах: первый остается в медицинской карте стационарного больного, амбулаторной карте. Второй пересылается в онкологический диспансер по месту жительства больного).

N Медицинской карты стационарного больного
(амбулаторной карты) _____

1. Составлен лечебным учреждением _____
название

и его местонахождение

2. Фамилия, имя, отчество больного _____

3. Возраст _____ 4. Пол: М 1, Ж 2 _____

5. Адрес постоянного места жительства больного _____

6. Диагноз _____

7. Стадия _____

8. Дата установления запущенности рака _____

9. Дата появления первых признаков _____

10. Первичное обращение больного за медицинской помощью по поводу заболевания _____
дата _____ в какое лечебное учреждение _____

11. Дата установления первичного диагноза злокачественного новообразования _____

в каком учреждении _____

Указать в хронологическом порядке этапы обращения больного к

врачам и в лечебные учреждения по поводу данного заболевания, о каждом лечебном учреждении необходимо отметить следующее: 1) наименование лечебного учреждения; 2) дата посещения; 3) методы исследования и их результаты; 4) поставленный диагноз; 5) проведенное лечение _____

12. Причины запущенности (подчеркивается основная причина запущенности): 1. Неполное обследование больного. 2. Ошибка в диагностике: а) клинической, б) рентгенологической, в) патогистологической, 3. Длительное обследование больного. 4. Скрытое течение болезни. 5. Несвоевременное обращение больного за лечебной помощью _____
Дополнительные замечания _____

Данные о разборе настоящего случая _____

а) наименование учреждения, где проведена конференция _____

б) дата конференции _____

в) организационные выводы _____

Подпись врача, составляющего протокол _____

Подпись главного врача _____

Дата составления протокола "... " _____ 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

КонсультантПлюс: примечание.

Форма N 027-1/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 19.04.1999 N 315, которым утверждена форма N 027-1/у.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 027-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ВЫПИСКА <*>

из медицинской карты стационарного больного злокачественным
новообразованием (заполняется всеми стационарами)

<*> Выписка пересылается в онкологический диспансер
(кабинет) по месту жительства больного.

Адрес учреждения, выдавшего выписку _____

Название и адрес учреждения, куда направляется выписка _____

Диагноз злокачественного новообразования установлен впервые в
жизни Да - 1, Нет - 2.

Фамилия, имя, отчество больного _____

Пол: М - 1, Ж - 2 _____ Национальность _____

Дата рождения _____
число, месяц, год

Место работы _____

Профессия _____

Адрес больного _____

Дата поступления в стационар _____
число, месяц, год

Дата выписки или смерти _____
число, месяц, год

Длительность нахождения в стационаре _____
в днях

Дата начала специального лечения _____

Заключительный диагноз _____

□ □ □ □ □

_____ Стадия _____
Диагноз подтвержден морфологически - 1, цитологически - 2,
рентгенологически - 3, эндоскопически - 4, изотопным методом -
5, только клинически - 6 _____

Гистологическая структура опухоли _____

Лечение: радикальное - 1, паллиативное - 2 _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

1. Только хирургическое _____
дата операции, название и объем

2. Только лучевое _____
методика, последовательность применения, доза,

раздельно для различных видов облучения

а) дистанционная гамматерапия _____

б) рентгенотерапия _____

в) быстрые электроны _____

г) сочетанное: 1 - контактная и дистанционная гамматерапия _____

д) 2 - контактная и глубокая рентгенотерапия _____

3. Комбинированное: (дата операции и ее характер, методика и
вид облучения, последовательность применения, доза раздельно
для каждого вида облучения)

а) хирургическое и гамматерапия

б) хирургическое и рентгенотерапия

в) хирургическое и сочетанное лучевое

4. Только химиотерапевтическое _____
только гормональное _____

5. Комплексное лечение _____

Ф Е Р М Е Н Т Ы													

У - удовлетворительно
 Ст. - средней тяжести Подпись врача _____ Подпись врача _____
 Т. - тяжелое

Код формы по ОКВД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

 наименование учреждения

Медицинская документация
 Форма N 012/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Ф е р м е н т ы	Сахар																				
	Калий																				
	Натрий																				
	Кальций																				
	Хлор																				
	О2																				
	Р02																				
	рН																				
	PCO3																				
	PE																				

Подпись врача _____

Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 013/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

 наименование учреждения

ПРОТОКОЛ (карта)

патологоанатомического исследования N _____

"....." _____ 19 . . г.

Адрес учреждения, составившего протокол _____

Республика (обл., край) _____ Район (город) _____

Больница _____ отделение _____ Карта больного N _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. М/Ж 3. Возраст _____ (лет).

4. Место жительства _____

5. Профессия (до пенсии) _____

6. Доставлен в больницу через _____ часов (дней) после начала заболевания.

7. Проведено _____ койко/дней. 8. Дата смерти _____

год, мес., число, час.

9. Дата вскрытия _____ 10. Лечащий врач _____

год, мес., число, час.

11. Присутствовали на вскрытии: _____

Коды:

12. Диагноз направившего учреждения _____

13. Диагноз при поступлении _____

14. Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления: _____

15. Заключительный диагноз и дата его установления (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

16. Результаты клинико-лабораторных исследований _____

17. Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Стр. 2 ф. N 013/у

18. Ошибки клинической диагностики (подчеркнуть, вписать)
Расхождение диагнозов по основному заболеванию _____ | Запоздалая диагностика
по осложнениям _____ | основного заболевания _____
по сопутствующим заболеваниям _____ | смертельного осложнения _____

Причины расхождения диагнозов

Объективные трудности диагностики	Кратковременное пребывание	Недообследование больного	Переоценка данных обследования	Редкость заболевания	Неправильное оформление диагноза

19. Причина смерти (во врачебном свидетельстве о смерти N..... сделана следующая запись):

Коды:

_____ I. а)
_____ б)
_____ в)
_____ II.

20. Клиникопатологоанатомический эпикриз.

Протокольная часть на _____ страницах прилагается.

Фамилия патологоанатома _____
подпись

Заведующий отделением _____
подпись

Заполняется под копирку в 3-х экземплярах (первый - протокол, второй -
подшивается к карте больного, третий - секционная карта).

Стр. 3 ф. N 013/у

Продолжение протокола патологоанатомического исследования N _____

от "....." _____ 19.... г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рост	Вес тела	Вес органов							
		мозг	сердце	легкие	печень	селезенка	почки левая/правая		

Взято кусочков для патологоанатомического исследования _____
Изготовлено блоков _____
Взят материал для других методов исследования: _____

Текст протокола

Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются.

Стр. 4 ф. 013/у

Результаты гистологического исследования:

Приложение на _____ листах.
Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько) _____
Дата обсуждения на конференции _____

Фамилия патологоанатома _____
Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 014/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ <*>
на патологогистологическое исследование

<*> Заполняется под копирку в двух экземплярах. Необходимое вписать, подчеркнуть.

"....." _____ 19.... г. _____ час.
(дата и часы направления материала)

Отделение _____ Карта стационарного больного (амбулаторная карта) N ____

1. Фамилия, имя, отчество больного _____
2. Пол М/Ж 3. Возраст ____ лет. 4. Биопсия первичная, вторичная
(нужное подчеркнуть).
5. При повторной биопсии указать N и дату первичной _____
6. Дата и вид операции _____ 7. Маркировка материала, _____

число объектов _____

8. Клинические данные _____
(продолжительность заболевания, проведенное лечение

при опухолях - точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция,

отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов,

специальное лечение; при исследовании лимфоузлов указать анализ крови,

соскобов, эндометрия молочных желез - начало и окончание последней

менструации, характер нарушения менструальной функции, дату начала

кровотечения)

9. Клинический диагноз _____

Фамилия лечащего врача _____

Подпись _____

Оборотная сторона ф. N 014/у

Патологогистологические исследования N __ <*>. Дата и часы поступления _____

<*> Заполняется под копирку в двух экземплярах. Необходимое вписать, подчеркнуть.

Биопсия диагностическая _____ Биопсия срочная _____

Операционный материал _____ Количество кусочков _____, блоков _____

Методика окраски _____ Макро- и микроскопическое описание: _____

Патологогистологическое заключение (диагноз) _____

Код _____

Дата исследования "....." _____ 19.... г.

Фамилия патологоанатома _____

подпись

Фамилия лаборанта _____

подпись

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 015/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации поступления и выдачи трупов

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 015/у

NN п/п	Дата посту- пления трупа	Фамилия, имя, отчество умершего	Название отделения данной больницы или больницы откуда поступил труп	Номер карты стационар- ного больного	Название кладбища, где будет захоронен умерший	Дата выдачи трупа или захоронения больницей	По чьему распоря- жению выдан не вскрытый труп	Расписка родственни- ков или лиц, кому выдан труп для за- ронения и N паспорта
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Форма N 017/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 10.08.1993 N 189, которым утверждена форма N 017-1/у-93.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 017/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

АКТ
констатации биологической смерти

Дата составления акта "....." _____ 19.... г.

Гражданина (ки) _____
N медицинской карты _____
Наименование лечебного учреждения _____

Комиссия в составе:

заведующий реанимационным отделением _____

врач-реаниматолог _____

врач-судебно-медицинский эксперт _____

констатировали биологическую смерть гражданина (ки) _____

в _____ час. _____ мин. (точное время).
"....." _____ 19.... г.

Подписи:

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 018/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КАРТА УЧЕТА ИЗЪЯТИЯ ТКАНЕЙ

Фамилия, И., О. донора (трупа) _____
Возраст _____ серия _____
Диагноз _____

Дата и час смерти поступления трупа _____
Способ хранения трупа до взятия тканей _____

Номер акта вскрытия трупа _____

Наименование взятых тканей	Кожа (кв. см)	Кости (кв. см)	Нервы (см)	Фасция (кв. см)	Сухожи- лия (см)	Хрящи (см)	Полусус. ко-во
Количество							

Результаты лабораторных исследований

Реакция Вассермана	Бакпосев на микобактер. туберкулез	Билирубин	Группа крови	Резус-принадлежность

Бактериологические исследования

Кожа	Кости	Нервы	Фасция	Сухожилия	Хрящи	Кровь

Заготовку производил _____
должность, фамилия

Метод консервации тканей

Замораживание при -70 град. С в течение 24 час.
Хранение при -30 град. С. Лиофилизация. В пластмассе.
Методы стерилизации (облучение, бета-пропиолактон, пары
формалина).

Доза. Экспозиция. Дата.
(нужное подчеркнуть)

Отметка о разрешении для выдачи в клинику или аннулировании
всей серии тканей (крови).

Подпись зав. лабораторией
(или ответственного врача)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Форма N 019/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 10.08.1993 N 189.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 019/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИЗВЕЩЕНИЕ
о случае пересадки органа

1. Учреждение, проводшее пересадку _____
2. Пересаженный орган _____
3. Дата пересадки _____
4. Реципиент (Ф., И., О.) _____
Медицинская карта стационарного больного N _____
пол _____ возраст _____ адрес _____
5. Результаты иммунологического типирования (группа крови,
резус-фактор, трансплантационные антигены и т.д.) _____
6. Развернутый клинический диагноз заболевания реципиента _____
7. Лечебное учреждение, в котором находится донор _____
8. Донор (Ф., И., О.) _____
пол _____ возраст _____
адрес _____
9. Результаты иммунологического типирования донора _____
10. Развернутый клинический диагноз заболевания и
непосредственная причина смерти донора _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

11. Время тепловой ишемии органа _____
12. Общее время ишемии от момента взятия до включения органа в кровотоки _____
13. Метод сохранения органа от момента забора до пересадки _____
-
14. Применение в послеоперационном периоде "подстраховочных" средств (искусственная почка, контрапульсаторов, аппарата искусственного кровообращения и т.д.) _____
-
15. Иммунодепрессивная терапия (АЛС, имуран, гормоны и т.п.) _____
-
16. Продолжительность жизни больного со дня трансплантации _____
-
17. Осложнения при проведении трансплантации (особенно отметить осложнения в первые дни после трансплантации) _____
-
18. Патологический диагноз в случае гибели пациента (особое внимание обратить на пересаженный орган) _____
-
19. Дополнительные сведения _____

Руководитель учреждения _____
Руководитель группы хирургов,
проводивших пересадку _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 020/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ПАСПОРТ
на гомотрансплантант

Наименование лаборатории консервации тканей _____

Наименование гомотрансплантанта _____

№ _____ серия _____

Дата заготовки _____

Дата консервации _____

Метод консервации

Замораживание при -70 град. С

Хранение при -30 град. С

Лиофилизация "....." _____ 19.... г.
в _____ час.

Метод стерилизации _____

Дата _____

Подпись _____
(должность, фамилия)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 021/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Карта донора (труппа) N.....

по журналу порядковый N.....

Фамилия, имя, отчество донора (труппа) _____

Возраст _____

Диагноз врача скорой помощи _____

Дата и час смерти _____

Дата и час поступления _____

Взятие крови		Ткани, разрешенные к взятию			
Дата, час	Количество		наименование	количество	дата взятия
	цельной	промывной			

Дежурный врач _____

Дежурная мед. сестра _____

Анатомический диагноз _____

 Заключение о возможности изъятия

 Судебный медицинский эксперт _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 021/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Отрывной лист карты донора (труп) N.....
(остается у судмедэксперта)
по журналу порядковый номер N.....

Фамилия, имя, отчество донора (труп) _____

Возраст _____

Диагноз врача скорой помощи _____

Дата и час смерти _____

Дата и час поступления _____

Взятие крови			Ткани, разрешенные к взятию		
Дата, час	Количество		наименование	количество	дата взятия
	цельной	промывной			

Заключение о возможности изъятия тканей

Судебный медицинский эксперт _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета замороженного костного мозга, находящегося на хранении

Начат "....." _____ 19 г.

Окончен "....." _____ 19 г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 022/у

NN п/п	Фамилия, инициалы донора	Дата замора- живания	Режим замора- живания	NN контей- неров	Место контейнера в хранилище			Кто про- изводил замора- живание	Срок хранения костного моз- га в жидком азоте	Куда выдан кост- ный мозг	Дата выдачи	Рас- писка в получе- нии
					бун- кер	кас- сета	гнездо					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета костного мозга, заготовленного для консервации

Начат "....." _____ 19 ____ г. Окончен "....." _____ 19 ____ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 023/у

NN п/п	Фамилия, имя, отчество донора костного мозга	Группа крови	Резус- принадлеж- ность	Дата заго- товки	N эти- кетки	Консервиру- щий раствор
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Объем костно- мозговой взвеси	Количество ядросодер- жащих клеток в млрд.	Жизнеспособ- ность клеток (эозиновая проба)	Бакте- риоло- гичес- кий кон- троль	Фамилия врача, произво- дившего заготов- ку кост- ного мозга	Куда выдан костный мозг	Дата выдачи
8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 024/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета консервированного костного мозга

Начат "....." _____ 19 г.

Окончен "....." _____ 19 г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

N	Фамилия,	Группа	Резус-	Дата	N эти-	Подготовка костного мозга к замораживанию
---	----------	--------	--------	------	--------	-------------------------------------------

и т.д. до конца страницы

Форма N 033/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 10.08.1993 N 189, которым утверждена форма N 033/у-93.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 033/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

АКТ
об изъятии почки у трупа для трансплантации

Дата "....." _____ 19.... г.

1. Изъятие почки произведено после констатации смерти
больного по распоряжению _____

(указать должность, фамилию, имя, отчество)

2. Производил изъятие почки хирург _____
(указать фамилию,

имя, отчество)

(учреждение)

3. Способ изъятия почки (описание операции) _____

4. При изъятии почки присутствовали: _____
- судебно-медицинский эксперт _____
- реаниматолог _____

5. Куда помещены и кому переданы почки для трансплантации _____

6. Время начала изъятия почки _____

7. Время окончания изъятия почки _____

Подписи: Реаниматолог _____
Судебно-медицинский эксперт _____
Врач-хирург _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 034/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЭТИКЕТКА
на флакон с костным мозгом,

заготовленным для замораживания

Название учреждения, заготовившего костный мозг _____
_____ число _____ месяц _____ 19 г.

Группа крови _____
Резус-принадлежность _____

Донор _____
Объем костномозговой взвеси _____
Консервирующий раствор _____
N _____

Врач _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 041/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

_____ наименование учреждения

ЭТИКЕТКА
на флакон с костным мозгом,
заготовленным для замораживания

Название учреждения, подготовившего костный мозг к
трансплантации _____
_____ число _____ месяц _____ час _____ 19 г.

Группа крови _____
Резус-принадлежность _____

Донор _____
N _____ Стерильно
Объем костномозговой взвеси _____
Количество ядросодержащих клеток _____
Жизнеспособность ядросодержащих клеток _____
Ограждающий раствор _____
Срок годности костного мозга (час, дата) _____

Врач _____

Примечание:

Перед трансплантацией костного мозга врач обязан проверить:
1) группу крови больного; 2) группу трансплантируемого мозга;
3) совместимость костного мозга донора с сывороткой крови
больного; 4) произвести биологическую пробу.
Трансплантацию костного мозга производить капельно внутривенно
(или внутрикостно).

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 056/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ N.....
по комиссионному освидетельствованию лица, в
отношении которого решается вопрос
о признании его умалишенным

от "....." _____ 19.... г.

(направляется в исполком местных Советов народных депутатов
или в участковую избирательную комиссию по месту жительства)

Врачебная комиссия в составе:

Председателя _____
должность, Ф., И., О.

Членов комиссии _____
должность, Ф., И., О.

должность, Ф., И., О.

Созданная приказом _____
(орган здравоохранения)

от "....." _____ 19.... г.

Освидетельствовала гр. _____
(Ф., И., О.)

_____ (число, месяц, год рождения)
Проживающего по адресу: _____

Заключение: Гр. _____
(Ф., И., О.)

по своему психическому состоянию признан, не признан (ненужное
вычеркнуть) врачебной комиссией умалишенным и в соответствии
с законом, может, не может (ненужное вычеркнуть), быть включен
в списки избирателей по выборам в

_____ (наименование выборов)

М. П. _____
Председатель комиссии _____
(подпись)

Члены комиссии _____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 056/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ N.....
по комиссионному освидетельствованию лица, в
отношении которого решается вопрос
о признании его умалишенным

от "....." _____ 19.... г.

(подшивается в медицинскую карту стационарного больного,

амбулаторную карту)

Врачебная комиссия в составе:

Председателя _____
должность, Ф., И., О.

Членов комиссии _____
должность, Ф., И., О.

должность, Ф., И., О.

Созданная приказом _____
(орган здравоохранения)
N _____ от "....." _____ 19.... г.

Освидетельствовала гр. _____
рождения, проживающего по адресу: _____
число, месяц, год

медицинская карта стационарного больного (амбулаторная карта)

N, наименование учреждения

Краткий анамнез: _____

Психический статус _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

КонсультантПлюс: примечание.
Форма N 066/у фактически утратила силу в связи с изданием
Приказа Минздрава РФ от 30.12.2002 N 413, которым утверждена
форма N 066/у-02.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

Медицинская документация
Форма N 066/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
выбывшего из стационара

1. Фамилия, имя, отчество _____

Муж. Дата рождения _____

Пол _____ год, месяц, число

Жен.

2. Проживает постоянно (адрес) _____

Житель (подчеркнуть): города - 1,
села - 2

3. Кем направлен больно́й

7. Исход заболевания
(подчеркнуть):

1) выписан - 1

2) умер - 2

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Профиль коек _____</p> <p>4. Доставлен в стационар по экстренным показаниям (подчеркнуть): да - 1, нет - 2</p> <p>5. Через сколько часов после заболевания (получения травмы) (подчеркнуть):</p> <p>1) в первые 6 часов - 1</p> <p>2) 7-24 час. - 2</p> <p>3) позднее 24-х час. - 3</p> <p>6. Дата поступления в стац. 19.... г. _____ месяц _____ число _____ час.</p>	<p>3) переведен - 3</p> <p>7 а. Дата выписки, смерти 19.... г. _____ месяц _____ число _____ час.</p> <p>7 б. Проведено дней _____</p> <p>8. Диагноз, направившего учреждения _____</p> <p>9. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:</p> <p>впервые - 1</p> <p>повторно - 2</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 066/у

10. Диагноз стационара

Основной	Осложнения	Сопутствующие заболевания	
Клинический заключительный			_____ 10 а
Патологоанатомический			_____ 10 б

11. В случае смерти (указать причину):
- I. Непосредственная причина смерти (заболевание или осложнение основного заболевания) а) _____
- Заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти б) _____
- Основное заболевание указывается последним в) _____
- II. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или по осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.

12. Хирургические операции

Дата, час	Название операции а	Осложнения б	
			11 а
			11 б

13. Обследован на RW "....." 19.... г. Результат _____
14. Инвалид Отечественной войны (подчеркнуть): да - 1, нет - 2

Подпись _____

Форма N 066-1/у утратила силу на территории Российской Федерации в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 31.12.2002 N 420, которым утверждена форма N 066-1/у-02.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 066-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара

Фамилия, И., О. _____

1. Код стационара	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	14. Дата предыдущей выписки из псих. (нарколог.) стационара	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	24. Исход заболевания:	
2. Порядковый номер заполнения карты	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	15. Госпитализирован:	дней мес. лет	выздоровление (выраженное улучшение)	- 1
3. Медицинская карта стационарного больного N	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	впервые в жизни	- 1	улучшение	- 2
		повторно	- 2	без изменений	- 3
		повторно в данном году	- 3	ухудшение	- 4
4. Отделение N	<input type="text"/> <input type="text"/>	16. Поступление:		смерть	- 5
5. Дата поступления	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	первичное в данный стац.	- 1	25. В случае смерти:	
		повторное в данный стац.	- 2	непосредственно от психического заболевания	- 1
		17. Кем направлен:		соматич. заболевания (включая инфекционное)	- 2
		психиатр. (нарк.) диспансером (кабинетом)	- 1	самоубийства	- 3
		деж. психиатром по городу	- 2	несчастливого случая	- 4
		прочие	- 3	прочие	- 5
6. Дата выбытия	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Откуда поступил:		26. Трудоспособность при выписке без ограничений	- 1
		из дома	- 1	По психическому состоянию -	
		переведен из псих. стац.	- 2		
		переведен из стац. другого			

- _____
 дней мес. лет
7. Место жительства (код области, района, города)
8. Пол: муж. - 1
 жен. - 2
9. Дата рождения
 мес. год
10. Образование:
 число законченных классов средней школы
-
- не учился - 12
 школа для умственно отсталых - 13
 среднее специальное - 14
 незаконченное высшее - 15
 высшее - 16
 прочие - 17
11. Источник средств существования
- Работа - физический труд - 1
 умственный труд без снижения квалификации - 2
 со снижением квалиф. - 3
 На иждивении государства - пенсия по возрасту - 4
 пенсия по инвалидности - 5
 стипендия - 6
 прочие - 7
 На иждивении отд. лиц - 8
12. Год взятия на учет психоневрологическим (нарколог.) учрежд.

профиля - 3
 прочие - 4

19. Цель направления:
 лечение - 1
 лечение социально опасного больного - 2
 принудительное лечение - 3
 Экспертиза - судебная - 4
 военная - 5
 трудовая - 6
 Экспертиза наркологическая - для направления в ЛТП - 7
 для принуд. лечения - 8
 Др. цели направления - 9

20. Длительность заболевания (к моменту поступления)
 дней мес. лет

21. Диагноз направившего учреждения _____

Код диагноза

22. Заключительный диагноз _____

Код диагноза

23. Сопутствующее психическое заболевание (вкл. алкоголизм)

- ограничена - 2
 снижена - 3
 полностью (стойко утрачена) - 4
 По др. причинам - ограничена, снижена, утрачена - 5
27. Инвалидность по псих. заболеванию при выписке:
 группа
- инвалид ребенок - 4
 не инвалид - 5
28. Выбыл: домой - 1
 в другой психиатр. стационар - 2
 в др. стационар (непсих.) - 3
 в дом инвалидов - 4
 в ЛТП - 5
 не выбыл на конец года - 6
 прочие - 7
29. Число дней внутрибольничных отпусков

в данном в число году предыдущие отпусков годы

Подпись зав. отделением

Инструкцию о порядке заполнения карты см. на обороте.

13. Число предыдущих
госпитализаций

--	--

Код диагноза

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Оборотная сторона ф. N 066-1/y

А. Проведено койко-дней с момента поступления (исключая дни отпуска)

--	--	--	--	--

Б. Инвалид Отечественной войны:
да - 1
нет - 2

В. Сопутствующие соматические
заболевания _____

Г. Патолого-анатомический
диагноз _____

Код по МКБ

--	--	--	--

Д. Лечение _____

Е. Синдромы при поступлении _____

Ж. Синдромы при выбытии _____

ИНСТРУКЦИЯ
О ПОРЯДКЕ ЗАПОЛНЕНИЯ КАРТЫ

1. В карте обязательно заполняется каждый пункт. Внутри пункта отмечается только один код. Отрицательные ответы записываются нулями. Исключение составляет п. 25, заполняющийся только на умерших. Код и диагноз заболевания, послужившего причиной смерти, указываются в п. Г.

2. Место жительства больного (п. 7) заполняется в соответствии с Общесоюзным классификатором территорий по месту прописки больного.

3. В п. 10 проставляется число классов только при отсутствии образования, перечисленного в кодах 12-16.

4. В п. 12 дается положительный ответ, если больной состоял на диспансерном учете до настоящей госпитализации.

5. В п.п. 13, 14, 15 учитываются госпитализации только в психиатрические, наркологические стационары (отделения).

6. В случае перевода больного из другого психиатрического (наркологического) стационара, госпитализация в стационар, из которого он переведен, учитывается в п.п. 13-15, как самостоятельная.

7. В п. 19 отмечается наиболее существенная причина госпитализации: принудительное лечение, экспертиза судебная, военная, наркологическая, трудовая, лечение социально опасного больного, лечение.

8. В п. 21 должен быть переписан и закодирован диагноз, указанный в путевке.
9. Трудоспособность на момент выписки оценивается независимо от инвалидности. Предпочтение отдается нарушению трудоспособности по психическому заболеванию.
10. Если больной остается в стационаре на 31 декабря, то в п. 28 отмечается код 6 ("не выбыл на конец года"), в п. 6 ("дата выбытия") проставляется 31 декабря текущего года.
11. В п. 29 отмечаются отпуска только за данную госпитализацию.
12. П.п. Б, В, Г, Д, Е, Ж заполняются кратко произвольным текстом.

Примечание.

При ручной разработке карты:

а) заполняется п. А (проведено койко-дней);

б) в п. 7 вместо кода территории вписывается "город" или "село" в зависимости от прописки больного.

КонсультантПлюс: примечание.

Форма N 007/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 30.12.2002 N 413, которым утверждена форма N 007/у-02 и форма N 007дс/у-02.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 007/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЛИСТОК
учета движения больных и коечного фонда стационара

наименование отделения, профиля коек

Код	Фактически развернуто коек, включая койки,	В том числе коек, свернутых на ремонт	Движение больных за истекшие сутки		
			Состояло больных на начало	Поступило больных (без переведенных внутри больницы)	
				Всего	Из них

<*> Для психически больных и больных туберкулезом.

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа здравоохранения.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая и сведения о койкам узких специальностей), в последующие строки выделяются сведения о койках и движении больных по узким специальностям.

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, лежавших в отделении, имевшем урологические койки.

Для получения суммарных данных по больнице сведения из листов отделений, полученных и проверенных в кабинете статистики, вносятся в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

Примечание. Если учет в больнице и имеющихся в ней отделениях ведется сестрой, то заполнение отдельных листов нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета больных и коечного фонда по стационару в целом, имеющимся в нем отделениям и койкам узкого профиля последовательно за каждый день месяца с последующим суммированием месячных сведений.

В гр. 3 листа показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантинном и другими причинами. В это число не включаются приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения.

Из числа коек, показанных в гр. 3 и гр. 4 выделяются койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

В графах 5-13 даются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших больных, числа переведенных из отделения в отделение, выписанных и умерших) и в гр. 14 и 15 о числе больных, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных, показанное в гр. 14 предыдущего дня, должно быть переписано в гр. 5 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. чтобы число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 14) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр. 6) и переведенных (гр. 9), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 10), выписанных (гр. 11) и умерших (гр. 13), т.е. числам в гр. $5+6+9-10-11-13=$ гр. 14.

КонсультантПлюс: примечание.

Форма N 016/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 30.12.2002 N 413, которым утверждена форма N 016/у-02.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 016/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета движения больных и коечного фонда
по стационару, отделению или профилю коек _____
(вписать название)

за 19.... г.

	Число коек в пределах сметы фактически развернутых + свернутых на ремонт на конец отчетного периода	Средне-месячных (годовых) коек	Состояло больных на начало отчетного периода	За отчетный период		
				поступило больных		
				всего	сельских жителей	Детей в возрасте до 14 лет включительно
	1	2	3	4	5	6
Январь						
Февраль						
Март						
Апрель						
Май						
Июнь						
За полугодие						
Июль						
Август						
Сентябрь						

Октябрь						
Ноябрь						
Декабрь						
За год						

продолжение

За отчетный период				Умерло	Состояло больных на конец отчетно- го периода	Прове- дено боль- ными койко- дней	В т.ч. сель- скими жите- лями	Число койко- дней закры- тия	Кроме того, проведено койко-дней матерями при больных детях
Переведено больных внутри больницы		Выписано больных							
из дру- гих отделе- ний	в дру- гие отделе- ния	всего	в т.ч. переве- дено в другие стацио- нары						
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Подпись _____

1. Сводная ведомость заполняется ежемесячно по каждому отделению, по каждому

профилю коек и по стационару в целом (на отдельных бланках ф. N 16) на основании подсчета записей за все дни месяца в листках ежедневного учета ф. N 7.

2. В графе 2 по месяцам показывается среднемесячное число коек, за год - среднегодовое число коек.

3. Для определения среднемесячного числа коек (для гр. 2) подсчитываются за месяц данные графы 2 формы N 7 и полученная сумма делится на число календарных дней месяца; для определения числа среднегодовых коек складываются записи в графе 2 ведомости N 16 и полученная сумма делится на 12.

4. Число койко-дней, проведенных больными за отчетный период, проставляется только на основании записей в листке по ф. N 7.

5. Число проведенных больными койко-дней получается путем подсчета данных графы 13 и 14 в форме N 7 число койко-дней закрытия - графы 3 в форме N 7, число койко-дней, проведенных матерями при больных детях, - 15 в форме N 7.

6. Данные сводной ведомости - ф. N 16 - служат для заполнения таблицы (таблица 1, раздела III) лечебно-профилактического учреждения по ф. N 1.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

**1.2. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
В ПОЛИКЛИНИКАХ (АМБУЛАТОРИЯХ)**

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу организации оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг, см. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 255, которым утверждена форма N 025/у-04.

Письмом Минздрава СССР от 26.07.1988 N 08-14/17-14, которым утверждена форма N 025-5/у-88, разрешено использовать бланки формы N 025/у впредь до издания специальной формы.

Форма N 025/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 31.12.1987 N 1338, которым утверждена форма N 025/у-87.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 025/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО N _____
или код

Фамилия, имя, отчество _____ домашний _____

Телефон _____
служебный _____

М _____
Пол _____ Дата рождения _____
Ж _____ число, месяц, год

Адрес больного: область _____ населенный пункт _____
район _____ улица (переулок) _____
дом N _____ корпус _____ кв. N _____

Место службы, работы _____ отделение, цех _____
наименование и характер производства

Профессия, должность _____ иждивенец _____

Взят на диспансерное наблюдение _____ Перемена адреса и работы _____

Дата взятия на учет	По поводу	Дата снятия с учета	Причина снятия

Дата	Новый адрес (новое место работы)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. N 025/у

Дата (число, месяц, год) обра- щения	Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов		
	Заключительные (уточненные) диагнозы	Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Подпись врача (фамилию писать разборчиво)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 025-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ВКЛАДНОЙ ЛИСТ
на подростка к медицинской карте амбулаторного больного

Дата заполнения карты _____ 19.... г.

N или код

Юноша
 Девушка

(подчеркнуть)

Дата рождения _____
год, месяц, число

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес подростка _____

Название предприятия (учебного заведения) _____

Время поступления на предприятие (в учебное заведение) _____

Профессия _____ Перенесенное заболевание _____

Болезни родителей (туберкулез, алкоголизм, психические заболевания)

Живет в семье, общепитании _____ питание _____

Продолжительность рабочего дня _____ смены _____

Занятия физкультурой и спортом (систематические, случайные) _____

Для типографии!

при изготовлении документа _____

формат А5

Данные медицинских обследований

	1-е обследование	2-е обследование	3-е обследование
1	2	3	4
Вес			
Рост	стоя		
	сидя		
Окружность грудной клетки	вдох		
	выдох		
Половое развитие			
РА, МА, МЕ			
Физические недостатки			
Субъективные жалобы			
Кожа, подкожная клетчатка и слизистые			
Костно-мышечная система			

Стр. 3 ф. N 025-1/у

	1-е обследование	2-е обследование	3-е обследование
1	2	3	4
Лимфатические железы			
Полость рта			
Органы пищеварения			
Органы дыхания			

Органы кровообращения (кровяное давление)			
-------------------------------------------	--	--	--

Стр. 4 ф. N 025-1/у

	1-е обследование	2-е обследование	3-е обследование
1	2	3	4
Мочеполовые органы			
Эндокринная система			
Нервная система			
Психика			
Органы зрения			
Верхние дыхательные пути и органы слуха			

Стр. 5 ф. N 025-1/у

	1-е обследование	2-е обследование	3-е обследование
1	2	3	4
Данные флюорографии и рентгена			
Реакция Пирке			
Реакция Манту			
Лабораторные исследования			
Диагноз			
Допущен к занятиям по физкультуре (группа)			
Назначения врача			
Подпись врача			

Стр. 6 ф. N 025-1/у

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

(направление в санатории, дома отдыха, предоставление диетпитания, перевод на другую работу и прочие виды оздоровительных мероприятий)

(Со времени составления настоящей карты)

Название мероприятий	Дата	
	назначения	выполнения
1-е обследование		
2-е обследование		
3-е обследование		

Форма N 025-3/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 025-3/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
студента ВУЗа, учащегося среднего
специального учебного заведения

Полное название учебного заведения _____
Факультет _____ специальность _____
Курс _____ группа _____
Фамилия, имя, отчество _____
_____ пол _____

Дата рождения (год, месяц) _____
Национальность _____
Адрес настоящего места жительства _____

Откуда прибыл: (данного города, иногородний, сельская местность -
подчеркнуть) _____

(указать город, область)

Взят на диспансерное наблюдение

Дата взятия на учет	По поводу	Дата снятия с учета	Причина снятия
1	2	3	4

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. N 025-3/у

Семейный анамнез: заболевания отца, матери, братьев и сестер
туберкулезом, нервно-психическими заболеваниями, гипертонией,
алкоголизмом (подчеркнуть), другими хроническими заболеваниями -
вписать

Перенесенные острые и хронические заболевания:
туберкулез, болезнь Боткина, ревматизм (подчеркнуть)

Заболевания органов дыхания _____

Сердечно-сосудистые заболевания _____

Заболевания органов пищеварения _____

Заболевания почек и мочевыводящих путей _____

Заболевания Ц.Н.С. _____

Другие заболевания _____

(Вписать, указать возраст) _____

Перенесенные травмы туловища, конечностей - подчеркнуть, травма головы - подчеркнуть _____

указать возраст _____

Стр. 3 ф. N 025-3/у

Число, месяц и год обращения	Заключительные (уточненные) диагнозы	Впервые установленный диагноз (отметить +)	Подпись врача (разборчиво)
1	2	3	4

Стационарное лечение
(со времени составления настоящей карты)

Число, месяц и год госпитализации	Диагноз при направлении в стационар	Диагноз при выписке	Хирургическое вмешательство, было, не было (подчеркнуть), название операции	Число дней в стационаре

Стр. 4 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Соматометрические и физиометрические данные		Данные обследования		
Рост стоя				
Вес				
Окружность грудной клетки	вдох			
	выход			
	пауза			
Экскурия грудной клетки				
Спирометрия				
Динамометрия	правая кисть			
	левая кисть			
	становая			
Половое развитие (указать формулу - Me, Ma, P, A и стадию)				

Стр. 5 ф. N 025-3/у

		Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 6 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

С	\	Даты		
п	По органам и системам	\	обследования	

е ц и а л и с т ы Т е р а п е в т	Жалобы		
	Кожа и слизистые		
	Жироотложение (пониженное умеренное, хорошее)		
	Мускулатура развито слабо, умеренно, хорошо		
	Позвоночник (норма, сколиоз, лордоз, кифоз)		
	Осанка (нормальная, выпрямленная, сутуловатая, сколиотическая, лордотическая, кифотическая)		
	Стопа (нормальная, уплощенная, плоская)		
	Органы дыхания		
	Органы кровообращения		
	Грудная клетка, ее форма цилиндрическая, плоская, коническая, патологическая.		
Ноги: норма, О, Х-образные (подчеркнуть).			

Стр. 7 ф. N 025-3/у

		Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 8 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Специа-лист	\ Даты По органам \ обследования и системам \		
Функциональная проба - 20 приседаний за 30 секунд			
В покое	Пульс		
	А.Д.		

Первая минута	Пульс		
	А.Д.		
Вторая минута	Пульс		
	А.Д.		
Третья минута	Пульс		
	А.Д.		
Терапевт	Органы пищеварения		
	Органы выделения		
	Лабораторные анализы Кровь Моча		
	Диагноз, рекомендации, подпись		

Стр. 9 ф. N 025-3/у

		Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 10 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Специа- лист	\ Даты По органам \ обследования и системам \		
Н е в р о п а т о л о г	Жалобы		
	Анамнез		
	Объективные данные		
	Диагноз		
	Рекомендации		
	Подпись врача		

Х и у р г	Жалобы		
	Анамнез		
	Дефекты развития костно-мышечной системы и суставов		
	Диагноз		
	Рекомендации		
	Подпись врача		

Стр. 11 ф. N 025-3/у

		Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 12 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Специалист	\ Даты По органам \ обследования и системам \	1	2	
О ф т а л ь м о л о г	Жалобы			
	Цветовосприятие			
	О с з т р е с о н т и а я	Правого глаза без коррекции		
		с коррекцией		
		левого глаза без коррекции		
		с коррекцией		
Рефракция				
Диагноз				
Рекомендации				

	Подпись врача			
О т л а р и н г о л о г	Жалобы			
	Данные осмотра ЛОР-органов			
	Острота слуха на шепотную речь	справа		
		слева		
	Диагноз			
	Рекомендации			
	Подпись врача			

Стр. 13 ф. N 025-3/у

		Примечание
3	4	

и т.д. до конца страницы

Стр. 14 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Специа- лист	Даты обследования По органам и системам	1	2
С т о м а т о л о г	Состояние слизистой по- лости рта, языка и лимфа- тических узлов подчелюст- ного треугольника		
	Диагноз		
	Рекомендации		
	Подпись врача		

Д р у г и е л и с т ы	с			
	п	Диагноз		
	е			
	ц			
и а л и с т ы	и	Рекомендации		
	а			
	л	Подпись врача		

Стр. 15 ф. N 025-3/у

		Примечание
3	4	

Стр. 16 ф. N 025-3/у

Осмотр стоматологом (зубным врачом); зубная формула; здоровый - 0; отсутствующий - 0;
непрорезавшийся - НП; корень - КН; кариес - К; пульпит - П; гангрена - Г; гранулема - ГР; подлежит
удалению - Э;

Д	9							
	8							
	7							
	6							
	5							
	4							
	3							

А Т Ы О С М О Т Р А	2							
	1							
	8	7	6	5	4	3	2	1
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							

Стр. 17 ф. N 025-3/у

коронка металлическая - КМ; мостовидный протез - М; съемный протез - Пр; пломба - Пл.

1	2	3	4	5	6	7	8

Стр. 18 ф. N 025-3/у

Итоговая оценка состояния здоровья

Даты обследования		
Физическое развитие (среднее, выше среднего, высокое, ниже среднего, низкое)		

Физкультурная группа (основная подготовительная, специальная)		
Состояние здоровья (здоров, имеет функциональные отклонения - указать какие, болен - указать диагноз)		
Назначения и рекомендации, их выполнение Подпись врача		

Академический отпуск (был, не был) - подчеркнуть
Указать причину академического отпуска

Стр. 19 ф. N 025-3/у

		Примечание

Стр. 20 ф. N 025-3/у

ФЛЮОРОГРАФИЯ

Даты	Результаты

Данные рентгенологического обследования

Даты	Обследование какого органа	Результаты

Стр. 21 ф. N 025-3/у

Вакцинация и ревакцинация

Вакцинация		I	II	III	Ревакцинация
		дата серия доза	дата серия доза	дата серия доза	дата серия доза
И н ф е к ц и и	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

Вакцинация по эпидпоказаниям

Вакцинация		I	II	III	Ревакцинация
		дата серия доза	дата серия доза	дата серия доза	дата серия доза
И н ф е к ц и и	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

Текущие наблюдения

Дата посещения с отметкой амбулаторно, на дому	Жалобы больного, объективные данные	Диагноз и назначения. Подписи врачей и консультантов	Отметки о выдаче справки о нетрудоспособности
1	2	3	4

и т.д. до конца страницы

Для типографии!
напечатать 2 листа

Форма N 026/у утратила силу на территории Российской Федерации с 1 сентября 2000 года в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 03.07.2000 N 241, которым утверждена форма N 026/у-2000.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 026/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

_____ наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА
(для школы, школы-интерната, детского дома,
детского сада, яслей-сада)

Класс
----- (заполняется ежегодно)
Группа

Аллергия (вакцинальная,
лекарственная, аллергические
заболевания)

_____ Фамилия, имя, отчество ребенка

_____ Дата рождения _____ Пол -
М
Ж

Адрес _____

_____ Телефон _____
Обслуживающая поликлиника N _____ Телефон _____

Сведения о родителях

	Год рождения	Образование	Место работы	Телефон
Мать				
Отец				

а) жилищно-бытовые условия _____

б) семейный анамнез (заболевания) _____

Внешкольные занятия

Спорт (да, нет, вид спорта) _____

Иностранный язык (да, нет) _____

Музыка (да, нет) _____

Другие занятия _____

Перенесенные заболевания

	Дата		Дата
Корь		Краснуха	
Коклюш		Инфекционный гепатит	
Скарлатина		Дизентерия	
Дифтерия		Брюшной тиф	
Ветряная оспа		Туберкулез	
Инфекционный паротит		Ревматизм	

Для типографии!
при изготовлении документа
Формат А5

стр. 2 ф. N 026/у

Сведения о госпитализации

Санаторном лечении

Дата	Диагноз	Дата	Диагноз

Травмы, операции

	Дата	Диагноз

Пропуск по болезни

Дата		Диагноз	Дата		Диагноз	Дата		Диагноз	Дата		Диагноз
от	до		от	до		от	до		от	до	

стр. 3 ф. N 026/у

Сведения о диспансерном наблюдении <*>

Диагноз	Дата	Дата	Контроль посещений специалиста

	взятия на учет	снятия с учета, причина	назн.	яв.	назн.	яв.	назн.	яв.
Дата	Данные осмотра		Рекомендации					
1	2		3					

стр. 4 ф. N 026/у

Дата	Данные осмотра	Рекомендации
1	2	3

и т.д. до конца страницы

стр. 5 ф. N 026/у

Данные флюорографических
(рентгеновских)
исследований

Данные лабораторных исследований

Дата	Результат	Анализы	Дата	Результат
		Крови		
		Мочи		
		Кала		

стр. 8 ф. N 026/у

15. Логопедом				
16. Стоматологом				
17. Оценка физического развития				
18. Заключение о состоянии здоровья				
19. Группа для занятия физкультурой				
20. Рекомендации				

Подписи врачей _____
(педиатр, специалисты) _____

стр. 9 ф. N 026/у

стр. 10 ф. N 026/у

Осмотр перед профилактическими прививками

Дата	Здоров	Прививка разрешена (какая)	Болен (диагноз)	Мед.отвод до	Врач

Профилактические прививки

	Вакцинация			Ревакцинация			
	I	II	III	I	II	III	IV
Против полиомиелита							
Дата							

Серия							
Против дифтерии, коклюша, столбняка							
Дата							
Серия							
Против паротита		Введение гаммаглобулина (по показаниям)					
Дата							
Серия							
Против кори		Дата	Причина	Дата	Причина		
Дата							
Серия							

Реакция Манту: Прививка против туберкулеза (БЦЖ)

Дата												Дата							
Результат												Доза							
												Серия							

стр. 11 ф. N 026/у

Профессиональная консультация с указанием
медицинских противопоказаний к профессиям

Дата	Рекомендации

Рекомендации к занятиям спортом

Дата	Вид спорта	Заключение

Данные текущего медицинского наблюдения

Дата	Данные осмотра	Диагноз	Назначения

--	--	--	--

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 112/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Группа крови _____

Резус-принадлежность _____ Внимание: измененная реактивность

1. Фамилия ребенка _____
имя _____ отчество _____
2. Дата рождения "." _____ 19 ____ г.
3. Пол: муж., жен. (подчеркнуть) _____
4. Место жительства: район _____
город, село _____ улица _____
кв. _____ телефон _____
5. Проживает постоянно (временно): приезжий, _____ из другого города,
села (подчеркнуть)

6. Дата взятия на учет в данное учреждение	Откуда прибыл
число, месяц, год	
число, месяц, год	
число, месяц, год	
7. Дата снятия с учета	Причина снятия с учета (при переезде указать адрес выбытия)
число, месяц, год	
число, месяц, год	

8. Показания к диспансерному наблюдению в связи с заболеванием			
Дата взятия на учет	Возраст ребенка	Диагноз	
9. Отметка о посещении детских учреждений			
Дата оформления в детское учреждение	Возраст ребенка	Наименование учреждения	Дата выбытия из детского учреждения

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. N 112/у

Сведения о семье

Родители и дети (фамилия, И. О.)	Год рож- дения	Место работы, должность, телефон (для детей - детские учреждения)	Наличие хронических заболеваний
Мать			
Отец			
Дети:			

Хронические заболевания у других лиц, проживающих в квартире _____

Жилищно-бытовые условия _____

Дополнительные данные _____

Стр. 3 ф. N 112/у

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обра- щения	Воз- раст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разбор- чиво)	Отметки о госпитализации (название ста- ционара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обра- щения	Воз- раст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разбор- чиво)	Отметки о госпитализации (название ста- ционара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

Учет антибиотиков, примененных при лечении ребенка

Дата назначе- ния	Наименование антибиотика и доза	Продолжительность курса лечения	Реакция на применение антибиотика

и т.д. до конца страницы

продолжение

Учет рентгенологических исследований

Дата исследования	Возраст ребенка	Характер и область исследования (R-графия, R-скопия, Ф-графия)

и т.д. до конца страницы

Стр. 6 ф. N 112/у

Сведения о новорожденном

Дата выписки из роддома N ____		Дата получения извещения о новорожденном из роддома N ____	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

Место для приклеивания обменной карты

Стр. 7 ф. N 112/у

Первичный врачебный патронаж к новорожденному _____
 "....." _____ 19..... г. _____ в возрасте,
 _____ дата посещения
 на _____ день после выписки из роддома
 Жалобы матери _____

Назначения и рекомендации

Характер вскармливания _____
 Общее состояние ребенка _____

Физиологические рефлексы новорожденного _____

Мышечный тонус _____ телосложение _____

Кожа _____ зев _____

Слизистые _____ состояние питания _____

Костная система _____

_____ череп, швы, роднички, ключицы, состояние тазобедренных суставов

_____ Дыхание _____

_____ частота, характер, форма грудной клетки, перкуссия и аускультация

органов дыхания
Сердечно-сосудистая система _____
_____ видимая пульсация, звучность тонов
Пупочная ранка _____
Живот _____ печень _____ селезенка _____
Половые органы _____
Мочеиспускание _____ характер стула _____
_____ Условия, режим, уход за новорожденным _____
Заключение _____

Подпись врача _____

Стр. 8 ф. N 112/у

ЛИСТ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Даты профилактических осмотров ребенка врачами
и наблюдений медицинской сестрой

Специальность врача (медицинской сестры)	Возраст ребенка при осмотре												
	Месяцы первого года жизни												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
В поликлинике													
1. Педиатр на дому													
2. Травматолог-ортопед													
3. Невропатолог (психонев.)													
4. Офтальмолог													
5. Стоматолог													
6. Другие специалисты													

продолжение

Специальность врача (медицинской сестры)	Кварталы 2-го года				Полугодие 3-го года		Годы жизни			
	I	II	III	IV	I	II	4	5	6	7
В поликлинике										
1. Педиатр на дому										
2. Травматолог-ортопед										
3. Невропатолог (психонев.)										
4. Офтальмолог										
5. Стоматолог										
6. Другие специалисты										

Участковая медсестра _____

Профилактика и лечение рахита

Цель назначения	Вид препарата	Разовая доза и кратность приема	Дата назначения	Дата отмены	Всего получил на курс	Ультрафиолетовое облучение
Профилактическая						
Лечебная						

продолжение

Гимнастика в массах

Наименование комплекса	Возраст	Дата назначения	Отметка о выполнении
I комплекс	1,5-3 мес.		
II комплекс	3-4 мес.		
III комплекс	4-6 мес.		

IV комплекс	6-9 мес.		
V комплекс	9-12 мес.		

Стр. 9 ф. N 112/у

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА О ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Вскармливание			
	Грудное	Смешанное	Искусственное
С какого возраста			
По какой возраст			

Срок введения первого прикорма	
Дата введения прикорма	Возраст ребенка

Причины перевода

Антропометрические данные на первом году жизни

На смешанное вскармливание		На искусственное вскармливание
1	Болезнь матери	1
2	Отсутствие матери	2
3	Гипогалактия	3
4	Отсутствие лактации	4
5	Выход на работу (учебу)	5
6	По желанию матери	6

Возраст (месяцев)	Масса (вес) в гр.	Прирост массы (веса)	Окружность	
			грудной клетки	головой
1				
2				
3				
4				
5				
6				

7	Особенности и патологические состояния ребенка	7
8	Другие причины	8

Примечание: соответствующая цифра обводится кружком, при переводе на смешанное вскармливание в колонке слева, на искусственное - в колонке справа.

7				
8				
9				
10				
11				
12				

Стр. 10 ф. N 112/у

ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Краткие амнестические данные

Общие заключения	К 3-м месяцам Дата	К 6-ти месяцам Дата	К 9-ти месяцам Дата	К 12-ти месяцам Дата
Характер вскармливания				
Количество зубов				
Размер большого родничка				
Уровень физического развития (оценка)				
Уровень нервно-психического развития (оценка)				
Перенесенные острые заболевания				
Наличие хронических заболеваний				
Заключение о состоянии здоровья				
Подпись врача				

Стр. 11 ф. N 112/у

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 2-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Стр. 12 ф. N 112/у

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 3-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				

Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Осмотр офтальмологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Стр. 13 ф. N 112/у

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка с 3-х до 7
(6 лет лет 11 мес. 29 дней) лет

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотры:				
Педиатром				
Ортопедом (хирургом)				

Офтальмологом				
Невропатологом				
Логопедом				
Стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Стр. 14 ф. N 112/у

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилакт. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

Стр. 15 ф. N 112/у

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактический, лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

Стр. 16 ф. N 112/у

КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ

1. Плановые прививки

Прививка против		Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
						местная	общая
1		2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация						
	1. Ревакцинация 2. Ревакцинация						
	Вакцинация						
		1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка					
Полиомиелита	1 ревакцинация	1 прививка 2 прививка					
	2 ревакцинация	1 прививка 2 прививка					
	3 ревакцинация	1 прививка					

	4 ревакцинация							
Дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС)	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка						
	1 ревакцинация							
Дифтерии, столбняка (АДС)	1 ревакцинация							
	2 ревакцинация							
Кори	Вакцинация							
Паротита	Вакцинация							
	2. Внеплановые и вновь введенные плановые прививки							

Стр. 17 ф. N 112/у

и реакций на прививки

Название пробы	Дата проведения	Возраст ребенка	Серия	Размер инфильтрата	Результат
1	2	3	4	5	6
Реакция Манту	1				
	2				

Стр. 18 ф. N 112/у

Дата посещений	Порядковый N патронажа	Возраст ребенка	Цель посещения (патронаж, выполнение назначений врача, приглашение на прививку и др.)	Отметка о выполнении назначений, совет и др.

Стр. 19 ф. N 112/у

Место для приклеивания результатов анализов и справок

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 065/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
больного венерическим заболеванием

Дата взятия на учет "....." _____ 19..... г.
Дата составления извещения "....." _____ 19.... г.
1. Фамилия, имя, отчество _____
М

22. Члены семьи и контакты, подлежащие обследованию

NN п/п	Фамилия, имя, отчество	Домашний адрес	Отношение к больному	Дата вызова			Диагноз	N мед. карты	Приме- чание
					пер- вич- ный	заклю- читель- ный			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Стр. 3 ф. N 065/у

23. Лечение больного сифилисом

N курса	Дата		Наименование препарата и суммарная доза	Результаты серологического исследования		Примечание
	начала лечения	окончания лечения		до начала курса	по окончании курса	

Стр. 4 ф. N 065/у

Не закончил (а) ни одного курса лечения: в связи с переводом _____

(наименование, адрес учреждения)
интеркуррентным заболеванием, по другим

_____ (дата перевода)

причинам _____

_____ (указать каким)

24. Контроль за аккуратностью лечения

Дата самовольного прекращения лечения	Дата		Дата самовольного прекращения лечения	Дата		Дата самовольного прекращения лечения	Дата		Дата самовольного прекращения лечения	Дата	
	вызова	явки		вызова	явки		вызова	явки		вызова	явки

25. Дата начала лечения _____ Дата окончания лечения _____
(независимо от того, где начал лечение - в данном или другом учреждении)

26. Контроль по окончании лечения

Назначено явиться (дата)	Дата		Назначено явиться (дата)	Дата		Назначено явиться (дата)	Дата		Назначено явиться (дата)	Дата	
	вызова	явки		вызова	явки		вызова	явки		вызова	явки

Стр. 5 ф. N 065/у

27. Снят с учета _____ по одной из следующих причин:

(дата)

а) окончание лечения и наблюдения; б) перевода на лечение в другое лечебное учреждение (при наличии документа о принятии на учет по месту перевода или выезда; в) не разыскан (а) с момента самовольного прекращения лечения; г) смерти

28. Общий анамнез

Жилищно-бытовые условия _____

Условия работы _____

Наследственность _____

Употребление алкоголя, наркотиков _____

Где произошло заражение _____

В каком состоянии произошло заражение (трезвый, состояние опьянения) _____

Перенесенные болезни (венерические, гинекологические и др.) _____

Физические и психические травмы _____

Менструация с ____ лет, по ____, через ____ дней, последняя ____

Половая жизнь с ____ лет

Беременности: всего ____ закончились родами ____ прерваны абортom

Предшествующее лечение _____

Стр. 6 ф. N 065/у

Дата	Настоящее состояние и течение болезни	Назначения, методы лечения, выдача листка нетрудоспособности

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 065-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
больного грибковым заболеванием

Дата заполнения извещения "....." _____ 19..... г.
Фамилия, имя, отчество _____

_____ 2. Пол (М., Ж.)

3. Дата рождения _____ 4. Национальность _____
4. Адрес по месту выявления _____

6. Приезжий: а) из города, б) из села (подчеркнуть)

7. Кем направлен _____

8. Место и адрес работы _____

9. Профессия _____

10. Для детей: посещает ли детское учреждение, адрес учреждения
(группа, класс) _____

11. Диагноз подробный _____

12. Дата проведения первого обследования _____

13. Данные микроскопического исследования _____

14. Культура грибка _____

15. Заболевание выявлено: при обращении больного в лечебно -
профилактическое учреждение, при профосмотре (подчеркнуть)

16. Источник заражения:

а) человек (родственное отношение к больному, адрес, сведения
о привлечении к лечению) _____

б) животное (кошка, собака, рогатый скот, лошадь)

Мероприятия, проведенные в отношении животного (на учете в
ветлазарете - состоит, не состоит) _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. N 065-1/у

17. Результат осмотра семьи больного

Фамилия, имя, отчество	Год рожде- ния	Адрес	Место учебы или работы	Отношение к больному	Дата осмотра		Диагноз	Культура грибка
					пер- вич- ный	пов- тор- ный		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

18. Результат осмотра контактов (в квартире, общежитии, детском учреждении и др.):

подлежало осмотру _____, осмотрено _____ выявлено
больных _____, привлечено к лечению _____

19. Дезинфекция текущая _____ заключительная _____

Анамнез _____

Развитие настоящего заболевания _____

Стр. 3 ф. N 065-1/у

Данные объективного исследования _____

Дата	Течение болезни	Назначения

Стр. 4 ф. N 065-1/у

Наблюдение по окончании лечения

Дата явки	Объективные данные	Лабораторные исследования

Снят с учета ". . . ." _____ по причине _____

Подпись врача _____

КонсультантПлюс: примечание.
 Форма N 081/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 13.02.2004 N 50, которым утверждена форма N 01-ТВ/у.

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 081/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
больного туберкулезом

Дата взятия на эпид. учет "....." _____ 19.... г.
Дата снятия с эпид. учета _____ 19.... г.

Участок N _____
Фамилия, имя, отчество _____ пол _____
Дата рождения _____
число, месяц, год

Адрес больного:

населенный пункт _____
улица (переулок) _____
дом N _____ корпус (барак) N _____ кв. N _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 081/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
больного туберкулезом

Дата заполнения "....." _____ 19.... г.

Фамилия, имя, отчество _____
Место работы (для детей ясли, детсад, школа) _____

Отрасль промышленности _____ цех _____ профессия _____

должность _____

Для неработающих указать - домохозяйка, пенсионер и пр. (указать профессию в прошлом, в т.ч. профвредности) _____

Инвалидность (общая, ИОВ, ИСА): причина (туберкулез, др. заболевания - подчеркнуть), группа инвалидности _____

Перемена адреса, места работы и профессии

Перемена адреса		Перемена места работы	
Дата	Новый адрес	Дата	Новое место работы, профессия

Сколько лет живет в данном городе _____
Если живет временно, то адрес постоянного местожительства _____

Перемена условий труда _____
Число комнат _____ Комната светлая, темная, теплая, холодная, сухая, сырая (подчеркнуть)
Квартира отдельная, коммунальная (подчеркнуть). Спит в комнате один с семьей (подчеркнуть)
Случаи заболевания туберкулезом в семье _____
Контакт с ТБК больным (с кем, в каком возрасте) _____

Стр. 2 N 081/у

Наименование учреждения, направившего больного _____
заболевание выявлено при профосмотре, при обращении с симптомами (подчеркнуть)

Даты	
	Диагноз _____ группа _____
	Диагноз _____ группа _____
	Диагноз _____ группа _____
	Диагноз _____ группа _____

Перенесенные заболевания	В возрасте	Перенесенные заболевания	В возрасте
Корь		Воспаление легких	
Коклюш		Плеврит	
Скарлатина		Малярия	
Дифтерия		Сифилис	
Тифы и паратифы		Операции	
Бронхит повторный			

Сопутствующие заболевания _____

МАТЕРИНСТВО

Сколько беременностей _____ Родилось живых детей _____
Мертворожденных _____ Абортов искусственных _____
Самопроизвольных _____ Течение последней беременности _____

Менструация с _____ лет,
расстроенная с _____ лет.

РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА (для детей)

Который по счету, вес при рождении _____
Родился в срок да, нет (подчеркнуть)
Грудное вскармливание до _____ Прикармливание
с _____ В настоящее время питание: грудное,
искусственное, смешанное (подчеркнуть).
Возраст прорезывания зубов _____ Начал сидеть _____
ходить _____
Рос слабым, крепким (подчеркнуть)
Вакцинация против туберкулеза при рождении _____
б) в последующие годы (когда) _____

Стр. 3 ф. N 081/у

Жалобы больного _____

Общее самочувствие: хорошее, удовлетворительное, плохое.
Работоспособность: нормальная, пониженная, не работоспособ.
(подчеркнуть).

Аппетит: хороший, удовлетворительный, плохой. Похудание: да, нет.

Температура: нормальная, субфебрильная (подчеркнуть).

Поты: есть, нет (подчеркнуть).

Кашель: сухой, с мокротой, с гнойной мокротой, сколько времени _____

Одышка: есть, нет (подчеркнуть).

Кровохарканье _____

Голос чистый, хриплый, афония, боль в горле при еде, независимо
от еды _____

Начало и течение данного заболевания <*>

<*> Заполняется на момент обращения в данное учреждение.

Когда впервые обнаружены заболевание, БК и каверны _____
Характер и длительность проводившего лечения, химиотерапии, ИП, ИП, хирургического вмешательства (указать даты) _____

Осложнения (побочные явления, осложнения активных методов лечения) _____

Стр. 4 ф. N 081/y

Исследование больного				
Рос	Вес	Окружность	Т град.	Пульс

Общее развитие (соответствующее возрасту)

Кожа и слизистые _____

Кости, костяк и мышцы _____

Пищеварительный аппарат _____

Печень _____

Селезенка _____

Сердце _____

Периферические сосуды _____

Нервная система _____

Мочеполовая система _____

Отклонения от норм в прочих органах _____

Стр. 6 ф. N 081/у

Данные рентгенологического обследования

Стр. 7, 8 ф. N 081/у

Исследование на МТБ

Дата	Учреждение, где было исследование	Материал	Метод исследования	Результат при посевах (указать число колоний)	Лекарственная чувствительность

Стр. 9, 10 ф. N 081/у

Состояние трудоспособности больного

Учет временной нетрудоспособности			Диагноз	Динамика стойкой нетрудоспособности		
Дата выдачи больничных листов				Дата освидетель- ствования во ВТЭК	Группа инвалидности	Вследствие туберкулеза, др. заболеваний (указать)
С..... по.....	С..... по.....	С..... по.....				

Стр. 11, 12 ф. N 081/у

ЭПИКРИЗ

Стр. 13 ф. N 081/у

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАРИНГОЛОГОМ, БРОНХОЛОГОМ

Жалобы больного _____

Сухость в горле, щекотание, поперхивание _____

Боль при еде, боль независимо от еды _____

Голос: чистый, хриплый, афония _____

Данные осмотра

Уши _____

Нос _____

Рот _____

Глотка _____

Гортань _____

Трахея _____

Бронхи _____

Стр. 14 ф. N 081/у

Начало болезни дыхательных путей, рта и уха _____

Течение и предшествующее лечение дыхательных путей, рта и ушей _____

Диагноз заболевания дыхательных путей, рта и уха _____

Группа ТБК дыхательных путей _____

"....." _____ 19.... г. Врач _____

Стр. 15 ф. N 081/у

ИССЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГОМ

Жалобы больного _____

Когда появились признаки заболевания _____

Как развивалось заболевание: сразу, постепенно _____

Повышение температуры и ее характер _____

Были ли боли, когда - ночью, днем, при покое, при движении _____

Предшествующее лечение: на дому, в амбулатории, в стационаре
(подчеркнуть) _____

В течение какого времени _____

Где _____ Неподвижные повязки _____

Климатическое лечение _____ Грязелечение _____

Результаты лечения _____ Состояние больного:
общее состояние (работоспособность) _____

Внешний вид (общая статика и статика больного органа) _____

Состояние кожи над пораженной областью _____

Болезненность, локализация, степень _____

Местная температура _____

Стр. 16 ф. N 081/у

Изменения конфигурации: а) область _____ б) форма _____

Атрофия _____

Контрактуры: болевая, неврогенная, миогенная, артрогенная, рубцевая _____

Анкилозы: а) угол в градусах _____ б) положение _____

Натечные гнойники (локализация, размер и пр.) _____

Свищи _____ Рубцы _____

Изменения _____

Расстройства нервной системы а) двигательные; б) чувствительные; в) трофические; г) состояние рефлексов: повышенное, пониженное, нормальное, отсутствие _____

Расстройство тазовых органов _____

Рентген _____

Хирургический диагноз

Локализация _____

Характер процесса: активный (начальный, выраженный, далеко зашедший) потерявший активность, затихший _____

Осложнения _____

Другие заболевания _____

Дата "....." _____ 19.... г. Подпись врача _____

Стр. 17 ф. N 081/у

Дата посещения: амбулаторно на дому	Жалобы больного, объективные данные, течение болезни, подписи врачей и консультантов	Назначения

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 081-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КАРТА
антибактериального лечения (к медицинской карте)
больного туберкулезом _____

код

Карта ведется лечащим врачом диспансера и хранится в медицинской карте туббольного. При направлении на стационарное лечение пересылается вместе с выпиской из медкарты туббольного в стационар (санаторий), где ее продолжает вести лечащий врач стационара (санатория). При выписке больного возвращается в диспансер, под наблюдением которого находится больной.

В случае перехода больного под наблюдение в другое учреждение, пересылается последнему.

Карта рассчитана на 3 года - вверху каждой страницы вписывается код и название курса лечения (первый, второй, повторный - профилактический).

В клетках отмечается за каждый месяц суточная доза препарата и число дней лечения. В первой части указывается по каждому препарату побочные явления, если они имели место, даты и результаты определения резистентности микобактерий.

В правом нижнем углу вписываются результаты лечения: на 3-й странице - к концу первого года лечения, на последующих страницах - к концу календарного года.

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Диагноз, группа диспансерного учета _____

Дата начала лечения "....." _____ 19.... г.
Дата окончания первого курса "....." _____ 19.... г.

(выписываются даты начала и окончания

повторных курсов лечения)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. N 081-1/у

Год		Курс					
Название препарата		Календарные					
		I	II	III	IV	V	VI
I ряда: Тубазид	суточная доза						
	число дней лечения						
Фтивазид	суточная доза						
	число дней лечения						
	суточная доза						
	число дней лечения						
	суточная доза						
	число дней лечения						
Стрептомицин	суточная доза						

	число дней лечения						
ПАСК	суточная доза						
	число дней лечения						
II ряда: Этоксид	суточная доза						
	число дней лечения						
Циклосерин	суточная доза						
	число дней лечения						
Этнонамид	суточная доза						
	число дней лечения						
	суточная доза						
	число дней лечения						
	суточная доза						
	число дней лечения						
Название учреждения, проводившего лечение							

(вписывается в клетки, соответствующие месяцам лечения в каждом данном учреждении)

Дополнительные мероприятия (операция, какая, ИП - вписать, указать дату)

Стр. 3 ф. N 081-1/у

лечения	Побочные явления (какие, дата)	Полная непереносимость препарата (дата)
месяцы		

Определение резистентности микобактерий (дата, препарат, результат в гамма/мм)	Результат лечения (1-го года лечения)			
	БК + -		Каверна + -	
	в начале лечения	на конец 1-го года	в начале лечения	на конец 1-го года

Стр. 4 ф. N 081-1/у

Год	Курс					
Название препарата	Календарные					
	I	II	III	IV	V	VI
I ряда: Тубазид	суточная доза					
	число дней лечения					
Фтивазид	суточная доза					
	число дней лечения					
	суточная доза					
	число дней лечения					
	суточная доза					

	число дней лечения						
Стрептомицин	суточная доза						
	число дней лечения						
ПАСК	суточная доза						
	число дней лечения						
II ряда: Этоксид	суточная доза						
	число дней лечения						
Циклосерин	суточная доза						
	число дней лечения						
Этнонамид	суточная доза						
	число дней лечения						
	суточная доза						
	число дней лечения						
	суточная доза						
	число дней лечения						
Название учреждения, проводившего лечение							

(вписывается в клеточки, соответствующие месяцам лечения в каждом данном учреждении)

Дополнительные мероприятия (операция, какая, ИП - вписать, указать дату)

Определение резистентности микобактерий (дата, препарат, результат в гамма/мм)	Результат лечения			
	БК + -		Каверна + -	
	на начало года	на конец года	на начало года	на конец года

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 111/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА
беременной и родильницы

Группа крови _____

| Реакция Вассермана

Резус принадлежность беременной _____ I "... " _____ 19..г.
ее мужа _____ II "... " _____ 19..г.
1. Дата взятия на учет _____ Результат исследования на
_____ гонококки _____
Обследование на
токсоплазмоз _____
РСК (по показаниям) _____
Кожная проба _____ РКС _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____ Семейное положение: брак
зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть).
Домашний адрес, телефон _____

Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть)
Место работы, телефон _____
Профессия или должность _____ условия труда _____
Фамилия и место работы мужа, телефон _____

2. Диагноз: беременность (которая) _____ Роды _____
Осложнения данной беременности _____

Экстрагенитальные заболевания (диагноз) _____

3. Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные _____
_____ недель. Дата _____

Особенности родов _____
Ребенок: живой, мертвый, масса (вес) _____ г. Рост _____ см
Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме
(подчеркнуть) _____ диагноз _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Стр. 2 ф. N 111/у

4. Анамнез

Перенесенные заболевания: общие _____

_____ гинекологические _____

Операции _____

Половая жизнь с _____ лет. Здоровье мужа _____

Менструации с _____ лет. Особенности _____

Последние менструации с _____ по _____ 19.... г.

Первое движение плода "... " _____ 19.... г.

Исход предыдущих беременностей

NN п/п	Год	Чем кончилась беременность и при каком сроке				Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Ребенок жив, умер в каком возрасте	Особенности течения предыдущих беременностей
		абортами		родами				
		искус- ствен- ными	само- произ- воль- ными	прежде- времен- ными	в срок			

5. Первое обследование беременной

Рост _____ см. Масса (вес) _____ кг. Особенности телосложения _____

Состояние молочных желез _____

Сердечно-сосудистой системы _____

_____ АД: на правой руке _____ на левой _____

Другие органы _____

Размер таза: D. Sp. _____ D. Cr. _____ D. troch _____

C. ext. _____ C. diag. _____ C. vera _____

Наружное акушерское исследование: высота дна матки _____ см.

Окружность живота _____ см. Положение плода, позиция, вид _____

Предлежание _____ Сердцебиение плода _____

Влагалищное исследование	Назначения
Наружные половые органы _____	_____
Влагалище _____	_____
Шейка матки _____	_____
Тело матки _____	_____
Придатки _____	_____
Особенности _____	_____
Диагноз: срок беременности _____ _____ недель	_____
Предполагаемый срок родов _____	_____

Подпись врача _____ Дата _____

Стр. 3 ф. N 111/у

6. Течение беременности

Дата						
Жалобы						
Общее состояние						
Масса (вес)						
АД	на правой руке					
	на левой руке					
Отеки						
Окружность живота						
Высота стояния дна матки						

Положение плода						
Предлежащая часть						
Сердцебиение плода						
Шевеление плода						
Срок беременности (в неделях)						
Патологические отклонения (диагноз)						
Листок нетрудоспособности						
Назначения:						
Госпитализация						
Введение стафилококкового анатоксина						
Дата следующего посещения						
Подпись						
Осмотр терапевта						
Осмотр стоматолога						

Стр. 4 ф. N 111/у

7. Подготовка к родам

Физкультура		Ультрафиолетовое облучение		Школа матерей		Психопрофилактическая подготовка	
дата	срок беременности	дата	срок беременности	дата	срок беременности	дата	срок беременности

8. Патронажные посещения

Дата					
Срок беременности					
Жалобы					
Общее состояние (отеки)					
АД					
на правой руке					
на левой руке					
Положение плода					
Сердцебиение плода					
Рекомендации					

Подпись врача _____

Подпись зав.консультацией _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 043/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
стоматологического больного

N _____ 19 ... г. _____

Фамилия, имя, отчество _____

Пол (М., Ж.) _____ Возраст _____

Адрес _____

Профессия _____

Диагноз _____

Жалобы _____

Перенесенные и сопутствующие заболевания _____

Развитие настоящего заболевания _____

Для типографии!
при изготовлении документа

Данные объективного исследования, внешний осмотр _____

Осмотр полости рта. Состояние зубов
 Условные обозначения: отсутствует -
 - 0, корень - R, Кариес - С,
 Пульпит - Р, периодонтит - Рt,
 пломбированный - П,
 Пародонтоз - А, подвижность - I, II
 III (степень), коронка - К,
 искусст. зуб - И

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																	

Прикус _____
 Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба

Данные рентгеновских, лабораторных исследований _____

Дата	ДНЕВНИК анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторными заболеваниями	Фамилия лечащего врача

Стр. 5 ф. N 043/у

План обследования	План лечения	Консультации

и т.д. до конца страницы

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу организации оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг, см. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 255, которым утверждена форма N 030/у-04.

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 09.12.2004 N 310 утверждена форма N 030-Д/у, необходимая при проведении диспансеризации детей.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 030/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения

Фамилия врача _____
Дата взятия на учет _____

Код или N медицинской карты амбулаторного
больного (истории развития ребенка) _____
Заболевание, по поводу которого взят под

Подпись врача _____

Форма N 030-1/у утратила силу на территории Российской Федерации в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 31.12.2002 N 420, которым утверждена форма N 030-1/у-02.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 030-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения за психически больным

Фамилия, имя, отчество _____

1. Адрес _____

2. Пол: муж., жен. _____ 3. Дата рождения _____

4. Семейное положение _____ 5. Число детей _____

6. Место работы _____

Кем работает _____

_____ для учащихся - место работы; для неработающих - указать пенсионер иждивенец и т.д.

7. Образование _____

8. Диагноз с датой установления или пересмотра _____

9 Группа инвалидности по псих. заболеванию _____

_____ дата установления или пересмотра

Явился									
Назначено явиться									
Явился									
Назначено явиться									
Явился									
Назначено явиться									
Явился									
Назначено явиться									
Явился									
Назначено явиться									
Явился									

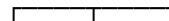
18. Сведения о госпитализации

NN п/п	Дата поступления		Дата выбытия		Код диагноза	NN п/п	Дата поступления		Дата выбытия		Код диагноза
	мес.	год	мес.	год			мес.	год	мес.	год	

В случаях госпитализации для принудительного лечения КОД диагноза обводится кружком.

Заполняется при снятии с учета

19. Дата снятия с учета _____
 20. Причина снятия с учета: выздоровление или стойкое улучшение; выезд в другой район; передача под наблюдение в другое психоневрологическое учреждение МЗ СССР; направление в Министерство Социального Обеспечения; отсутствие сведений в течении года; в связи со снятием диагноза психического заболевания; смерть (подчеркнуть, в случае смерти - указать причину) _____



Отрывной талон уч. ф. N 30-ПС
 для обработки в научно-статистическом центре
 соответствующие коды подчеркнуть или вписать в квадрат

19

Код республики
(области)

--	--	--	--

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

Код города (района)

Код заполнившего
учрежден.

--	--	--

N карты

Ф., И., О.

1. Житель города - 1
 села - 2
2. Пол: муж. - 1
 жен. - 2
3. Год и месяц рождения
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- мес. год
4. Семейное положение:
 Никогда не состоял в браке - 1
 Состоит в браке - 2
 Разведен - 3
 Вдов - 4
5. Число детей
- | |
|--|
| |
|--|
6. Источник средств существования:
 Работа:
 физический труд - 1
 умственный труд - 2
 На иждивении у государства:
 пенсия по возрасту - 3
 пенсия по инвалидности - 4
 стипендия - 5
 прочие - 6
 На иждивении у отд. лиц
 Др. источники средств
 существования - 8
7. Образование:
 не учился - 12
 шк. для умств. отст. - 13
 Число законч. классов
- | |
|--|
| |
|--|

10. Группа инв. по псих. заболеванию
 инвалид ребенок - 4
 не инвалид - 5
11. Группа диспансерного учета:
12. Год и мес. начала
заболевания
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- мес. год
13. Год и мес. взятия на учет
впервые в жизни
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- мес. год
14. Общественно опасные действия:
 были - 1
 не были - 2
15. Число госпитализаций
- | |
|--|
| |
|--|
16. В т.ч. госпитализаций
для принудит. лечения
- | |
|--|
| |
|--|
17. Кем направлен:
 амбулаторным психоневролог.
 учреждением - 1
 амбулаторным наркологическим
 учреждением - 2
 психоневрологическим (психиатрич.,
 наркологич.) стационаром - 3
- Заполняется только для взятых на
учет в данном году

средней школы	<input type="text"/>
среднее спец.	- 14
незаконч. высшее	- 15
высшее	- 16
прочее	- 17
8. Учится: да	- 1
нет	- 2
9. Диагноз _____	

после суд.- психиатрической	
экспертизы	- 4
после военно-медицинской	
экспертизы	- 5
др. мед. учреждения	- 6
милицией	- 7
др. администр. органами	- 8
прочие	- 9

(уточненный)

Год и месяц заполнения талона

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

мес. год

Код диагноза

Подпись

Форма N 030-2/у утратила силу на территории Российской Федерации в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 31.12.2002 N 420, которым утверждена форма N 066-1/у-02.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 030-2/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН
на больного снятого с диспансерного учета
психоневрологического учреждения в 19.... г.

Код республики (области)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Код города (района)	N карты
Код заполнившего учрежд.	<input type="text"/>			
Фамилия, имя, отчество _____		8. Причина снятия с учета:		
1. Житель	города - 1	Выздоровление или стойкое улучшение		- 1
	села - 2	Выезд в другой район		- 2
2. Пол:	муж. - 1	Передача под наблюдение в другое учреждение МЗ СССР		- 3
	жен. - 2	Направлен в учреждение Министерства социального обеспечения		- 4
3. Год и месяц рождения	<input type="text"/>	Отсутствие сведений в течении года		- 5
	мес. год	В связи со снятием диагноза псих. заболевания		- 6
4. Год и месяц взятия на учет	<input type="text"/>	Смерть		- 7
	мес. год	9. Для умерших - причина смерти:		
5. Диагноз при взятии на учет _____		Самоубийство		- 1
		Несчастный случай		- 2
		Соматическое заболевание, включая инфекционное		- 3
		Умер непосредственно от психического заболевания		- 4
		Неуточненные причины смерти		- 5
		Код диагноза <input type="text"/>		
6. Диагноз при снятии с учета _____		Год и месяц снятия с учета <input type="text"/>		
		Подпись заведующего отделением _____		
		Код диагноза <input type="text"/>		
7. Число госпитализаций <input type="text"/>		Для типографии! при изготовлении документа формат А5		

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 030-3/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения (для кабинета инфекционных заболеваний)

Фамилия врача _____
Фамилия, имя, отчество больного _____
Дата рождения _____ Пол М., Ж. _____ Адрес _____
Место работы и адрес _____
профессия _____ должность _____
Дата взятия на учет _____ Дата снятия с учета _____ Наблюдается по поводу _____
Первичный диагноз врача поликлиники _____ Дата _____
Диагноз врача кабинета инфекционных заболеваний _____ Дата _____
Диагноз больницы: клинический _____ форма _____
бактериологический _____ Морфологические изменения _____
Осложнения и обострения _____ Сопутствующие заболевания _____
Лечение в больнице: число курсов _____ препараты _____
Рекомендации для долечивания _____
Долечивание: число курсов _____ препараты _____ методики _____
Санитарная характеристика очага: квартира отдельная, коммунальная, общежитие _____
канализация _____ водопровод _____ чисто, грязно. Число контактных в семье _____
из них детей _____
Случаи заражения в контакте. Фамилии заболевших _____ Даты _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 030-3/у

План диспансерного наблюдения

Месяц наблюдения	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Клинические осмотры													
Бактериологические анализы													
Исследование на гельминты и кишечные простейшие													
Капрологические исследования													

Проведено наблюдений

Дата	Мероприятия	Дата	Мероприятия

КонсультантПлюс: примечание.

Форма N 030-6/у фактически утратила силу, в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 19.04.1999 N 135, которым утверждена форма N 030-6/у.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 030-6/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

1. КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА N _____ 1.
диспансерного наблюдения (онко)

2. Диспансер N 2.

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес _____
Место работы _____

Памятка

В контрольной карте диспансерного наблюдения подлежит заполнению и шифровке каждый из 31 признаков.

Кодирование признаков проводить с момента составления карт.

Шифровку п.п. 17, 24-26, 28 и 31 осуществлять в конце года. П.п. 14, 19, 21 и 30 шифровать карандашом.

- НИИ онкологии - 1
- онкодиспансер - 2
- Др. леч. учреждения с онкологическими койками:
- обл. больница - 3
- гор. больница - 4
- рай. больница - 5
- леч. учреждения без онкологических коек:
- обл. больница - 6
- гор. больница - 7
- рай. больница - 8
- уч. больница - 9

- 3. Область _____ 3
- 4. Район _____ 4
- 5. Житель: города - 1; селе - 2 5
- 6. Национальность _____ 6
- 7. Пол: М - 1; Ж - 2 7
- 8. Дата рождения _____ 8
число, месяц, год
- 9. Профессия _____ 9
- 10. _____ 10
длительность обследования в месяцах
- 11. Дата установления диагноза _____ 11
число, месяц, год месяц год
- 12. _____ 12
дата взятия на учет месяц год
- 13. Выявлен: 13
в женском смотровом кабинете - 1
при других видах профосмотров - 2
при других обстоятельствах - 0
- 14. Первично-множественная опухоль _____ 14
да - 1; нет - 0
- 15. _____ 15
(учреждение, где установлен диагноз)
- 16. _____ 16
(учреждение, где обследовался до
установления диагноза)
- 17. Учреждение, где лечился или обследовался по поводу данного заболевания в отчетном году _____ 17

18. Диагноз _____ 18

19. Стадия: _____ 19

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 030-6/у

20. Диагноз подтвержден: морфологически - 1; цитологически - 2;
рентгенологически - 3; эндоскопически - 4; изотопным методом - 5; только
клинически - 6 _____ 20

21. _____ 21
(гистологическая структура опухоли)

22. Состоял на учете в начале года - 1; взят на учет в отчетном
году; с диагнозом, установленным впервые - 2; с ранее установленным
диагнозом - 3; состоит на учете в ведомственном лечебном учреждении
- 4 _____ 22

23. Взят на учет с клинической группой II - 2; III - 3; IV - 4; учтен
посмертно с диагнозом, установленным: при жизни - 5; после смерти
без вскрытия - 6; после вскрытия - 7 _____ 23

24. Сведения о лечении:		Год	<input type="checkbox"/>	24
нет сведений	- 0	_____	<input type="checkbox"/>	
отказался	- 1	_____	<input type="checkbox"/>	
имеет противопоказания	- 2	_____	<input type="checkbox"/>	
не подлежит спец.лечению	- 3	_____	<input type="checkbox"/>	
лечился амбулаторно	- 4	_____	<input type="checkbox"/>	
лечился стационарно	- 5	_____	<input type="checkbox"/>	

25. Вид лечения _____ 25

26. Повторное лечение в отчетном году: _____ 26

27. Операция _____ ┌┐
 _____ └┘ 27

28. На конец года: жив - 1; умер: в результате осложнен., связанных с 28
 операцией - 2; от др. причин, связанных с основным заболеванием - 3;
 от др. заболеван. - 4; выехал - 5; нет сведений - 6; диагноз не
 подтвердился - 7.

29. Дата смерти или выбытия _____ 29
число, месяц, год
мес. год

30. В отчетном году переведен из III во II клинич. группу:
 Да - 1; нет - 0 () () () () 30

31. Клиническая группа на конец отчетного года: _____ Год _____ 31

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 030-5/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

 наименование учреждения

КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН N _____
 к карте диспансерного наблюдения (онко) _____ 1.

Диспансер N

--	--	--	--

2.

--

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес _____

3. Область _____

--	--	--

 3

4. Район _____

--	--	--	--

 4

5. Житель: города - 1; села - 2 _____

--

 5

6. Национальность _____

--	--	--

 6

7. Пол: М - 1; Ж - 2 _____

--

 7

8. Дата рождения _____

--	--

 8
(число, месяц, год)

год

9. Профессия _____

--	--

 9

10. Длительность обследования _____

--	--

 10

11. Дата установления диагноза _____

--	--	--	--

 11

мес. год

12. Дата взятия на учет _____

--	--	--	--

 12

мес. год

13. Условия выявления заболевания _____

--

 13

14. Первично-множественная опухоль: да - 1; нет - 0 _____

--

 14

15. Учреждение, где установлен диагноз _____

--

 15

(НИИ онкологии - 1; онкодиспансер - 2;
др. леч. учр. с онкологич. койками:
обл. больница - 3; гор. больница - 4;
район. больница - 5; леч. учреж. без
онкологических коек: обл. больница - 6;
гор. больница - 7; район. больница - 8;
уч. больница - 9)

16. Учреждение, где обслед. до установл. диагноза _____ 16
17. Учреждение, где лечился или обследовался _____ 17
по поводу данного заболевания в отчетном
году

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 030-5/у

18. Диагноз _____ 18
19. Стадия _____ 19
20. Метод подтверждения диагноза _____ 20
21. Гистологическая структура опухоли _____ 21
22. Состоял на учете ранее или вновь учтен _____ 22
23. Клиническая группа при взятии на учет _____ 23
24. Сведения о лечении _____ 24
25. Вид лечения _____ 25
26. Повторное лечение в этом году _____ 26
27. Операция _____ 27
28. Сведения о больном на конец года _____ 28
29. Дата смерти или выбытия _____ 29
30. Перевод из III во II клин. группу _____ 30
31. Клиническая группа на конец года _____ 31

19 ... назначено																				
явился																				
19 ... назначено																				
явился																				
19 ... назначено																				
явился																				
19 ... назначено																				
явился																				

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

стр. 2 N 030-4/у

12. Метод выявления: при профосмотре, при обращении с жалобами, подозрительными на туберкулез (подчеркнуть или вписать недостающее) _____

13. Состоит, ранее состоял (подчеркнуть) на учете с 19.... г. по 19.... г. _____

_____ по поводу _____

14. Диагноз, группа учета и их изменения

Дата (число, месяц, год)	Клиническая форма туберкулеза и ее Фаза	Группа учета, учтен ли как бациллоноси-
-----------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

	шифр	тель (БК +, БК -)
--	------	----------------------

1. При первичном взятии на учет: для ранее снятых -
при повторном взятии (подчеркнуть)

19 01

2. При установлении активного туберкулеза; рецидива
(подчеркнуть)

19 01

3. При взятии на учет в данном учреждении

19 01

4.

19 01

19 01

19 01

19 01

19 01

19 01

Осложнения туберкулеза, даты: _____

15. Сопутствующие заболевания, даты: _____

16. Инвалидность (причина, группа, даты установления и изменения):

год	19	19	19	19	19
Работа (число, месяц) в очаге:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Профилактические посещения врача					
сестры					
18. Заключительные дезинфекции					

стр. 3 N 030-4/у

19. Лечебно-профилактические мероприятия и временная нетрудоспособность по туберкулезу

Этапы и место проведения (амбулаторно, больница, санаторий, другое санаторное учреждение)	Даты (число, месяц, год) с... по ...	Продолжит. химио-терапии (химио-профил.) в днях	Курс противорецидивн. лечения (химио-профил.) закончен. Да, нет	Число дней временной нетрудоспособности по туберкулезу

продолжение

22. Исследование на БК

Дата (число, месяц, год	Методика	Результат БК+, БК-	Дата (число, месяц, год	Методика	Результат БК+, БК-	Дата (число, месяц, год	Методика	Результат БК+, БК-

23. Туберкулиновые пробы

Дата (число, месяц, год)	Проба и доза туберкулина	Результат (размер папулы в мм)	Дата (число, месяц, год)	Проба и доза туберкулина	Результат (размер папулы в мм)

24. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ

Дата (число, месяц, год)	Размер рубчика в мм	Осложнения	Дата (число, месяц, год)	Размер рубчика в мм	Осложнения

Жилищные условия (общежитие - 1; многонаселенная квартира: с детьми - 2; без детей - 3; отдельная квартира (дом), в которой больной: не имеет изолированной комнаты - 4; имеет изолированную комнату - 5).

стр. 4 N 030-4/у

25. На начало года заполнения карты или взятия на учет 19
код год
26. При их изменении 19 19 19
код год код год код год
27. Дата снятия с учета (для умершего от туберкулеза или его отдаленных последствий)
_____ дата смерти) 19
число месяц год
28. Причина снятия с учета (подчеркнуть):
истечение срока контроля;
переведен в другое учреждение;
диагноз туберкулеза не подтвердился;
умер в туб. стационаре;
умер в стационаре другого профиля;
умер на дому;
отсутствие сведений о больном активным туберкулезом в течении года;
другая причина (вписать какая) _____
29. Причина смерти (подчеркнуть): _____

туберкулез;
последствия туберкулеза;
травма;
другое заболевание (вписать какое) _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 054/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Именной список призывников _____ годов рождения, направляемых для
систематического лечения в _____
наименование учреждения

Союзная республика _____
область (край) АССР _____ нас. пункт _____ район _____

NN п/п	Фамилия, имя, отчество	Место жительства (подробный адрес)	Место работы	Название болезни	Сроки явки	
					назнач. явиться (м-ц, чи- сло)	явился (м-ц, число)
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

Примечание. Учетная форма может быть использована и для списка неявившихся для систематического

лечения путем замены слова "направляемых" на "неявившихся" и в этих случаях слова "районный военный комиссар" заменяется словами "главный врач".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 054/у

NN п/п	Фамилия, имя, отчество	Место жительства (подробный адрес)	Место работы	Название болезни	Сроки явки	
					назнач. явиться (м-ц, чи- сло)	явился (м-ц, число)
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

"..." _____ 19. . г. Районный военный комиссар _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 053/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЛЕЧЕБНАЯ КАРТА ПРИЗЫВНИКА N _____

1. фамилия, имя, отчество _____ Л
_____ 2. Дата рождения _____ И

3. Место жительства призывника _____ Н
_____ Я
_____ О
4. Место работы _____ Т
5. Занимаемая должность _____ Р
6. Название болезни (заключение медицинской комиссии при
приписке _____ Е
_____ З
_____ А

7. Срок Назначено явиться _____ месяц 19 ... г.
явки Послано напоминание о явке _____
_____ месяц 19 ... г.
Явился _____ месяц 19 ... г.

8. Находился под наблюдением врача _____
_____ дата

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 053/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ОТРЕЗНОЙ ТАЛОН
Лечебной карты призывника N _____
(по снятии призывника с лечения заполняется
и направляется через райздравотдел в райвоенкомат)

Л 1. Фамилия, имя, отчество _____
И _____ 2. Дата рождения _____
Н 3. Место жительства призывника _____
Я _____

О _____

Т 4. Место работы _____
Р 5. Занимаемая должность _____
Е 6. Название болезни (заключение медицинской комиссии при
З приписке _____
А _____

7. Срок Назначено явиться _____ месяц 19 ... г.
явки Послано напоминание о явке _____
_____ месяц 19 ... г.
Явился _____ месяц 19 ... г.

8. Находился под наблюдением врача _____
_____ дата

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

9. Диагноз болезни (установлен в лечебном учреждении) _____

10. Данные объективного обследования _____

11. Данные рентгенодиагностики _____

12. Данные лабораторного исследования _____ Л
_____ И
_____ Н

13. Данные других исследований _____ И
_____ Я

14. Какое проведено лечение _____ О
_____ Т

15. Результат лечения _____ Р

16. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности
к военной службе при снятии с учета лечебного учреждения Е
З
А

17. Снят с учета лечучреждения _____

Печать лечучреждения "..." _____ 19... г.

Лечащий врач _____

подпись

Главный врач _____

подпись

Оборотная сторона ф. N 053/у

Прохождение лечения

9. Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные
первичного осмотра _____

10. Данные рентгенодиагностики и лабораторного исследования _____

11. Диагноз (по русски) _____

12. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к
военной службе при снятии с учета лечебного учреждения

Лечащий врач _____

подпись

Главный врач _____

подпись

Данные медицинского наблюдения

Дата посещ.	Текущие наблюдения	Назначения

--	--	--

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 045/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КАРТА
обратившегося за антирабической помощью
"..." _____ 19... г.
дата обращения

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____
3. Дом. адрес, телефон _____
4. Занятие и адрес места работы, N телефона _____
5. Дата укуса, оцарапывания, ослюнения (подчеркнуть и вписать) _____
6. В какое лечебное учреждение обращался по поводу укуса и когда _____
7. Описание повреждения и локализация его _____
8. Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившим животном _____
9. Обстоятельства укуса, оцарапывания, ослюнения _____
10. Бешенство животного установлено ветврачом клинически, лабораторно (подчеркнуть или вписать) _____
11. Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно (подчеркнуть или вписать) _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

стр. 2 ф. N 045/у

12. Анамнез обратившегося:
 - а) заболевание нервной системы _____
 - б) употребляет ли спиртные напитки, как часто _____
 - в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько _____
 - г) прочие сведения _____
13. Назначение прививки _____
14. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) _____
15. Введение антирабического гаммаглобулина: дата, серия _____
16. Реакция на внутрикожную пробу: покраснение _____
отек _____
Десенсибилизация: однократная, двукратная.
Суточная доза _____

Повторные введения:

дата _____ доза _____ серия _____
дата _____ доза _____ серия _____

стр. 3 ф. N 045/у

17. Осложнения во время проведения прививок _____
18. Курс прививок полностью закончен, отменен, так как животное оказалось здоровым, прерван самовольно и пр. (подчеркнуть или вписать) _____
19. Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок _____
20. Примечание _____

Подпись врача _____

С правилами поведения во время прививок ознакомлен _____

ИНСТРУКЦИЯ
к заполнению карты обратившегося
за антирабической помощью

1. На каждого обратившегося за антирабической помощью в лечебно-профилактическое учреждение карта заполняется в 2-х экз. По окончании курса прививок (срока наблюдения за животным) 1 экз. карты посылается в районную (городскую) санитарно-эпидемиологич. станцию (санэпидотдел больницы), в р-не деятельности которой расположено данное лечебно-профилактическое учреждение. На обратившегося за антирабической помощью в антирабическое отделение санитарно-эпидемиологической станции карта заполняется в 1 экз., который остается в данном учреждении.

2. На основании разработки данных карт заполняется соответствующий раздел отчетной формы N 36.

стр. 4 ф. N 045/у

N	Дата прививки	Доза вакцины	N серии вакцины	Подпись лиц, производивших прививки	N	Дата прививки	Доза вакцины	N серии вакцины	Подпись лиц, производивших прививки

и т.д. до конца страницы

Форма N 046/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 046/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КАРТА
подлежащего периодическому медосмотру

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО N _____
или код

Фамилия, имя, отчество _____

М
Пол -- Дата рождения _____
Ж _____ число, месяц, год

Адрес _____

Место работы _____

_____ цех _____

Детальная профессия _____

Подлежит медосмотру _____ раз в году

Специалистами _____

Специальные методы обследования _____

Основание для периодического медосмотра _____

(указать название профвредности: работа в пищевом,
коммунальном, детском лечпрофучреждении)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 046/у

Результаты периодических медицинских осмотров

Дата осмотра	Кем осмотрен (перечислить специалистов, проводивших медосмотр)	Проведенные исследования	Заключение и рекомендованные медицинские и оздоровительные мероприятия	Подписи врачей
1	2	3	4	5

и т.д. до конца страницы

Форма N 047/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 047/у
Утверждена Минздравом СССР

Форма N 048/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 048/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СПИСОК
лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру на выявление

название заболевания

Дата осмотра _____
число, месяц, год

Фамилия врача, проводившего _____ Лист N ____
наименование предприятия (цеха), учреждения, школы и т.д.

осмотр _____

NN п/п	Фамилия, имя, отчество	Осматривается первично, повторно (вписать)	Пол	Дата рождения	Адрес	Диагноз	Состоит ли на учете диспансера: да, нет (вписать)	При выявлении за- болевания - в ка- кое лечебное уч- реждение направлен на лечение и дата
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Оборотная сторона ф. N 048/у

1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Форма N 049/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 25.01.1988 N 50.

Министерство здравоохранения
СССР

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 049/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета профилактических осмотров полости рта

Начат "...." _____ 19 ... г. Окончен "... " _____ 19 ... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Форма N 049/у

NN п/п	Фамилия, имя, отчество	Возраст	Не нуждается в санации		Нуждается в санации	Санировано
			здоров	ранее санирован		

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 052/у

1	2	3,1	3,2	3,3	3,4	4,1	4,2	4,3	4,4	5

Дата рентгенологического дообследования	Метод рентгенологического дообследования	Рентгенологический диагноз	Заключительный клиничко-рентгенологический диагноз

Министерство здравоохранения
СССР

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка <*>

	Возраст	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						общая Т	местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

 <*> Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин; АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов; АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин; АС - адсорбированный столбнячный анатоксин; К - коклюшная вакцина.

стр. 3 ф. N 063/у

Реакция Шика <*>

Дата постановки	Доза	Серия	Дата проверки	Результат	Дата постановки	Доза	Серия	Дата проверки	Результат

 <*> Результаты реакции Шика отмечаются по степени (+++; ++; +; +-; -) интенсивности.

Прививки против паротита

Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				общая Т	местная	

Прививки против кори

Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				общая Т	местная	

стр. 4 ф. N 063/у

Прививки против других инфекций _____

	Возраст	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						общая Т	местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____

Карта заполняется в детском лечебно-профилактическом учреждении (ФАП) при взятии ребенка на

учет. В случае выезда ребенка из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.
Карта остается в учреждении.

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 064/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета профилактических прививок
за _____ 19 ... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Домашний адрес	Название места работы или учебного заведения	Название препарата (вакцина, анатоксин и пр.)	Вакцинация или ревакцинация	Метод прививок (подкожно, накожно, интраназально и пр.)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Ф. N 064/у

Прививки			Реакция: местная,
I-я	II-я	III-я	

дата	доза	серия	дата	доза	серия	дата	доза	серия	общая; после какой прививки	Примечание
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 055/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ
ребенка (подростка) с необычной реакцией на
вакцинацию (ревакцинацию) ВЦЖ

N поликлиники, яслей, сада, школы и др. учреждений, заполнивших
карту _____

1. Фамилия, имя ребенка _____

2. Дата рождения _____

3. Название учреждения, проводившего прививку _____

4. Вакцинация, ревакцинация (подчеркнуть)

а) дата _____ б) метод введения _____

в) название института, изготовившего вакцину, контрольный
номер _____

г) серия вакцины _____

д) срок годности вакцины до _____

5. Ревакцинация I, II, III (подчеркнуть) _____

6. Дата обследования и срок после прививки _____

7. Изменение на месте прививки в момент осмотра

- а) язва (наибольший размер диаметра)
- б) холодный абсцесс (наибольший размер диаметра) без свища, со свищом (подчеркнуть)
- в) лимфаденит регионарных лимфоузлов, величина в мм, со свищом, без свища (подчеркнуть)
- г) рубчик (величина наибольшего диаметра в мм)
- д) отсутствие изменений
- е) келлоидный рубец (величина в мм)
- ж) пигментированные пятна (наибольший размер в мм)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 055/у

8. Туберкулиновые пробы (пирке, манту 5, 2ТЕ) их динамика до прививки и в момент обследования _____

9. Наличие контакта _____

10. Сопутствующие заболевания _____

экссудативный диатез, идиосинкразия и др.

11. Данные клинического обследования _____

12. Данные рентгенологического обследования (описание рентгенограммы или крупнокадровой флюорограммы) _____

13. Диагноз (название осложнения) _____

14. Причина осложнения: техника введения, неправильный отбор, повышенная реактогенность вакцины БЦЖ, просроченный срок вакцины (подчеркнуть) _____

15. Принятые меры (в том числе методы лечения) _____

16. Дата заполнения карты _____

Подписи:

Участковый врач-педиатр
детской поликлиники: _____
Педиатр-фтизиатр: _____
Мед. сестра, проводившая прививку: _____
Эпидемиолог: _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 061/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ВРАЧЕВНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
физкультурника и спортсмена

Дата заполнения _____
год, месяц, число,

Организация (ДЮСШ, спортколлектив) _____ Вид спорта _____

N поликлиники по месту жительства _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____ 3. Пол _____

4. Домашний адрес _____

_____ Телефон _____

5. Место работы _____

6. Профессия, должность _____

7. Образование _____ 8. Жилищные условия _____

9. Пищевой режим _____

10. Перенесенные: а) болезни _____

б) травмы _____

в) операции _____

11. Употребление алкоголя: случайное, мало, много, часто, не употребляет (подчеркнуть)

Курение с каких лет _____ по _____ штук в день, не курит

становая									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 <*> Оценка для детей и подростков до 17 лет включительно.

18. Данные наружного осмотра

Кожа								
Видимые слизистые								
Лимф. система								
Жиротложение								
Мускулатура								
Сост. грыж. ворот								
Спина								
Стопа								
Ноги								

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А4

Стр. 2 ф. N 061/у

19. Данные ближайшего

	1-е обследование	2-е обследование
	Дата осмотра _____	Дата осмотра _____
Краткие данные о тренировках и спортивных выступлениях		

20. Данные обследования

Жалобы		
--------	--	--

Органы дыхания: верхние дыхательные пути, легкие (аускультация)		
Органы кровообращения: сердце, (границы, поперечник, аускультация)		
Органы пищеварения: язык, живот (пальпация)		
Мочеполовая система		
Эндокринная система		
Нервная система		
Осмотр специалистов: офтальмолога		
отоларинголога		
хирурга		
травматолога		
стоматолога		
других специалистов (вписать)		

Стр. 3 ф. N 061/у

спортивного анамнеза

3-е обследование Дата осмотра _____	4-е обследование Дата осмотра _____

внутренних органов

к и	60																			
	Давление																			
	Дыхание																			
Характер пульса																				
Аускультация	лежа																			
	стоя																			

22. Заключение

Физическое развитие				
Состояние здоровья (функциональное состояние)				
Медицинская группа				
Допуск к занятиям, соревнованиям по				
Направлен к специалисту				
Повторная явка				
Рекомендовано				
Примечание				

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 062/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ВРАЧЕБНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения спортсмена

Врачебно-физкультурный диспансер

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
ДСО _____
Вид спорта _____
Разряд _____

Фамилия тренера _____
Врач _____
Дата заполнения _____

Заполняется на _____ спортсменов, _____ взятых под диспансерное наблюдение.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 1 ф. N 062/у

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____ Пол _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

N поликлиники по месту жительства _____

Образование _____ Профессия _____

Место работы _____

Продолжительность рабочего дня _____

Семейное положение _____

Жилищные условия: _____

Режим питания: регулярное, нерегулярное _____ раз в день.

Употребление алкоголя: много, мало, привычно, случайно
(подчеркнуть), курение: да, нет, с какого возраста _____
количество папирос в день _____

2. Перенесенные заболевания, операции, травмы _____

Заболевания в семье _____

3. Изменения общих сведений _____

Стр. 2 ф. N 062/у

II. ОБЩИЕ ДАННЫЕ СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗА

1. С какого возраста начал заниматься спортом и какими видами _____

2. Занятия основным видом спорта (начало занятий, систематически, с перерывами (более 0,5 года), самостоятельно, под руководством тренера) _____

3. Динамика спортивной квалификации

Дата					
Разряд					
Вид спорта					

4. Динамика спортивных результатов _____

Стр. 3 ф. N 062/у

5. Тренировка в прошлом, особенности: круглогодичная, сезонная, разносторонняя, узкоспециальная _____

6. Участие в соревнованиях без достаточной подготовки, нет (подчеркнуть) _____

7. Были ли явления перетренировки или перенапряжения (когда, причины, признаки) _____

8. Спортивные травмы (когда, характер, локализация, тяжесть, лечение, остаточные явления) _____

9. Самоконтроль в процессе тренировки _____

Стр. 4 ф. N 062/у

III. ДАННЫЕ БЛИЖАЙШЕГО

Дата обследования	
1. Когда и с каким результатом закончил предыдущий спортивный год (сезон).	
2. Продолжительность и характер отдыха после предыдущего года (сезона).	
3. Характеристика тренировок по периодам (когда начал тренироваться, частота, продолжительность и характер тренировок). Изменил ли режим тренировок. Число проведенных соревнований, их масштабы и результаты): а) подготовительный период б) основной период в) активный отдых	
4. Заболевания, спортивные травмы, перетренировки или физическое перенапряжение в этом спортивном году (сезоне).	
5. Как оценивает спортсмен свою тренированность в настоящее время.	

Стр. 5 ф. N 062/у

СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗА

Стр. 6 ф. N 062/у

Антропометрические

		Дата	Оценка <*>
Возраст			
Вес			
Рост стоя			
Рост сидя			
	шеи		
	плеча правого	спокойн.	
		напряж.	
	плеча левого	спокойн.	
		напряж.	
	грудной клетки	вдох	
	>>	>> выдох	
	>>	>> пауза	
	>>	>> размах	
	бедра	правого	
	>>	левого	
	голени	правой	
	>>	левой	

	плечевой		
	гр. фронтальный		
	гр. сагитальный		
	тазовый		
Динамометрия правой кисти			
>>	левой кисти		
>>	становая		
Жизненная емкость легких			
Общая оценка физического развития и соответствия его указанному возрасту			

 <*> Обязательно для детей и подростков до 17 лет включительно.

Стр. 7 ф. 062/у

данные

Дата	Оценка <*>	Дата	Оценка <*>	Дата	Оценка <*>

и т.д. до конца, согласно стр. 6.

 <*> Обязательно для детей и подростков до 17 лет включительно.

Дата

Жалобы

Наружный

Кожа	
Видимые слизистые	
Лимфатическая система	
Жироотложение	
Мускулатура	
Опорно-двигательный аппарат	

Данные обследования

Органы дыхания	верхние дыхательные пути	
	перкуссия и аускультация легких	
Органы кровообращения	сердечный толчок	
	граница сердца	правая
		левая

внутренних органов

Дата

З А К Л Ю Ч Е Н И Е	Травматолог	
	Невропатолог	
	Офтальмолог	
	Отоларинголог	
С П Е Ц И А Л И С Т О В:	Стоматолог	
	Гинеколог	
	Других специалистов	

Стр. 11 ф. 062/у

и т.д. до конца, согласно стр. 10.

	50																		
	60																		
Кровяное давление																			
Дыхание																			
Аускультация																			

Другие тесты определения работоспособности _____

Стр. 15, 17 ф. 062/у

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Дата последней тренировки и общая оценка ее нагрузки

Оценка адаптации организма к физическим нагрузкам

Стр. 18, 19 ф. 062/у

Данные ЭКГ и других функциональных исследований

и т.д. до конца страницы

Стр. 20 ф. 062/у

Заключение по диспан

Дата	
Оценка физического развития	
Оценка состояния здоровья (функционального состояния и работоспособности)	
Диагноз основной	
Диагноз сопутствующий	
Допуск к тренировкам	

Общие указания по режиму тренировок	
Допуск к соревнованиям	
Рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия	
Дата повторного обследования	
Подпись врача	

Стр. 21 ф. 062/у

сервному обследованию

и т.д. до конца страницы

Стр. 22 ф. 062/у

Дата	Текущие и дополнительные наблюдения,

и т.д. до конца страницы.

Стр. 23 ф. 062/у

врачебно-педагогические наблюдения, назначения	Подпись врача

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 067/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации медицинской помощи, оказываемой на
занятиях физической культуры и
спортивных мероприятиях

за _____ м-ц 19... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

NN п/п	Дата и час регистра- ции	Фамилия, имя, отчество	Год рожде- ния	Пол	Домашний адрес	К какой организации или физкультурному коллективу принад- лежит пострадавший	Повреждение произошло во время тренировки, занятия, соревнования (вписать)	Вид спорта, упражнения, при котором произошла травма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Ф. N 067/у

Стаж (лет, месяцев) в этом виде спорта	Спортивный разряд или квалификация	Диагноз заболевания, травмы (локализация и характер повреждения)	Причина, вызвавшая повреждения	Данная травма первичная или повторная (вписать)	Оказанная медпомощь	Фамилия и должность оказавшего медпомощь	Примечание
10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 068/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
медицинского обслуживания физкультурных мероприятий

за _____ 19... г.

Для типографии!
при изготовлении документа

NN п/п	Дата и часы проведения мероприятий	Наименование мероприятий	Наименование организации	Название спортивного объекта	Число участников	Санитарная оценка условий проведения мероприятия	Число отстранен- ных от участия в соревнованиях
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Ф. N 068/у

Число обращений на медпункт		Из числа участников получили спортивные травмы		Госпитализировано		Претензии к судейскому аппарату и оргкомитету и как они разрешены	Фамилия врача, медсестры, обслуживавшего мероприятие	Приме- чание
участ- ников	прочих	тяжелые	средней тяжести	участников	прочих			
9	10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздрава РФ от 03.09.2003 N 431 утвержден Талон амбулаторного пациента форма N 025/у-11.

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 255 утверждена форма N 025-12/у, для организации оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг.

Письмом Минздрава СССР от 12.05.1988 N 08-14/9-14, сообщается об отмене формы N 025-4/у (в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.06.1983 N 710) в связи с утверждением формы N 025-4/у-88.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 025-4/у
Утверждена Минздравом СССР
10.06.83 г. N 710

наименование учреждения

ТАЛОН
на прием к врачу

1. Фамилия, и., о. больного _____
2. Адрес _____
3. N очереди _____
4. Кабинет N _____
5. Явиться _____ числа
в _____ час. _____ мин.
6. К врачу _____

(фамилия)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 025-4/у

Нужное подчеркнуть

1. Ребенок (0-14 лет включ.)
взрослый (от 15 лет и старше)
2. Проживает в районе обслуживания данного
учреждения;
работал на прикрепленном предприятии;
принят: своим участковым врачом, своим

Место
для кода

цеховым врачом. | _____ |

3. Постоянно живет в городе, селе | _____ |

4. Повод обращения:
заболевание, профилактический осмотр,
прививка, за справкой | _____ |

_____ | _____ |

_____ | _____ |

(недостающее вписать)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР Медицинская документация
Форма N 040/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

_____ наименование учреждения

КАРТОЧКА
предварительной записи на прием к врачу
на "... " _____ 19... г.

Фамилия врача _____ кабинет _____

Очередной N	Часы приема	Фамилия, имя, отчество	Адрес или код

и т.д. до конца страницы

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 031/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КНИГА
записи вызовов врачей на дом
за _____ 19... г.

Примечание: По каждому терапевтическому (педиатрическому) участку ведутся отдельные книги.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

NN п/п	Дата и час вызова	Фамилия, имя, отчество больного	Год рождения, возраст	Адрес	Участок N	По какому поводу сде- лан вызов
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

Ф. N 031/у

Вызов первичный, повторный, посещение активное	Дата выполнения вызова	Кем выполнен вызов	Подпись выполнив- шего вызов	Диагноз	Оказанная помощь, куда больной направлен (для неотложной помощи)
8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 069/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
записи амбулаторных операций

за _____ 19... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 069/у

NN п/п	Дата	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст, год рождения	Диагноз Диагноз	Обезболивание Обезболивание	Описание операции	Фамилии хирурга и операционной сестры
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 032/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
записи родовспоможения на дому

Начат "... " _____ 19 г.

Окончен "... " _____ 19 г.

В журнале отводится несколько страниц для записи родов на дому, прошедших без помощи медицинского персонала, после которых мать и ребенок не были госпитализированы, и их посещали на дому врач или акушерка данного лечебного учреждения.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 032/у

NN п/п	Фамилия, имя, отчество	Постоянное место жительства	Дата родов (число, месяц, час, минута)	Кем оказана помощь в родах: врачом, акушеркой (вписать и указать фамилию)	Особенности течения родов, оказанное пособие	Роды в сроки или преждевремен- ные
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Сведения о новорожденном			Профилактика гонобленореи произведена (да, нет, чем)	Вакцинация против туберкулеза. Прививки. Дата, доза, серия препарата	Отметка о госпитализации в больницу (роддом), указать куда и дату	Отметка о посещениях в послеродовом периоде, состояние родильницы	Примеча- ния. Дополни- тельные данные
родил- ся	пол	рост					
8	9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 059/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники

за _____ 19... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 059/у

NN п/п	Дата	Фамилия, имя и отчество ребенка	Дата рожде- ния	Адрес	Детское учреждение, которое посещает ребенок	Время обраще- ния	Темпе- ратура	Диагноз	Посещение первичное, повторное при данном заболевании (вписать)	Оказанная помощь (ре- комендации)	Под- пись вра- ча
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 256 утверждена форма N 072/у-04

Форма N 072/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 16.05.1983 N 580, которым утверждена новая форма N 072/у.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 072/у

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА N _____

"..." _____ 19... г.

Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторное лечение. Без настоящей карты путевка не действительна.

Адрес лечебного учреждения, выдавшего карту:

Область _____ район _____

город _____ улица _____

Фамилия, имя, отчество лечащего врача _____

1. Фамилия, и., о. больного _____
муж.

Пол ---- (подчеркнуть), год рождения _____

жен.

Адрес больного _____

2. Место работы _____

3. Занимаемая должность _____

4. Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное _____

5. Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты)

6 Диагноз: а) основной _____

б) сопутствующие заболевания _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Курортное лечение _____

указать рекомендуемые курорты

а) в санатории _____

указать профиль

б) амбулаторно-курсовое (подчеркнуть) _____

Рекомендуется лечение в местном санатории (вне курорта) _____

указать профиль санатория

Время года _____

М. П. Лечащий врач _____

Заведующий отделением _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

КонсультантПлюс: примечание.
Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 256 утверждена
форма N 070/у-04.

Форма N 070/у фактически утратила силу в связи с изданием
Приказа Минздрава РФ от 14.06.2001 N 215, которым утверждена
новая форма N 070/у.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 070/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СПРАВКА
для получения путевки

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает
больному права поступления в санаторий или на
амбулаторно-курсовое лечение.

Действительна до _____
число, месяц, год

выдана гр. _____
фамилия, имя, отчество

в том, что он (она) страдает _____
указать диагноз

и что ему (ей) рекомендуется лечение:
курортное _____
указать рекомендуемые курорты

а) в санатории _____
указать профиль

б) амбулаторно-курсовое (подчеркнуть)
В местном санатории (вне курорта) _____
указать профиль санатория

Время года (зимой, весной, летом, осенью) подчеркнуть.

Справка действительна лишь по месту жительства или работы
больного. Она представляется при получении путевки и остается в
фабзавместкоме (курортной конторе). После получения путевки
необходимо обратиться за санаторной картой в лечебное учреждение,
выдавшее справку.

Лечащий врач _____
М. П. Заведующий отделением _____

"..." _____ 19... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 256 утверждена форма N 076/у-04.

Форма N 076/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 16.05.1983 N 580, которым утверждена новая форма N 076/у.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 076/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА

для детей и подростков

Дата заполнения _____

Точный адрес и телефон лечебно-профилактического учреждения, где
лечится ребенок _____

Фамилия, имя (полностью) _____

ясли-сад N _____

Дата рождения _____ школа N _____ класс _____
число, месяц, год

Домашний адрес и телефон _____

Место работы родителей и телефон _____

1. Анамнез: вес при рождении, особенности развития, перенесенные
заболевания (в каком возрасте) _____

2. Наследственность _____

3. Профилактические прививки (указать даты) _____

4. Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен,
особенности и характер течения, частота обострений, дата
последнего обострения, проводимое лечение (в том числе
противорецидивное), указать пользовался ли санаторно-курортным
лечением, сколько раз, где и когда.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. N 076/у

5. Жалобы в настоящее время _____

6. Данные объективного осмотра _____

7 Данные лабораторного, рентгенологического и др. исследований
(даты) _____

Л
И
Н

_____ И
_____ Я
Диагноз основной _____
_____ О
Сопутствующие заболевания _____ Т
_____ Р
Место печати Подпись лечащего врача _____ Е
Подпись зав. отделением _____ З
_____ А

Заключение санаторно-отборочной комиссии

Диагноз основной _____
_____ О
Сопутствующие заболевания _____ Т
_____ Р
Рекомендуемое санаторно-курортное лечение _____ Е
_____ З
_____ А

Место печати Председатель _____
Члены комиссии _____
Дата _____
число, месяц, год

Данная карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печатей. Срок действия карты 2 месяца.

Стр. 3 ф. N 076/у

Подлежит возврату в районную поликлинику
по месту жительства ребенка

Фамилия, имя ребенка _____
_____ О
Находился в санатории _____ Т
с _____ по _____ Р
Диагноз санатория: _____ Е
_____ З
_____ А

Сопутствующие заболевания _____
_____ О
Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур) _____ Т
_____ Р
_____ Е
_____ З
_____ А

Эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе и др., общая оценка результатов лечения) _____
_____ О
_____ Т
_____ Р
_____ Е
_____ З
_____ А

Рекомендации по дальнейшему лечению _____
_____ О
_____ Т
_____ Р
_____ Е
_____ З
_____ А

Контакты с инфекционными заболеваниями _____
_____ О
Перенесенные интеркуррентные заболевания и обострение основной и сопутствующих заболеваний _____ Т
_____ Р
_____ Е
_____ З
_____ А

Подпись ординатора _____
Подпись главного врача _____
Дата _____

Форма N 077/у признана не действующей на территории Российской Федерации в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 10.07.2002 N 223, которым введена в действие с 1 августа 2002 года форма N 077/у-02.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 077/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ПУТЕВКА N _____

в детский санаторий _____
(наименование санатория и мед. профиль)

сроком с _____ 19... г. до _____ 19... г.

Путевка бесплатная, продажа или передача воспрещается.

Фамилия ребенка _____

Имя (полностью) _____

Дата рождения _____

(число, месяц, год)

Домашний адрес _____

Телефон _____

Адрес учреждения, выдавшего путевку _____

Печать учреждения,
выдавшего путевку

Подпись лица, выдавшего путевку
(должность и фамилия) _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

стр. 2 ф. N 077/у

В санаторий принимаются дети в возрасте
от _____ до _____ включительно

ПОКАЗАНИЯ (в соответствии с медицинским профилем)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7. _____
8. _____

ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1. Все болезни в остром периоде.
2. Все хронические заболевания, требующие специального лечения.
3. Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока изоляции.
4. Бациллоносительство.
5. Все заразные болезни глаз, кожи, злокачественная анемия, лейкемия, злокачественные новообразования, кахексия, амилоидоз внутренних органов, активные формы туберкулеза легких и других органов.
6. Болезни сердечно-сосудистой системы:
 - а) для местных специализированных санаториев - недостаточность кровообращения выше I степени;
 - б) для санаторного лечения на курортах - недостаточность кровообращения любой степени.
7. Дети с эпилепсией, психоневрозами, психопатией, умственной отсталостью, требующие индивидуальных условий ухода и лечения.
8. Наличие у детей сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория.
Дети, не показанные для данного санатория по возрасту и заболеванию в санаторий не принимаются.

стр. 3 ф. N 077/у

Путевка действительна при наличии:

1. Обменной санаторно-курортной карты.
2. Справки эпидемиолога об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства.
3. Справки от дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи.
4. Данные исследования на дифтерийное и дизентерийное бактерионосительство (по эпидемиологическим и медицинским показаниям).
5. Школьники должны иметь характеристику из школы и дневник (при направлении их в осенне-зимне-весенний период).
6. Дети должны быть обеспечены одеждой и обувью по сезону, а также спортивной одеждой и предметами личной гигиены.

Примечание: 1. В санатории для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство обязательно.

2. Досрочный приезд детей в санаторий и отъезд их из санатория запрещается.

стр. 4 ф. N 077/у

Адрес санатория _____

Пути сообщения _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 078/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ
в санаторий для больных туберкулезом

Гражданин (ка) _____
(фамилия, имя, отчество больного)

направляется _____
(название учреждения, направляющего больного)

на лечение в санаторий _____
(наименование санатория)

на прикрепленное к диспансеру (диспансерному отделению) место N _____

Срок прибытия в санаторий _____

Адрес санатория _____

Адрес направляющего диспансера (отделения, больницы) _____

Медицинская документация выдана гражданину (ке) _____
_____ на руки (направлена почтой) - подчеркнуть

Место для печати _____
Дата заполнения документа "..." _____ 19... г.

Главный врач диспансера (отделения, больницы) _____
подпись

Лечащий врач _____
подпись

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 079/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь

1. Фамилия, имя, отчество _____
возраст _____

2. Домашний адрес _____
_____ телефон _____

3. N школы _____ класс _____ район _____
N поликлиники _____

4. Состояние здоровья (если состоит под диспансерным наблюдением, указать диагноз) _____

5. Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка, болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) _____

6. Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней _____

7. Физическое развитие _____
8. Физкультурная группа _____
9. Рекомендуемый режим _____

"..." _____ дата выдачи справки

Подпись врача школы
или детской поликлиники _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 079/у

Заполняется врачом пионерского лагеря

Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в пионерском лагере _____

Контакт с инфекционными больными _____

Эффективность оздоровления в пионерском лагере:

Общее состояние _____
Вес при поступлении _____ при отъезде _____
Динамометрия _____
Спирометрия _____

Дата _____

Подпись врача
пионерского лагеря _____

Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы.

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздрава РФ, Минтруда РФ от 25.02.1998 N 50/18 утверждена форма N 080/у-97.

Форма N 080/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздравмедпрома РФ от 18.03.1996 N 95, которым утверждена форма N 080/у-96.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 080/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ N _____
на ребенка (подростка)-инвалида с детства
в возрасте до 16 лет
(направляется в орган социального обеспечения
по месту жительства родителей или опекуна)

от "... " _____ 19...г.

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

2. Дата рождения _____
(год, месяц, число)

3. Фамилия, имя, отчество матери, отца, опекуна (нужное
подчеркнуть) _____

4. Место жительства родителей (опекуна) _____

5. Заболевание (патологическое состояние) _____

Для типографии!

2. Дата рождения _____

3. Ф., И., О. матери, отца, опекуна (нужное подчеркнуть)

4. Место жительства родителей (опекуна) _____

5. Заболевание (патологическое состояние) _____

соответствует разделу _____ пункту _____

подпункту _____ "Перечня медицинских показаний"

Действительно до "... " _____ 19... г.

Дата переосвидетельствования "... " _____ 19... г.

Главный врач _____

Ф., И., О.

(Зам. гл. врача по
медицинской части) _____ (подпись)

Лечащий врач _____

Ф., И., О.

(подпись)

Направлено в районный (городской)

отдел соцобеспечения _____

дата

_____ адрес

Почтовая квитанция N _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 083/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(для представления в Госавтоинспекцию)

Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____ Возраст _____
Место жительства _____
Место работы _____
Проходил медицинское освидетельствование _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Годен (негоден) к управлению троллейбусами и трамваями.
2. Годен (негоден) к управлению автомобилями без ограничения максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров (категории "В", "С", "Д", "Е").
3. Годен (негоден) к управлению индивидуальным автомобилем категории "В" без права работы по найму.
4. Годен (негоден) к управлению автомобилем с ручным управлением.
5. Годен (негоден) к управлению мотоциклом, мотороллером (категории "А").
6. Годен (негоден) к управлению мотоколяской.
7. Годен (негоден) к управлению мопедом.
(ненужное зачеркнуть)

Срок годности справки _____

Место для фото-карточки, печать медицинской комиссии Председатель комиссии _____ (подпись)
Секретарь _____ (подпись)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 082/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Корешок к медицинской справке N _____

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ лет.

Диагноз и медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к
выезду за границу _____

Название страны _____

Срок командировки _____

Домашний адрес направляемого _____

Дата выдачи справки

"..." _____ 19... г.

Председатель комиссии _____

Члены комиссии _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

продолжение формы N 082/у

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 082/у
Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(для выезжающих за границу)

Дана тов. _____
_____ фамилия, имя, отчество
_____ лет, в том, что он прошел медицинский осмотр в
поликлинике _____
_____ название и местонахождение учреждения

При осмотре установлено _____

По состоянию здоровья тов. _____
может быть направлен в заграничную командировку _____

_____ название страны

сроком на _____

"..." _____ 19... г.

М. П. _____
Председатель комиссии _____
Члены комиссии _____

В скобках фамилию вписывать разборчиво

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 086/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

(врачебное профессионально-консультативное заключение)
заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие
учебные заведения, техникумы, средние специальные
учебные заведения, профессионально-технические,
технические училища; на подростков,
поступающих на работу

от "... " _____ 19... г.

1. Выдана _____
(наименование и адрес учреждения, выдавшего справку)
2. Наименование учебного заведения, работы, куда представляется
справка _____
3. Фамилия, имя, отчество _____
4. М
Пол -- 5. Дата рождения _____
Ж
6. Адрес местожительства _____
7. Перенесенные заболевания _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 086/у

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент
исследования:
терапевт _____
хирург _____
невропатолог _____
окулист _____
отоларинголог _____
другие специалисты _____

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования _____

10. Данные лабораторных исследований _____

11. Предохранительные прививки (указать дату) _____

12. Врачебное заключение о профессиональной пригодности _____

Подпись лица, заполнившего справку _____

Подпись главного врача лечебно -
профилактического учреждения _____

Место печати

Примечание: заключение о профессиональной пригодности дается в соответствии с перечнем методических указаний по медицинскому отбору лиц, поступающих в высшие учебные заведения и средние специальные учебные заведения.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 084/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о переводе беременной на другую работу

Фамилия, имя, отчество беременной _____

Место работы и должность _____

Беременность _____ недель _____

Основание для перевода _____

Рекомендуемая работа _____

Фамилия, имя, отчество врача _____

_____ подпись _____

Дата выдачи _____

Перевод осуществлен _____

Должность руководителя _____

Подпись _____ Дата _____

Согласовано. Председатель ФЗМК (цехового комитета)

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 116/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ТЕТРАДЬ
учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Ф. N 116/у

и т.д. до конца страницы

Месячный доход семьи _____

Алкоголизм _____

Курение _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Семья занимает: отдельный дом, отдельную квартиру _____
комнат) в квартире - комнату, часть комнаты, место в общежитии
(подчеркнуть).

Квартира помещается на _____ этаже, сухая, сырая, светлая,
темная, теплая, холодная (подчеркнуть).

Площадь, занимаемая семьей, имеет _____ кв. метров

Комната больного имеет _____ кв. м

В одной комнате с ним постоянно живет взрослых и детей (включая
больного) _____, в т.ч. до 3-х лет включительно _____

от 4-х до 7 лет включительно _____

от 8 до 14 лет включительно _____

Отопление центральное, голландское (подчеркнуть).

Канализация есть, нет, освещение электрическое, керосиновое
(подчеркнуть).

Число контактов по квартире _____, из них детей до 3-х лет
включительно _____, от 8 до 14 лет включительно.

Гигиенические условия

Способ уничтожения мокроты _____

Предохранительные меры при кашле _____

Постель: отдельная, общая (подчеркнуть) _____

План оздоровления	Дата выполнения

и т.д. до конца страницы

ДНЕВНИК

и т.д. до конца страницы

Итоги работы в семье за год

19... г.

19... г.

19... г.

19... г.

Имеется ли: плевательница _____
отдельная посуда _____, отдельное полотенце _____
стирка и сушка белья _____
Где произ- хранение чистого и грязного белья _____
водится _____

Уход за жилищем, соблюдение чистоты (проветривание, влажное подметание и прочее) _____

Питание семьи

Труд туббольного

Продолжительность работы _____
Смена _____ Обстановка и особые условия
производства _____
Особые замечания участковой медсестры _____

Участковая медсестра _____

Стр. 10 ф. N 085/у

План оздоровления	Дата выполнения

и т.д. до конца страницы

Участковый врач _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

наименование учреждения

КНИГА
записи работы старшего юрисконсульта,
юрисконсульта учреждений здравоохранения

за _____ м-ц 19... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

N п/п	Обращение: первичное, повторное	Фамилия, имя, отчество	Возраст	Адрес или место работы	Семейное положение
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

Ф. N 087/у

Имеет детей	Причина обращения	Вид оказанной помощи	Дата подготовки материала по возбуждению дела	Результаты рассмотрения	Примечание
7	8	9	10	11	12

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

и т.д. до конца страницы

Приказом Минздрава РФ от 14.02.1997 N 46 установлено, что форма N 025-2/у не подлежит применению при переходе учреждений здравоохранения на работу с "Талоном амбулаторного пациента" (форма N 025-10/у-97).

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 025-2/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН
для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

1. Фамилия, имя, отчество _____

Пол _____

2. Адрес _____

3. Участок N _____ терапевтический, цеховой, педиатрический
(подчеркнуть).

4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает
(подчеркнуть). Проживает постоянно: в городе, селе (подчеркнуть).
Проживает в районе обслуживания: да, нет (подчеркнуть).

5. Возраст _____
(для детей до 3-х лет - лет, мес., дней)

6. Диагноз заключительный (уточненный).
Для травматологических больных -
характер и локализация

Впервые в жизни
установленный
(отметить +)

_____ | _____
_____ | _____
7. <*> Вместо ранее зарегистрированного диагноза _____

<*> Пункт 7 заполняется в том случае, когда в п. 6 взамен ранее зарегистрированного в листе записи уточненных диагнозов (в ф. N 025/у) проставляется новый диагноз.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 025-2/у

8. Заболевание выявлено при обращении за лечением, при профилактическом осмотре (подчеркнуть).

9. <*> Вид травмы и отравления:

а) связана с производством:

в промышленности - 1; в сельском хозяйстве - 2; на строительстве - 3; дорожно-транспортная - 4; прочие - 5;

б) не связана с производством:

бытовая - 6; уличная (при пешеходном движении) - 7; дорожно-транспортная - 8; школьная - 9; спортивная - 10; прочие - 11.

<*> Заполняется только при травмах и отравлениях. Код - цифру обвести кружком.

"..." _____ 19... г.

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

	артрит и другие воспалительные полиартриты													
53.	Врожденные аномалии сердца и системы кровообращения	745-747												
54.	Прочие заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению, не включенные в перечень													
55.	Кроме того: Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной нечеткой локализации	465												
56.	Грипп	487												

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 071-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ,
ОТРАВЛЕНИЙ, ТРАВМ

за _____ полугодие 19... года

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

NN п/п	Характер несчастного случая, отравления, травмы	НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ,				
		у				
		связанные с производством				
		в промыш- ленности	в сельском хозяйстве	на строи- тельстве	дорожно- транс- портные	прочие
1	2	3	4	5	6	7
1.	Переломы черепа, лица, позвоноч- ника, и костей туловища (800-809)					
2.	Переломы костей верхней конечнос- ти (810-819)					
3.	Переломы костей нижней конечности (820-829)					
4.	Вывихи (без перелома костей) рас- тяжения, деформации суставов и прилегающих мышц (830-848)					
5.	Внутричерепные травмы (без пере- лома черепа) (850-854)					
6.	Травмы внутренних органов брюшной полости и таза (860-869)					
7.	Раны, повреждения кровеносных со- судов, поверхностные повреждения, последствия проникновения инород- ных тел (870-897, 900-904, 910-919, 930-939)					
8.	Ушибы, размозжения (920-929)					
9.	Ожоги (940-949)					

КонсультантПлюс: примечание.
Форма N 039/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 22.07.1987 N 902, которым утверждена форма N 039/у-87.

7													
8													
9													

продолжение

- принято и осмотрено (гр. 4)				Из числа осмотренных профилактически принято в часы спец. выделенные для профилактичес. осмотров	Проработано часов по помощи на дому	Сделано посещений на дому			Из общего числа посещений на дому (гр. 18) сделано к детям в возрасте до 14 лет включительно		Проработано часов на прочих работах	Всего проработано часов за день (гр. 2+3 + 17+23)	Число часов работы в поликлинике и на дому, предусмотренных графиком работы учреждения
осмотрено в порядке индивидуальных и массовых профилактических осмотров, обратившихся за справками по поводу прививок и т.д.						всего	в том числе		по поводу заболеваний	профилактических и патронажных			
городских жителей		сельских жителей					к жителям своего участка	из них активных					
взрослых и подростков	детей в возрасте до 14 лет включительно	взрослых и подростков	детей в возрасте до 14 лет включительно										
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Оборотная сторона ф. N 039/у

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

наименование учреждения

ДНЕВНИК
работы среднего медицинского персонала
поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации,
здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта,
колхозного роддома

за _____ 19... г.

фамилия и должность среднего медработника (врачебной специальности)

наименование кабинета, номер участка

Числа месяца	Принято больных и лиц, обратившихся с профилактической целью на самостоятельном приеме <*>	Принято по поводу процедур (включая профилактические прививки)	Сделано посещений на дому			
			всего	в том числе		
				в порядке оказа- ния самостоя- тельной медицин- ской помощи <*>	по поводу процедур по назначению врача	профилактических и патронажных
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

<*> Посещения по поводу процедур у среднего медперсонала, работающего на самостоятельном приеме, учитываются как посещения по оказанию самостоятельной медицинской помощи в гр. 2 и 5.

оборотная сторона ф. N 039-1/у

1	2	3	4	5	6	7
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Итого за месяц						

Подпись _____

			стками	включи- тельно	стками	лет включи- тельно		тельно		включи- тельно		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

продолжение

Проведено хирургических вмешательств			Санировано						Число лиц, закончивших курс лечения по поводу:	
удалено зубов всего	в том числе		сделано других операций	всего	городских жителей		сельских жителей		заболеваний пародонта	заболеваний слизистой оболочки полости рта
	ослож- ненного кариеса	паро- донтоз			взрослых и подростков	детей до 14 лет включи- тельно	взрослых и подростков	детей до 14 лет включи- тельно		
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

и т.д. до конца страницы

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Форма N 037/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 25.01.1988 N 50, которым утверждена форма N 037/у-88.

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 037/у
Утверждена Минздравом СССР
10.06.83 г. N 710

ЛИСТОК
ежедневного учета работы врача-стоматолога

фамилия, имя, отчество

"..." _____ 19... г.

N п/п	Часы приема	Фамилия, имя, отчество больного	Число полных лет	Место постоянного проживания (город-село)	Порядковый N обращения	N медицинской карты стомат. больного	Диагноз	Проведено лечение	Отметка об окончании лечения, санации, консультации и др.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									

и т.д. N п/п до 31

Фактически отработано (по графику)

"..." час. "..." мин.

Подпись врача _____

Листок ежедневного учета работы служит для регистрации посещений к врачу стоматологического отделения (кабинета).

Листки могут быть сброшюрованы в тетрадь объемом в 25 листов - по числу рабочих дней в месяце. Листок состоит из 10 граф.

В графе 5 - отмечается к городским (Г) или сельским (С) жителям относится больной; в графе 6 - порядковый номер посещения данного больного в текущем году. Численность посещений определяется по записям в "Медицинской карте"

стоматологического больного.

В графе 8 - проставляется диагноз заболевания, лечение которого проводится в данное посещение и формула зуба. Например, периодонтит постоянного зуба верхней челюсти слева будет отмечен в листке как Пт $\left[\begin{array}{l} 2 \\ 6 \end{array} \right]$, пульпит шестого молочного зуба нижней челюсти справа П $\left[\begin{array}{l} \\ 6 \end{array} \right]$, пародонтоз - Пз и т.д. В графе 9 отмечается метод лечения и формула зуба. Например, терапевтический метод лечения - Т $\left[\begin{array}{l} 2 \\ 6 \end{array} \right]$, хирургический метод лечения (удаление) - Х $\left[\begin{array}{l} \\ 6 \end{array} \right]$.

В графе 10 делаются отметки только о законченном лечении, в отличие от гр. 9, куда заносятся и промежуточные данные. Например Пт $\left[\begin{array}{l} 2 \\ 6 \end{array} \right]$ - удален по поводу периодонтита, П $\left[\begin{array}{l} \\ 6 \end{array} \right]$ - наложена постоянная пломба по поводу пульпита. $\left[\begin{array}{l} 6 \\ 6 \end{array} \right]$ Пз - закончен курс лечения по поводу пародонтоза.

По окончании приема, суммарные данные листка переносятся в дневники учета работы врача стоматологического отделения (кабинета) на амбулаторном приеме.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 039-3/у
Утверждена Минздравом СССР
10.06.83 г. N 710

ДНЕВНИК
учета работы врача стоматолога-ортодонта
за _____ месяц 19... г.

Примечание. Дневник учета работы врача-ортодонта заполняется ежедневно каждым врачом-ортодонтом и служит для получения суммарных данных за день работы. В графе "3" проставляется количество первичных посещений за рабочий день. Эта графа показывает количество лиц, осмотренных врачом за смену.

Для типографии!
при изготовлении документа

и т.д. до конца страницы

продолжение

работы

штифтовые зубы	мостовидные протезы								съемные протезы								
	всего	в том числе цельнолитые	из них:						пластиночные				бюгельные				
			коронки		штифтовых зубов	литых зубов	фасеток	пластмас- совых зубов	частичные		полные		паяные		цельнолитые		
			металли- ческих	эстети- ческих					ф	п	ф	п	ф	п	ф	п	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 039-4/у

Объем выполненной работы								Число лиц, закончив- ших лечение	Из них с нозологическими		
ортодон- тические аппараты	избирательное пришлифовыва- ние зубов	непосред- ственные протезы	времен- ные шины	постоян- ные шины и шины- протезы	в том числе цельнолитые	сложно- челюстные аппараты	починки протезов		патология твердых тканей	патоло- гическая стирае- мость	час- тично отсут- ствие зубов
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

и т.д. до конца страницы

продолжение

формами				Из общего количества закончивших лечение							
полное отсутствие зубов	болезни пародонта	аномалии и деформации	сложно-челюстнолицевая патология	находящиеся на диспансерном учете	в порядке планово-профилактической помощи	школьники	уч-ся ПТУ, техникумов, ВУЗов	допризывники	беременные	пенсионеры и инвалиды ВОВ	кол-во лиц, получивших протезы с применением драгоценных металлов
45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 037-1/у
Утверждена Минздравом СССР
10.06.83 г. N 710

наименование учреждения

ЛИСТОК
ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда _____
(фамилия, имя, отчество)

"..." _____ 19... г.

_____ час. _____ мин. фактически отработано (по графику)

N п/п	Часы приема	Фамилия, имя, отчество больного	Число полных лет	N медицинской карты стомат. больного, N наряда	Житель города (г) или села (с)	По обращаемости (о) или в планово-профил. порядке (п)	Группа населения	Порядковый номер посещения	Диагноз	Комплекс проводимого лечения или его этап, включая смежные специальности	Вид обезболивания	Направлены (лаборатория, рентгенография, биометрия и др.)	Лечение продолжено, закончено, консультация
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1													
2													
3													
4													

и т.д. N п/п до 31

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 037-1/у

Примечание: Листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда является основным первичным документом, отражающим загруженность одного рабочего дня контингентом больных и объемом лечебно-профилактических мероприятий.

В графе 5 указывается кроме номера медицинской карты стоматологического больного, N наряда, с целью оперативного контроля за исполнением работы в зуботехнических лабораториях.

Графа 6 заполняется символами: "г" - житель города; "с" - житель села.

В графе 7 отражается основной принцип, по которому оказывается помощь и также обозначается символами: "о" - помощь оказывается по обращаемости; "п" - помощь оказывается в планово-профилактическом порядке, т.е. больной направлен из терапевтического, хирургического, пародонтологического, профилактического, подросткового отделения или кабинетов стоматологических поликлиник или с амбулаторно-поликлинического общесоматического приема и нуждается в неотложной стоматологической ортопедической помощи.

Графа 8 отражает принадлежность больного к одной из декретированных групп и обозначается символами: "ш" - школьник; "с" - студент; "т" - техникум, ПТУ; "б" - беременные; "п" - пенсионеры; "ИОВ" - инвалиды отечественной войны; "р" - рабочие промышленных предприятий. Если данный больной находится на диспансерном учете, дополняется символ "д"; допризывный контингент - дпр.

Графа 9 указывает на то, какое по счету посещение данный больной находится на приеме у врача. Первичный - "1", а все повторные, соответственно - "2"; "3"; "4" и т.д.

Графа 10 - "Диагноз" кодируется и в нее вносится соответствующая римская цифра:

- I - Патология твердых тканей зубов;
- II - Частичное отсутствие зубов;
- III - Полное отсутствие зубов;
- IV - Патологическая стираемость;
- V - Болезни пародонта;
- VI - Аномалии и деформации;
- VII - Сложно-челюстнолицевая патология.

В этой графе может стоять одна или несколько цифр, которые отразят групповой признак нозологии более развернуто и полно описанную в истории болезни.

Графы 12 и 13 заполняются соответственно своему назначению, но не оставляется пустой и пишется, например, "не кровоточил".

В графе 14 делается отметка о назначении больного на следующий этап уже в листок соответствующего дня, либо указывается, что лечение закончено. Пациенту, которому проведена консультация, отмечается в этой же графе.

Для получения суммарных данных за рабочий день сведения с листка в конце рабочего дня вносятся врачом в дневник (учетная форма N 039-4/у) соответствующего календарного числа, месяца.

1.3. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма N 088/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 14.05.1997 N 141.

Форма N 088/у в редакции Приказа Минздрава СССР от 29.01.1985 N 106.

Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР _____ наименование учреждения, адрес	Медицинская документация Форма N 088/у Утверждена Минздравом СССР 29.01.85 г. N 106 Согласовано: Госкомтруд СССР
------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

НАПРАВЛЕНИЕ НА ВТЭК

Дата выдачи "... " _____ 19 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения _____ Пол _____
3. Адрес больного _____
4. Инвалид _____ группы 5. Место работы _____
6. Адрес места работы _____
7. Профессия _____ 8. Должность _____
9. Под наблюдением лечебно-профилактического учреждения _____
10. История настоящего заболевания (начало, развитие, течение, даты обострений, проведенные лечебно-профилактические мероприятия, меры по восстановлению трудоспособности) _____

11. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

числа месяца с ____ по ____	Название болезни

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

ИЗВЕЩЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ О РЕШЕНИИ ВТЭК

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата _____ 3. N акта _____

4. Диагноз ВТЭК _____

оборот ф. N 088/у

12. Изменение профессии или условий работы за последний год: _____

13. Состояние больного при направлении на ВТЭК (данные объективного обследования терапевта, хирурга, невропатолога и др. врачей) _____

14. Рентгенологические исследования: _____

15. Лабораторные исследования: _____

16. Диагноз при направлении на ВТЭК: а) основное заболевание (клиническая характеристика по принятой классификации, степень нарушения функций организма) _____

б) сопутствующие заболевания: _____

в) осложнения: _____

17. Основание для направления на ВТЭК: наличие признаков инвалидности, окончание срока инвалидности, переосвидетельствование, досрочное переосвидетельствование, необходимость продления больничного листка (подчеркнуть).

Председатель ВТЭК _____

Члены _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

5. Заключение ВТЭК _____

6. Рекомендации по социально-трудовой реабилитации _____

7. Рекомендации по медицинской реабилитации _____

Председатель ВТЭК _____ Дата отправки "___" _____ 19__ г.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 057/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ

на лечение (обследование) в венерологический стационар,
подлежащий охране силами подразделений милиции

от "... " _____ 19 . . г.
(пересылается только в запечатанном виде)

Гр-н (Гр-ка) _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ пол _____

Дата рождения _____ национальность _____

Адрес постоянного места жительства _____

Место работы, должность _____

Направлен(а) на лечение (обследование) по поводу _____

в связи _____
(мотивы, побуждающие к направлению данного лица

на лечение или обследование в названный стационар)

Врач дермато-венеролог _____

подпись

Заведующий отделением _____

подпись

Главный врач _____

подпись

"..." _____ 19 . . г.

Для типографии!

Печать направившего лечебно-
профилактического учреждения

при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения

Медицинская документация

СССР

Форма N 028/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ
И ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ КАБИНЕТЫ

Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____
Диагноз _____

направлен _____
_____ куда

для _____

Подпись _____

"..." _____ 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборотная сторона ф. N 28/у

Заключение _____

Подпись _____

"..." _____ 19 . . г.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 027/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

В _____
название и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Место работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направления в стационар _____

б) по стационару: поступления _____
выбытия _____

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Обор. сторона ф. N 027/у

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

"..." _____ 19 . . г.

Лечащий врач _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 113/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ОБМЕННАЯ КАРТА

родильного дома, родильного отделения больницы.
Сведения женской консультации о беременной (заполняется
на каждую беременную и выдается на руки
в 32 недели беременности)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Возраст _____ 3. Адрес _____

4. Перенесенные общие, гинекологические заболевания, операции _____

5. Особенности течения прежних беременностей, родов,
послеродового периода _____

6. Которая беременность _____ роды _____

7. Было абортов _____
указать какие

Год _____ на каком сроке _____

8. Преждевременные роды _____ год _____ срок _____
срочные роды _____

9. Последняя менструация _____

10. Срок беременности _____ недель при первом посещении _____
число, месяц, год
"..." _____ 19 . . г.

11. Всего посетила _____

12. Первое шевеление плода _____
число, месяц, год

13. Особенности течения данной беременности _____

1. Размеры таза: _____

D Sp _____ D Cr _____ D troch _____ C. ext _____

C. diag _____ C. vera _____ Рост _____ Масса (вес) _____
при первой явке

Для типографии!
при изготовлении формат А5

Стр. 2 ф. N 113/у

15. Положение плода _____ Предлежащая часть

головка, ягодичы, не определяется _____

Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, ударов _____

в 1 минуту слева, справа _____

16. Лабораторные и другие исследования:

RV1 "..." _____ 19 . . г. RV2 "..." _____ 19 . . г.

Резус - положительный, отрицательный, тип крови, титр антител _____
_____ группа крови _____

Резус-принадлежность крови мужа _____
Токсоплазмоз: РСК, кожная проба _____

Клинические анализы:

крови _____
мочи _____

Анализ содержимого влагалища (мазок) _____

Кал на яйца-глист _____

17. Физкультура _____ Число занятий _____

18. Психопрофилактическая подготовка _____

Число занятий _____ 19. Школа матерей _____

20. Дата введения стафилококкового анатоксина: I раз _____

II раза _____ III раза _____

21. АД | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Даты | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

22. Дата выдачи листка нетрудоспособности по дородовому отпуску

"..." _____ 19 . . г.

23. Дата предполагаемых родов "..." _____ 19 . . г.

Врач акушер-гинеколог _____

Дневник последующих посещений

Прибавка веса во время беременности __ предполагаемый вес плода __
(заполняется после 32 недель беременности)

Дата	Данные обследования	Подпись врача

Стр. 3 ф. N 113/у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 113/у

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

_____ наименование учреждения

ОБМЕННАЯ КАРТА

сведения родильного дома, родильного отделения больницы
о родильнице

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Возраст _____ 3. Адрес _____

4. Дата поступления _____ роды произошли _____

число, месяц, год

5. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения

Л у матери и плода и др.) _____ Л

и _____ и

н _____ н

и _____ и

я _____ я

6. Оперативные пособия в родах _____

о _____ о

т _____ т

р 7. Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, р
е эффективность _____ е
з _____ з
а _____ а

8. Течение послеродового периода (заболевания) _____

9. Выписан на _____ день после родов _____

10. Состояние матери при выписке _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

стр. 4 ф. N 113/у

11. Состояние ребенка:
при рождении _____
в родильном доме _____
при выписке _____

12. Масса (вес) ребенка:
при рождении _____ при выписке _____

13. Рост ребенка при рождении _____

14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть),
показания _____

15. Особые замечания _____

"..." _____ 19 . . г.

Врач акушер-гинеколог _____

Стр. 5 ф. N 113/у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

наименование учрежденияОБМЕННАЯ КАРТА
(сведения родильного дома, родильного отделения больницы
о новорожденном)

1. Фамилия, имя, отчество родильницы _____
2. Адрес _____
3. Роды произошли _____
_____ число, месяц, год
- Л
и
н
и
я

о
т
р
е
з
а
4. От которой беременности по счету родился ребенок _____
со сроком беременности _____ недель. Предшествующие
беременности закончились: абортами, искусственными,
самопроизвольными _____ родами _____ в т.ч. с мертвым
плодом.
5. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть); при
многоплодных родах родился по счету _____
6. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в
родах у матери и плода) _____
7. Обезболивание применялось, нет (подчеркнуть), какое,
эффективность _____
8. Течение послеродового периода (заболевания) _____
9. Выписан на _____ день после родов.
10. Состояние матери при выписке _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

стр. 6 ф. N 113/у

11. Пол ребенка: жен., муж., масса (вес) при рождении _____
при выписке _____ рост при рождении _____ см.
12. Состояние ребенка:
при рождении - оценка по шкале Апгар - закричал - сразу, нет
(подчеркнуть), проводились ли меры по оживлению (какие) _____

в родильном доме - приложен впервые к груди на ___ день жизни;
вскармливание - грудное, сцеженным молоком матери, донора
(подчеркнуть), в случае перевода на вскармливание донорским
грудным молоком указать причину _____

пуповина отпала на _____ день жизни. Не болел, болел
(подчеркнуть).
Диагноз _____

Лечение _____

При выписке _____

13. Противотуберкулезная вакцинация проведена полностью, нет (подчеркнуть), если нет, то указать причину _____

14. Рекомендации _____

15. Особые замечания _____

"..." _____ 19 . . г.

Врач акушер-гинеколог _____

Врач-педиатр _____

Для типографии! Код формы по ОКУД _____
при изготовлении документа Код учреждения по ОКПО _____
формат А5
Министерство здравоохранения СССР Медицинская документация
Форма N 042/у
наименование учреждения Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА N _____
лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1. Фамилия, имя, отчество _____ Пол М/Ж
Отделение (палата) N _____
Медицинская карта стационарного
2. Адрес _____ (амбулаторного) больного N

3. Дата рождения _____ Дата заболевания, получения
4. Профессия _____ травмы _____

5. Занимался ли ФК и спортом (систематически, длительность) _____
Поступил в больницу _____

6. Диагноз при поступлении в больницу _____ Назначен в ЛФК _____
(дата)
Всего дней лечения в больнице _____

7. Диагноз при поступлении в ЛФК _____
Дней лечения ЛФК _____

8. Приступил к лечению в кабинете ЛФК _____

9. Краткий анамнез: проведенное лечение _____

10. Жалобы больного _____

11. Основные клинические данные _____

стр. 2 ф. N 042/у

12. Течение болезни _____

13. Функциональные пробы _____

стр. 4 ф. N 042/у

УЧЕТ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОЦЕДУР ЛФК

Дата	Пульс		Субъективные данные	Дата	Пульс		Субъективные данные
	до занятий	после занятий			до занятий	после занятий	

и т.д. до конца страницы

Подпись врача _____

стр. 5 ф. N 042/у

Вкладной лист к форме N _____

КАРТА

больного с нарушением опорно-двигательного аппарата

Фамилия, имя, отчество _____

Данные функционального исследования

Дата	Подвижность позвоночника				Силовая выносливость мышц			
	вперед	назад	вправо	влево	спины	брюшного пресса	туловища	
							слева	справа

Дата	Относительная длина ног		Окружность живота	Величина поясничного лордоза
	правой	левой		

Врач ЛФК _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 044/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КАРТА
больного, лечашегося в физиотерапевтическом
отделении (кабинете)

Карта стационарного (амб.) больного N _____

Лечащий врач _____

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ пол

М	
Ж	

 (подчеркнуть)

Из какого отделения (кабинета) направлен больной _____

Диагноз _____

подчеркнуть заболевание, по поводу

которого больной направлен на физиотерапию

Жалобы больного _____

Назначение процедуры
лечащим врачом или
врачом-физиотерапевтом
(подчеркнуть)

Дата	Наименование процедуры	Количе- ство	Продолжи- тельность	Дози- ровка

Место проведения процедуры: кабинет,
перевязочная, на дому (подчеркнуть)
Виды лечения, назначенные помимо
физиотерапии (в том числе и медика-
ментозные) _____

нарисован человек
вид вид
спереди сзади

Эпикриз:

Врач-физиотерапевт

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 044/у

NN п/п	Дата	Наименование процедуры	Дози- ровка	Продолжи- тельность процедуры	Подпись медсестры	Прочие отметки

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 050/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
записи рентгенологических исследований
за 19 . . г.

Примечание. В графе 8 указывается область исследования:
При одновременном обследовании двух и более локализаций, каждая из них вписывается отдельной строкой.

В графе 9 указываются проведенные исследования: специальными методами полностью (например, ангиография, топография и т.д.), остальные - сокращенно путем внесения начальных букв: П - просвечивание, С - снимки, Э - электрорентгенограммы.

В графе 10 указывается количество сделанных снимков (пленок), электрорентгенограмм (формат), флюорограмм, включая и снимки, сделанные с применением специальных методов.

Число исследований, показанное в графе 12, как правило, должно соответствовать числу обследованных лиц, за исключением случаев, когда одновременно обследуются органы двух и более локализаций, каждая из которых учитывается, как самостоятельное исследование.

Для типографии!

Дата исследования	N п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Адрес или название отделения стационара	N медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного	Диагноз при направлении в рентгеновский кабинет
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

Область исследования	Виды рентгенологического исследования больного (просвечивание, снимки, диагн. флюор., электро-рентгенография, спец. методики)	Число снимков диагностических флюорограмм, электрорентгенограмм (их формат)	Диагноз врача-рентгенолога	Число рентгенологических исследований
8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Для типографии!

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

		метода лучевого лечения	аппарата	изотопа					однократная	суммарная

стр. 2 ф. N 051/у

Текущие наблюдения _____

Результаты лечения

Суммарные очаговые дозы в точках и областях учета

Первичный эффект лечения (нужное подчеркнуть)
 выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть.

Лучевые реакции: _____

	источников	источников	чество	актив- ность	активность	длина	размеще- ния	площадь размещения	полура- спада			Тэфф

продолжение

Продол- житель- ность облуче- ния	Экспози- ция (МГ. экв. час)	Суточная доза	Поглощенные дозы (рад) в точках учета														Подпись врача			
Итого за курс лечения:																				

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 039-5/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ДНЕВНИК
учета работы рентгено-диагностического отделения (кабинета)
за _____ месяц 19 . . года

Примечание. Дневник заполняется врачами-рентгенологами на основании записей "Журнала рентгенологических исследований", учетная форма N 50.

Соответственно числам месяца в гр. 2-30 вносятся сведения о видах исследований, проводимых больным в соответствии с локализацией обследуемых органов.

Числа в гр. 3 могут равняться сумме чисел гр. 4, 5, 6, 7, 8, но, как правило, должны быть меньше этой суммы, т.к. при одном исследовании было сделано просвечивание, несколько снимков, электрорентгенограмм, флюорограмм и т.д. Аналогично соотношение графы 10 с суммой граф 11-15, гр. 16 с суммой гр. 17-21, гр. 22 с суммой граф 23-27.

Числа в гр. 2 должны равняться сумме чисел граф 3, 10, 16, 22. Сумма чисел в гр. 29 и 30 может быть равна сумме чисел в гр. 7, 15, 21, 27, но может быть больше их, если при одной специальной методике сделано несколько снимков.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 039-5/у

Числа месяца	Общее число рентге- нологи- ческих иссле- дований	Органов грудной клетки							Органов пищеварения						
		всего иссле- дова- ний	при них сделано:						всего иссле- дова- ний	при них сделано:				специальных исследова- ний	
			просве- чиваний	снимков (рент- гено- грамм)	элек- тро- рент- гено- грамм	флюоро- грамм (диаг- ности- ческих)	специальных исследований			просве- чиваний	снимков (рент- гено- грамм)	элек- тро- рент- гено- грамм	флюоро- грамм (диаг- ности- ческих)		
							всего	в т.ч. томографий							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	

разворот ф. N 039-5/у

Костно-суставной системы		Прочих органов		Из числа просве- чиваний - число профил. рентге-	При применении специальных методов сделано:
всего	при них сделано:	всего	при них сделано:		

исс-ледований	просвечиваний	снимков (рентгенограмм)	электро-рентгенограмм	флюорограмм (диагностических)	специальных исследований	исс-ледований	просвечиваний	снимков (рентгенограмм)	электро-рентгенограмм	флюорограмм (диагностических)	специальных исследований	носкопий органов грудной клетки	просвечиваний	снимков
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 029/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета процедур
Кабинет _____

Начат "... " _____ 19 . . г.

Окончен "... " _____ 19 . . г.

Примечание:

Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения процедуры.

В крупных лечебно-профилактических учреждениях отдельные журналы можно вести на каждый вид процедуры.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

N п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Наименование процедуры (препарат)	Количество назначен- ных процедур	Доза	Даты проведения процедур																		
					6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

и т.д. до конца страницы

ВНИМАНИЮ БОЛЬНОГО!

Больной с кардиостимулятором может вести обычный образ жизни в соответствии с возрастом и выполнять легкую физическую работу.

Рекомендуется еженедельная проверка аппарата по пульсу или с помощью транзисторного приемника (считать обязательно в течение минуты).

У управляемых аппаратов контрольный ритм измерять при наложении на кожу магнита.

Изменение контрольного ритма на 8 импульсов в минуту от исходного свидетельствует о необходимости замены аппарата.

Противопоказаны тяжелые физические нагрузки, резкие движения, работа, связанная с вибрацией, повышенные электромагнитные помехи.

**Рекомендации
при неотложных случаях**

При резком замедлении ритма сердечных сокращений, появлении приступов с потерей сознания до оказания экстренной хирургической помощи необходимо принимать симпатомиметические препараты, например, изадрин под язык 1/4-1/2 таблетки через 3 часа. Подкожно ввести 0,1% раствор атропина или эфедрина по 0,5 мл.

Адрес ближайшей больницы для оказания неотложной медицинской помощи (заполняется по месту диспансерного наблюдения).

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 073/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КАРТА
больного с имплантированным
электрокардиостимулятором (ЭКС)

Фамилия, имя, отчество больного _____

Дата рождения _____

Группа крови _____

Резус фактор _____

Домашний адрес и телефон больного _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

стр. 2 ф. N 073/у

по месту жительства

АД	Частота импульсов ЭКС и ЭКГ	Фамилия врача

и т.д. до конца страницы

стр. 3 ф. N 073/у

Дата имплантации ЭКС _____

Доступ _____

Тип ЭКС _____

Ритм по паспорту _____

Электроды _____

Дата плановой смены ЭКС _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

стр. 4 ф. N 073/у

Наблюдение за больным

Дата осмотра	Общее состояние больного	Пульс

и т.д. до конца страницы

стр. 5 ф. N 073/у

Адрес и телефон медицинского учреждения, где производилась имплантация ЭКС

стр. 6 ф. N 073/у

ВНИМАНИЮ ВРАЧА!

Периодическое наблюдение за больным в поликлинике по месту жительства рекомендуется проводить каждые 4 м-ца в течение первого года после имплантации ЭКС, каждые 2 месяца в течение второго года, далее - ежемесячно. Контролируемые величины определяются по ЭКГ при скорости записи 50 мм/сек.

Контрольный ритм управляемых аппаратов определяется при наложении магнита на кожу над ЭКС.

При урежении или учащении ритма (свыше 8 импульсов в минуту), возникновении конкуренции естественного и искусственного ритмов необходимо сообщить в медицинское учреждение, где производилась операция.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

СССР

Форма N 058/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ

об инфекционном заболевании, пищевом, остром
профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

1. Диагноз _____
подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол _____
4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) _____
5. Адрес, населенный пункт _____ район
улица _____ дом N _____ кв. N _____
(индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)
6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)

7. Даты:
заболевания _____
первичного обращения (выявления) _____
установления диагноза _____
последующего посещения детского учреждения, школы

- _____
- госпитализации _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 058/у

8. Место госпитализации _____
9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен
пострадавший _____
10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и
дополнительные сведения _____
11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС

Фамилия сообщившего _____
Кто принял сообщение _____

12. Дата и час отсылки извещения _____

Подпись пославшего извещение _____

Регистрационный N _____ в журнале ф. N _____
санэпидстанции.

Подпись получившего извещение _____

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное
заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающих их,
а также при изменении диагноза.

Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п. 1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапывания, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Форма N 089/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 07.12.1993 N 286.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 089/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИЗВЕЩЕНИЕ

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом
активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии,
микроспории, фавуса, чесотки, трахомы,
психического заболевания

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол _____ 3. Возраст _____
4. Дата обращения _____
(год, месяц, число)
5. Адрес больного: населенный пункт _____
район _____ улица _____ дом _____ кв. _____
6. Городской житель, сельский житель (вписать) _____
7. Подробный диагноз <*> _____
8. Подтвержден ли диагноз лабораторными исследованиями, данными рентгена, для туберкулезных больных указать наличие БК _____
9. Заболевание выявлено: при обращении, при профилактическом осмотре, при обследовании в стационаре (подчеркнуть, вписать недостающее) _____

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 089/у

<*> Извещение составляется на следующие формы заболеваний:

1. Первичная туберкулезная инфекция
2. Туберкулез легких
3. Другие формы туберкулеза органов дыхания
4. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы
5. Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных желез
6. Туберкулез костей и суставов
7. Туберкулез мочеполовых органов

- 8. Туберкулез других органов
- 9. Милиарный туберкулез
- 10. Сифилис - все формы
- 11. Гонорея острая, хроническая
- 12. Трихофития с указанием локализации:
 - а) волосистой части головы;
 - б) ногтей;
 - в) гладкой кожи.
- 13. Микроспория
- 14. Фавус
- 15. Чесотка
- 16. Трахома I, II, III стадии
- 17. Психические расстройства

Приказом Минздрава РФ от 19.04.1999 N 315 введена новая форма N 090/у.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 090/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИЗВЕЩЕНИЕ

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом
рака или другого злокачественного новообразования

"..." _____ 19 . . г.
дата заполнения извещения

Извещение направлено в _____
Фамилия, имя, отчество больного _____

1. Пол: муж. - 1, жен. - 2 1

2. Год рождения _____ 2

3. Национальность _____ 3

4. Профессия _____ 4

Дата обращения ". . ." _____ 19 . . г.
число месяц

Дата установления диагноза ". . ." _____ 19 . . г.
число месяц

5. Обстоятельства выявления заболевания:
обратился самостоятельно - 0, выявлена в женском
смотровом кабинете - 1, при других видах
профосмотров - 2, учтен посмертно с диагнозом,
установленным при жизни - 3, посмертно без
вскрытия - 4, после вскрытия - 5. 5

Адрес:

6. _____ область 6

7. _____ район 7

населенный пункт, улица, дом N, кв. N

8. Житель городской - 1, сельский - 2 8
9. Клиническая группа: II - 2, IV - 4 _____ 9
10. Диагноз _____ 10

подробно с указанием органа локализации, опухоли в органе,
 степени ее распространенности

11. Диагноз подтвержден: 11
- морфологически - 1, эндоскопически - 4,
 цитологически - 2, изотопным методом - 5,
 рентгенологически - 3, только клинически - 6.
12. Лечебное учреждение, куда направлен больной 12

Фамилия врача, заполнившего извещение _____
 подпись

Примечание. Инструкцию по заполнению см. на обороте.

оборотная сторона ф. N 090/у

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИЗВЕЩЕНИЯ

1. Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в онкологическое учреждение, обслуживающее население данной территории.

2. Извещение составляется всеми врачами общей и специальной лечебной сети на больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, в т.ч. на больных, выявленных при целевых и периодических профосмотрах, медицинском освидетельствовании, при обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии и т.д.

3. Кодирование извещений производится только в онкологических учреждениях. При заполнении пунктов в соответствующих квадратах, у которых стоит цифра, нужный признак отмечается знаком, например:

4. На больных с заболеваниями, подозрительными на рак (clin. гр. 1-а), и с предопухолевыми заболеваниями (clin. гр. 1-б) извещения не составляются.

5. В извещениях следует разборчиво заполнить все пункты. Записи не должны перекрывать квадраты, предназначенные для кодирования сведений.

6. П.п. 1, 5, 8, 9, и 11 заполняются в соответствии с примечанием на лицевой стороне.

7. В строке "дата обращения" указывается число, месяц и год, когда больной впервые обратился по поводу данного заболевания, независимо от того, в каком лечебном учреждении он был обследован.

8. В п. 4 указывается основная профессия, которой больной отдал большую часть своей трудовой жизни. Если больной к моменту заполнения извещения находится на пенсии, следует указывать, кем он работал раньше.

9. В п.п. 6 и 7 отмечается адрес постоянного (а не временного) места жительства больного.

10. Ко II клин. группе относятся больные, которые по степени распространения опухоли подлежат специальному лечению, независимо от того, отказываются ли они от него или имеют общие противопоказания. К IV клин. группе относятся больные с далеко зашедшими формами заболевания, у которых специальное лечение уже невозможно.

11. В п. 11 следует подчеркнуть каждый из перечисленных методов исследования, с помощью которых у больного был установлен диагноз.

12. В п. 12 указывается лечебное учреждение, в которое больной направлен для дообследования или лечения. В извещениях на не госпитализируемых больных II клин. группы указывается соответствующая причина (наличие общих противопоказаний, отказ от лечения и др.)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 091/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИЗВЕЩЕНИЕ

о больном с впервые в жизни установленным
диагнозом наркомании

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____ 3. Возраст _____

4. Дата обращения _____

5. Адрес больного: населенный пункт _____

район _____ улица _____

дом N _____ кв. N _____

6. Профессия и место работы _____

7. Городской житель, сельский житель _____

8. Диагноз (с указанием основного и сопутствующих видов наркомании) _____

9. С какого года возникла наркомания _____

10. При каких обстоятельствах привык к наркотику: в результате применения при иной (физической) болезни (по назначению врача, самостоятельно), вследствие любопытства, подражания, влияния среды, тяжелых переживаний _____

11. От кого исходит инициатива лечения: от самого больного, от семьи, опекунов, лечебного учреждения, административных органов _____

оборотная сторона ф. N 091/у

12. Способ получения наркотиков (по назначению врача, по собственным рецептам, по поддельным рецептам, путем хищения из аптеки, со склада, приобретения на рынке у перекупщиков) _____

Дата заполнения извещения _____

Наименование лечебного учреждения (заведения) _____

Лечащий врач _____

Кроме подписи врача четко написать фамилию врача

Инструктивные указания к форме N 091/у

1. Извещение составляется врачом на каждого больного как городского, так и сельского жителя, с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании.

2. Извещение составляется в каждом психиатрическом, психоневрологическом учреждении, а также психиатрическом кабинете и отделении общей сети.

3. При заполнении пункта 8 (диагноз) следует подробно указать, какие наркотики употребляет (опий, морфий, героин, гашиш, кокаин, эфир, барбитураты и т.д.).

10. Извещения направляются за истекший год непосредственно в Министерство здравоохранения СССР Главному инспектору психоневрологической помощи по адресу: Москва, Рахмановский пер., 3 - не позднее 31 декабря.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Форма N 092/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 092/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИЗВЕЩЕНИЕ
о спортивной травме <*>

1. Фамилия _____
имя _____ отчество _____
2. Адрес _____
3. Дата рождения _____ 4. Пол _____
5. Место работы (учебы), должность _____

6. Наименование и адрес спортивной организации и коллектива физкультуры, где состоит членом пострадавший _____

7. Наименование и адрес физкультурной базы, где получена травма _____

8. Время получения травмы 19 . . г. месяц _____
число _____ часы _____

9. Повреждение произошло во время занятий, тренировок, соревнований (подчеркнуть и указать вид спорта) _____

10. Спортивный разряд _____

<*> Извещение составляют врачи (фельдшера), обслуживающие спортивное мероприятие (занятия физической культурой), на случай тяжелых травм.

Извещение составляется в 2-х экземплярах:

1. Направляется врачебно-физкультурному диспансеру.
2. Остается в делах учреждения, составившего извещение.

оборотная сторона ф. N 092/у

11. Обстоятельства, при которых произошло повреждение, и причины, их обусловившие _____

12. Локализация и характер повреждения _____

13. Заключение о тяжести повреждения _____

14. Оказанная медпомощь (какая, кем, когда и где) _____

15. Госпитализирован (куда) _____
16. Наименование лечучреждения, направившего извещение _____
17. Принятые меры по профилактике _____

Врач _____
Главный судья _____
Тренер (преподаватель) _____
"..." _____ 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Форма N 093/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 093/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИЗВЕЩЕНИЕ

о побочном действии лекарственного препарата

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____ 3. Пол М. Ж.
4. Диагноз заболевания _____

5. Диагноз лекарственного осложнения _____

6. Полное название лекарственного средства, вызвавшего осложнение (или подозреваемого) _____

7. Схема применения лекарственного средства:

а) путем введения препарата в организм

- | | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - внутрь | <input type="checkbox"/> - наочно | <input type="checkbox"/> - подъязычно |
| <input type="checkbox"/> - внутримышечно | <input type="checkbox"/> - интраназально | <input type="checkbox"/> - per rectum |
| <input type="checkbox"/> - внутривенно | <input type="checkbox"/> - ингаляционно | <input type="checkbox"/> - per vaginum |
| <input type="checkbox"/> - подкожно | <input type="checkbox"/> - полоскание | <input type="checkbox"/> - другие пути введения |
| <input type="checkbox"/> - внутрикожно | <input type="checkbox"/> - конъюнктивально | |

(указать) _____

б) доза и кратность введения за сутки _____

в) длительность применения

г) режим применения

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - однократно | <input type="checkbox"/> - до 1 мес. | <input type="checkbox"/> - до 1 года | <input type="checkbox"/> - нерегулярно |
| <input type="checkbox"/> - 1 сутки | <input type="checkbox"/> - до 3 мес. | <input type="checkbox"/> - до 2 лет | <input type="checkbox"/> - систематически |
| <input type="checkbox"/> - до 7 дней | <input type="checkbox"/> - до 6 мес. | <input type="checkbox"/> - до 3 лет | <input type="checkbox"/> - периодически в течение года |
| <input type="checkbox"/> - до 14 дней | <input type="checkbox"/> - до 9 мес. | <input type="checkbox"/> - более 3 лет | |

1 2 3 4 5 6 раз

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 093/у

8. Перечислить мероприятия, применявшиеся:

а) за месяц до назначения лекарст. препарат.

б) одновременно с приемом этого препарата

- | | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - Медикаменты (указать) _____ | <input type="checkbox"/> - диетотерапия | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> - Медикаменты (указать) |
| | <input type="checkbox"/> - физиотерапия | <input type="checkbox"/> | _____ |

_____	<input type="checkbox"/>	- рентгено- радиоте- рапия	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	- хирурги- ческое лечение	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	- психо- терапия	<input type="checkbox"/>	_____

9. Симптомы лекарственного осложнения _____

10. Меры по устранению лекарственного осложнения:

<input type="checkbox"/> - отмена препарата	<input type="checkbox"/> - назначение средств протекторов	<input type="checkbox"/> - противошоковые мероприятия (указать)
<input type="checkbox"/> - снижение дозы препарата	<input type="checkbox"/> - десенсибилизирующая терапия	<input type="checkbox"/> - реанимационные мероприятия (указать)
<input type="checkbox"/> - назначение средств	<input type="checkbox"/> - дезинтоксикационная	_____

11. Исход лекарственного осложнения

1. Потеря трудоспособности 2. Выздоровление 3. Смерть

12. Отмечались ли в прошлом у больного аллергические, токсические, токсикоаллергические, лекарственные реакции, а также непереносимость лекарственных, пищевых, бытовых, промышленных средств:

нет да _____

13. Особенности клиники, лечения, исхода и другие данные лекарственного осложнения _____

Дата заполнения "... " _____ 19 . . г.

Подпись врача _____

**Порядок заполнения извещения о побочном
действии лекарственного препарата:**

1. В пунктах 3, 7а, 7в, 7г, 8, 10, 11, 12 отмечать в квадрате знаком + соответствующие случаю данные. При необходимости дать более подробные сведения заполняется 13 пункт.

2. Остальные пункты заполняются врачом в виде лаконичных содержательных ответов, разборчивым почерком.

3. При тяжелых формах лекарственного осложнения и при смертельных исходах необходимо подробное заполнение всех пунктов карты-извещения с указанием в 13 пункте лабораторных и патологоанатомических данных, а также сведений, характеризующих особенности наблюдавшегося осложнения.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 065-2/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
лицу, заболевшему венерической болезнью

Я. _____

проживающий (ая) по адресу _____

подтверждаю письменно, что сего числа _____
мне разъяснено, что я страдаю венерической болезнью в форме _____

которая является заразительной для других лиц:

- гигиенические правила и необходимость их соблюдения в целях предупреждения передачи мною венерической болезни другим лицам;
- обязательность лечения и контрольного наблюдения в лечебно-профилактическом учреждении, порядок и режим лечения, вред самолечения;
- срок лечения и контрольного наблюдения, запрещение быть донором, как во время лечения и контрольного наблюдения, так и после них;
- что после настоящего предупреждения я несу уголовную ответственность по статьям 115 или 115-1 Уголовного Кодекса РСФСР и соответствующим статьям УК других союзных республик в случае, если поставлю другое лицо (или лиц) через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью; заражу другое лицо венерической болезнью; уклонюсь от лечения венерической болезни после настоящего предупреждения.

Все предписания лечащего врача обязуюсь строго выполнять.

О перемене своего места жительства обязуюсь сообщить лечащему врачу. Памятка мне вручена врачом.

Подпись больного _____

Подпись лечащего врача _____

"..." _____ 19 . . г., город

Наименование лечебного учреждения:

N карты стационарного больного или медицинской карты.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 060/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета инфекционных заболеваний

Начат "... " _____ 19 . . г.

Окончен "... " _____ 19 . . г.

Примечание. Графы 13 и 14 заполняются только в санитарно-эпидемиологических станциях.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 060/у

N п/п	Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения, кто передал, кто принял	Наименование лечебного учреждения, сделавшего сообщение	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения)	Домашний адрес (город, село, улица, дом N, кв. N)	Наименование места работы, учебы, дошкольного детского учреждения, группа, класс, дата последнего посещения
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 060/у

Дата заболевания	Диагноз и дата его установления	Дата, место госпитализации	Дата первичного обращения	Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления	Дата эпид. обследования Фамилия обследовавшего	Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детское учреждение, по месту учебы, работы и др.)	Лабораторное обследование и его результат	Примечание
8	9	10	11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Форма N 094/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 13.01.1995 N 5.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 094/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СПРАВКА N

о временной нетрудоспособности при заболеваниях
вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением,
а также вследствие злоупотребления алкоголем

Выдана "... " _____ 19 . . г.

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ пол _____

Место работы _____

наименование предприятия,

учреждения, колхоза

Диагноз _____

Заключительный диагноз _____

Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве, в быту).

Режим _____

Направлен во ВТЭК "..." _____ 19 . . г.

Находился в стационаре с "..." _____ 19 . . г.

по "..." _____ 19 . . г.

Подпись врача _____

Освидетельствован во ВТЭК _____ 19 . . г.

Заключение ВТЭК _____

Перевести временно на другую работу с "..." _____ 19 . . г.

по "..." _____ 19 . . г.

Печать ВТЭК

Подпись главного врача _____

Подпись председателя _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 094/у

Освобождение от работы
с какого числа _____ 19 . . г.
по какое число включительно _____ 19 . . г.
Должность и фамилия врача _____

Подпись врача _____
Приступить к работе _____
прописью число и месяц
_____ 19 . . г.
Должность, фамилия и подпись врача _____

Печать лечебного
учреждения

Выдана новая справка (продолжение) N _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 094/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ N
о временной нетрудоспособности при заболеваниях
вследствие опьянения, связанных с опьянением,
злоупотреблением алкоголя
"..." _____ 19 . . г.

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ пол _____

Место работы _____
наименование предприятия,

учреждения, колхоза

Диагноз _____

Заключительный диагноз _____

Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на
производстве или в быту)

Освобожден от работы с "..." _____ 19 . . г.
по "..." _____ 19 . . г.

Фамилия врача, выдавшего справку _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Форма N 095-1/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 13.01.1995 N 5.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 095-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СПРАВКА

о временной нетрудоспособности
в связи с бытовой травмой, операцией аборта

Выдана "... " _____ 19 . . г.

Фамилия, имя, отчество _____

место работы - наименование предприятия, учреждения

Диагноз

Освобожден (а) от работы с "... " _____ 19 . . г.
по "... " _____ 19 . . г.

Подпись врача _____

Освобождение от работы продлено

с _____ по _____
с _____ по _____

Отметка о выдаче листка нетрудоспособности в случае дальнейшего
продления временной нетрудоспособности

Дата выдачи _____ N листка _____
Подпись врача _____

Место печати

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 095-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Контрольный талон к справке N

Дата выдачи _____

Фамилия, имя, отчество _____

Диагноз

Освобожден от работы с "... " _____ 19 . . г.
по "... " _____ 19 . . г.

Освобождение продлено

с _____ по _____
с _____ по _____

В продление временной нетрудоспособности выдан листок нетрудоспособности

с _____ N _____
число

Фамилия врача, выдавшего справку _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 095/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СПРАВКА

о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи "... " _____ 19 . . г.

Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть)

название учебного заведения,

дошкольного учреждения

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения (год, месяц, для детей до 1-го года - день)

Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия)

Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими)

(подчеркнуть, вписать)

освобожден от занятий, посещений детского дошкольного учреждения

с _____ по _____
с _____ по _____

М. П.

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 095/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Контрольный талон к справке N

Дата выдачи _____

Фамилия, имя, отчество _____

Название учебного заведения, детского дошкольного учреждения

Диагноз заболевания _____

Освобожден с _____ по _____
Освобождение продлено с _____ по _____

Фамилия врача, выдающего справку _____

Примечание. Контрольные талоны служат для учета выданных справок.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 100/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ N

стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной
(подчеркнуть) судебно-психиатрической экспертизы

На испытуемого _____
рождения 19 . . г., обвиняемого по ст. _____

или являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком;
лицом, в отношении которого решается вопрос о дееспособности
(подчеркнуть) в деле _____

Судебно-психиатрическое освидетельствование произвела судебно-
психиатрическая экспертная комиссия в составе:

председателя _____
членов комиссии _____

врача-докладчика _____
на основании постановления (определения) _____

от "... " _____ 19 . . г.

Об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения
по ст. _____ УК _____ эксперты предупреждены.

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы
"Акта" <*> излагаются на следующих _____ листах.

<*> Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развития заболевания, если таковое имеется; описание физического, неврологического, психического состояния и данные лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз и экспертное заключение.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 101/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

АКТ N

психиатрического освидетельствования осужденного

На испытуемого _____
рождения 19 . . года, осужденного по ст. _____
на срок _____
Срок наказания исчисляется с _____
Психиатрическое освидетельствование осужденного произвела судебно
- психиатрическая комиссия в амбулаторных, стационарных
(подчеркнуть) условиях в составе:
председателя _____
членов комиссии _____
врача-докладчика _____
на основании постановления _____
от "... " _____ 19 . . г.

Права и обязанности эксперта, предусмотренные от _____
УПК _____ разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение
от дачи заключения или дачу заведомо ложного заключения по
ст.ст. _____ УК _____
эксперты предупреждены.
Остальные разделы "Акта" <*> излагаются на следующих листах.

<*> Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развитии заболевания, если таковое имеется; описание физического, неврологического, психического состояния и данные лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз и вывод о возможности отбывать наказание в местах лишения свободы и необходимых медицинских мерах.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 104/у
Утверждена Минздравом СССР

АКТ N <*>
психиатрического освидетельствования лица,
находящегося на принудительном лечении

На _____
ф., и., о.

рождения 19 . . года, находящегося на принудительном лечении в
данном учреждении с "... " _____ 19 . . года
согласно определения суда _____
от "... " _____ 19 . . года

Обвинявшегося по ст. _____
Психиатрическое освидетельствование произвела врачебная комиссия
в составе:
председателя _____
членов комиссии _____

Остальные разделы "Акта" <*> излагаются на следующих листах.

<*> Составляется при прекращении принудительного лечения или изменения его формы.

<*> Данные анамнеза: описание физического и неврологического состояния и данные лабораторных исследований, описание психического состояния в динамике с указанием проведенного лечения, заключительная часть, в которой указывается диагноз и обосновывается необходимость прекращения принудительного лечения или изменения его.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 105/у

Дата комиссии	N акта	Диагноз	Экспертное решение	Рекомендованные медицинские меры	Для стационарной экспертизы		
					куда направлен	дата выписки из стационара	число проведенных койко-дней
10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Форма N 035/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 21.05.2002 N 154.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 035/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
для записи заключений врачебно-консультационной комиссии
19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 035/у

№ п/п	Дата	Наименование лечучреждения или фамилия врача, направившего больного	Фамилия, имя, отчество больного	Год рождения	Адрес больного	Место работы (название предприятия и цеха, учреждения)	Профессия (выполняемая работа, должность)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 035/у

Диагноз или повод, по которому больной представлен на ВКК	№ листка нетрудоспособности	Число дней нетрудоспособности по данному диагнозу	Заключение комиссии (диагноз, направление на спецлечение, перемена работы, число дней продления листка нетрудоспособности и прочее)	Который раз представляется на ВКК	Подписи членов комиссии	Дата направления на ВТЭК	Заключение ВТЭК
9	10	11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 036/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КНИГА
регистрации листков нетрудоспособности

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 036/у

N п/п	N листка нетрудоспо- собности, выданного даным лечучреждени- ем		N листка нетрудоспо- собности, выданного другим лечучреждени- ем		Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Адрес больного	Место работы и выполняемая работа
	первый	продолжение	первый	продолжение				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 036/у

Диагноз		Фамилия врача		Освобожден от работы		Всего календар- ных дней освобождения от работы	Отметка о направлении больного в другие лечебные учреждения
первичный	заключительный	выдавшего листок нетру- доспособности	закончившего листок нетру- доспособности	с какого числа	по какое число		
10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета санитарно-просветительной работы

19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 038-0/у

N п/п	Дата	Форма работы: лекция, беседа, вечер вопросов, кино, радио- информация, выступление по телевидению, распро- странение литературы	Тема	Фамилия и должность лектора	Место проведения (наименование предприятия, учреждения, клуба и т.д.)	Адрес	Число слушателей (посетителей)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Форма N 103/у-84 заменяется с 01.01.1999 на форму N 103/у-98 в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 07.08.1998 N 241.

Форма N 103/у-84 в редакции Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ К ФОРМЕ N 103/у-84 N _____ (остается в лечебном учреждении) Дата выдачи " ____ " _____ 19 __ г.	
1. Фамилия, имя, отчество матери _____	
2. Адрес: республика _____ область (край) _____ район _____ город (село) _____ улица _____ дом _____ кв. N _____	
3. Дата родов: год _____ месяц _____ число _____ час. _____	
4. Пол ребенка: мальчик, девочка (подчеркнуть)	
5. Свидетельство выдал: врач (фельдшер, акушерка) _____ подчеркнуть ф., и., о.	
ЛИНИЯ ОТРЕЗА	
Код формы по ОКУД 5103834 6	
Министерство здравоохранения СССР _____ наименование учреждения	Медицинская документация Форма N 103/у-84 _____ Утверждена Минздравом СССР 19.11.84 N 1300
МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ N _____ (выдается для регистрации в органах ЗАГС) Дата выдачи " ____ " _____ 19 __ г.	

Я, врач (фельдшер, акушерка) _____ _____ фамилия, имя, отчество
_____ настоящим удостоверяю, что у гр-ки _____ _____ фамилия, имя, отчество
_____ проживающей по адресу: республика _____ область (край) _____ район _____ город (село) _____ улица _____ дом N _____ кв. N _____ в _____

наименование лечебного учреждения, на дому

родился: год _____ месяц _____ число _____ час. _____

ребенок: мальчик, девочка (подчеркнуть)

Врач (фельдшер, акушерка) _____

подпись

Печать

К сведению родителей
 В соответствии с Кодексом о браке и семье РСФСР регистрация ребенка в органах ЗАГС обязательна и должна быть произведена в месячный срок со дня рождения (в других союзных республиках в сроки, установленные Кодексами этих республик).

Форма N 106/у-84 в редакции Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300.

Форма N 106/у-84 заменяется с 01.01.1999 на форму N 106/у-98 - Приказ Минздрава РФ от 07.08.1998 N 241.

КОРЕШОК ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ К ФОРМЕ N 106/у-84 N _____
 (окончательное, предварительное, взамен предварительного N _____)

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

2. Возраст _____ 3. Дата смерти _____
 число, месяц, год

Фамилия врача, выдавшего свидетельство о смерти _____
 " _____ " _____ 19 __ г. Подпись получателя _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Код формы по ОКУД 5103835 2	
Министерство здравоохранения СССР _____	Медицинская документация
наименование учреждения	Форма N 106/у-84
Утверждена Минздравом СССР 19.11.84 N 1300	
ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ N _____ (окончательное, предварительное, взамен предварительного N _____)	
Дата выдачи " _____ " _____ 19 __ г.	
Место для кода	1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2 <input type="checkbox"/>	2. Пол: муж. - 1, жен. - 2 (подчеркнуть)
3 <input type="checkbox"/>	3. Дата рождения: год _____ месяц _____ число _____
4 <input type="checkbox"/>	4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____

<input type="checkbox"/>	5.	Для детей, умерших в возрасте от 6 дней до 1 мес.: доношенный - 1; недоношенный - 2 (подчерк.)
<input type="checkbox"/>	6	Для детей, умерших в возрасте от 6 дней до 1 года: масса (вес) при рождении _____ граммов
<input type="checkbox"/>	7	7. Место постоянного жительства умершего: область (край) республика _____ район _____ город - 1, село - 2 (подчеркнуть) _____ (вписать) ул. _____ дом _____ кв. _____
<input type="checkbox"/>	8	8. Место смерти: а) область (край), республика _____ район _____ город (село) _____
<input type="checkbox"/>	8б	б) смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, др. месте - 3 (подчеркнуть) _____ (вписать где)
<input type="checkbox"/>	9	9. Смерть произошла от: заболевания - 1, несчастного случая вне производства - 2, несчастного случая в связи с производством - 3, убийства - 4, самоубийства - 5, род смерти не установлен - 6
<input type="checkbox"/>	10	10. Причина смерти установлена: врачом, только установившим смерть - 1, врачом, лечившим умершего - 2, патологоанатомом - 3, судебно-медицинским экспертом - 4 (подчеркнуть).

Причина смерти:	
I	а) _____
	б) _____
	в) _____
II	_____
Дата отсылки сигнального извещения N _____	

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

	11. Я, врач _____ должность _____ ф., и., о. удостоверяю, что на основании: осмотра трупа - 1, записей лечащего врача в медицинской документации - 2, предшествующего наблюдения - 3, вскрытия - 4, (подчеркнуть) мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:
1а	<input type="checkbox"/> 1. Непосредственная причина смерти а) _____ (заболевание или осложнение основного заболевания) _____
1б	<input type="checkbox"/> заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти (основное, первоначальное) заболевание указывается последним) б) _____
1в	<input type="checkbox"/> в) _____
II	<input type="checkbox"/> II. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти _____

12	<input type="checkbox"/>	<p>12. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:</p> <p>а) дата травмы (отравления): год _____ месяц _____ число _____</p> <p>б) при несчастных случаях, не связанных с производством, указать вид травмы: бытовая - 1, уличная (кроме транспортной) - 2, дорожно-транспортная - 3, школьная - 4, спортивная - 5, прочие - 6 (подчеркнуть)</p> <p>в) место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>13. Врачебное свидетельство выдано: наименование медицинского учреждения _____</p> <p>_____</p> <p>Печать _____ Подпись врача, выдавшего свидетельство о смерти _____</p> <p>14. Врачебное свидетельство проверено в органах ЗАГС врачом, ответственным за правильность заполнения врачебных свидетельств о смерти.</p> <p>" _____ " _____ 19 __ г. Подпись _____</p>
----	--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Форма N 106-1/у-84 утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 07.08.1998 N 241.

Форма N 106-1/у-84 в редакции Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300.

КОРЕШОК ФЕЛЬДШЕРСКОЙ СПРАВКИ О СМЕРТИ	
К ФОРМЕ N 106-1/у-84 N _____	

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____	_____
2. Возраст _____	3. Дата смерти _____
	число, месяц, год
Фамилия лица, выдавшего справку _____	
" _____ " _____ 19 __ г. Подпись получателя _____	

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Код формы по ОКУД 5103836 9	
Министерство здравоохранения СССР _____ наименование учреждения	Медицинская документация _____ Форма N 106-1/у-84 Утверждена Минздравом СССР 19.11.84 N 1300
ФЕЛЬДШЕРСКАЯ СПРАВКА О СМЕРТИ N _____ Дата выдачи " _____ " _____ 19 __ г.	
Место для кода	1. Фамилия, имя, отчество умершего _____ _____

2	<input type="checkbox"/>	2. Пол: муж. - 1, жен. - 2 (подчеркнуть)
3	<input type="checkbox"/>	3. Дата рождения: год _____ месяц _____ число _____
4	<input type="checkbox"/>	4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____
5	<input type="checkbox"/>	5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 мес.: доношенный - 1; недоношенный - 2 (подчеркнуть)
6	<input type="checkbox"/>	6. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 года: масса (вес) при рождении _____ граммов
7	<input type="checkbox"/>	7. Место постоянного жительства умершего: область (край) _____ республика _____ район _____ город - 1, село - 2 (подчеркнуть) _____ (вписать) улица _____ дом _____ квартира _____
8	<input type="checkbox"/>	8. Место смерти: а) область (край) _____ республика _____ район _____ город (село) _____ б) смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в др. месте - 3 _____ _____ вписать где, подчеркнуть

Причина смерти:	
I	а) _____ б) _____
II	_____
Дата отправки сигнального извещения N ____ " ____ " _____ 19__ г.	

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

9	<input type="checkbox"/>	9. Я, фельдшер _____ _____ фамилия, имя, отчество, должность _____ удостоверяю, что на основании: осмотра трупа - 1, предшествовавшего наблюдения за больным - 2, записей в медицинской документации - 3 установлена следующая причина смерти:
1a	<input type="checkbox"/>	I. Непосредственная причина а) _____ смерти (заболевание или _____ осложнение основного _____ заболевания)
1б	<input type="checkbox"/>	Основная причина смерти б) _____ (первоначальное заболе- _____ вание, вызвавшее непо- _____ средственную причину _____ смерти)
		II. Другие важные заболева- _____ ния, способствовавшие _____ смертельному исходу, но _____ не связанные с заболева- _____ нием, послужившим непо- _____ средственной причиной _____ смерти
10	<input type="checkbox"/>	10. Наблюдался ли умерший при жизни врачом по поводу заболевания, явившегося основной причиной смерти: да - 1, нет - 2 (подчеркнуть)
11	<input type="checkbox"/>	11. Фельдшерская справка выдана:

	наименование медицинского учреждения
	Печать _____ Подпись выдавшего справку _____ 12. Справка проверена в ЗАГСе врачом, ответственным за правильность заполнения свидетельства о смерти " ____ " _____ 19__ г. Подпись _____

Форма N 106-2/у-84 заменяется с 01.01.1999 на форму N 106-2/у-98 в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 07.08.1998 N 241.

Форма N 106-2/у-84 в редакции Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300.

КОРЕШОК ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ К ФОРМЕ N 106-2/у-84 N _____ (окончательное, предварительное, взамен предварительного N ____) Дата выдачи " ____ " _____ 19__ г.	
Мертворожденный	Умер на 1-й неделе жизни
1. Фамилия, имя, отчество матери _____	
2. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка _____	
3. Дата родов _____ 4. Дата смерти _____ 5. Возраст ____ дней	
6. Смерть последовала: в стационаре, дома, в др. месте (подчеркнуть)	
7. Фамилия врача, выдавшего свидетельство _____	
8. Зарегистрировано в ЗАГСе, акт N ____ дата ____ Подпись _____	

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Код формы по ОКУД 5103837 5	
Министерство здравоохранения СССР _____ наименование учреждения	Медицинская документация _____ Форма N 106-2/у-84 Утверждена Минздравом СССР 19.11.84 N 1300
ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ N _____ (окончательное, предварительное, взамен предварительного N ____) Дата выдачи " ____ " _____ 19__ г.	
1 - Мертворожденный	2 - Умер на 1-ой неделе жизни
Место для кода	1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2 <input type="checkbox"/>	2. Пол: мужской - 1, женский - 2 (подчеркнуть)
3 <input type="checkbox"/>	3. Дата рождения (мертворождения): год ____ месяц ____ число ____ час ____
4 <input type="checkbox"/>	4. Дата смерти: год ____ месяц ____ число ____ час ____

<input type="checkbox"/>	
5a <input type="checkbox"/>	5. Место смерти (мертворождения): а) республика, область (край) _____ район _____ город - 1, село - 2 _____
5б <input type="checkbox"/>	б) смерть (мертворождение) произошла: в стационаре - 1 _____, дома - 2, в др. месте - 3 (подчеркнуть) вписать
	6. Фамилия, имя, отчество матери _____
7 <input type="checkbox"/>	7. Год рождения матери _____ 8. Национальность _____
9 <input type="checkbox"/>	9. Семейное положение: состоит в браке - 1, не состоит в браке - 2 (подчеркнуть) Для состоящих в браке: дата заключения брака _____ Фамилия, имя, отчество мужа _____ (сведения заполнены на основании записей в паспорте матери, со слов матери - нужное подчеркнуть)
10 <input type="checkbox"/>	10. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного) _____ республика, область (край) _____ район _____ город - 1, село - 2 (подчеркнуть) улица _____ дом _____ кв. N _____
11 <input type="checkbox"/>	11. Образование матери: начальное - 1, среднее общее - 2, среднее специальное - 3, высшее - 4 (подчеркнуть)
12 <input type="checkbox"/>	12. Место работы матери _____ Занятие по этому месту работы (должность или выполняемая работа) _____
13 <input type="checkbox"/>	13. Какие по счету роды _____
14 <input type="checkbox"/>	14. Продолжительность настоящей беременности _____ недель.
15 <input type="checkbox"/>	15. Роды приняли: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4 _____ подчеркнуть, кто

Причина перинатальной смерти:	
а)	_____
б)	_____
в)	_____
г)	_____
д)	_____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

16 <input type="checkbox"/>	16. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при многоплодных родах - 4 (подчеркнуть)
17 <input type="checkbox"/>	17. Масса ребенка (плода) при рождении _____ гр.
	18. Рост ребенка (плода) _____ см.
19 <input type="checkbox"/>	19. Ребенок (плод) родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переносенный - 3 (подчеркнуть)
20 <input type="checkbox"/>	20. Ребенок (плод) родился: мацерированным - 1, в асфиксии - 2 (подчеркнуть)
21 <input type="checkbox"/>	21. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, не известно - 4 (подчеркнуть)
22 <input type="checkbox"/>	22. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен - 4 (подчеркнуть)
23а <input type="checkbox"/>	23. Причина перинатальной смерти: а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) _____

23б б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода) _____

23в в) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода) _____

23г г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствовавшие смерти ребенка (плода) _____

23д д) другие сопутствовавшие состояния _____

24а 24. Причина смерти (мертворождения) установлена:
а) врачом, удостоверившим смерть - 1, врачом, принимавшим роды - 2, врачом-педиатром, лечившим ребенка - 3, патологоанатомом - 4, судебно-медицинским экспертом - 5 (подчеркнуть);

б б) на основании: осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации - 2, предшествовавшего наблюдения - 3, вскрытия - 4 (подчеркнуть)

25. Фамилия, имя, отчество, должность врача, выдавшего свидетельство _____

Подпись врача _____
Главный врач учреждения здравоохранения _____

Печать _____
_____ фамилия, подпись

26. Свидетельство проверено в органах ЗАГСа врачом, ответственным за правильность заполнения.
" ____ " _____ 19 ____ г. Подпись _____

Приказом Минздрава РФ от 23.08.1999 N 328 утверждены формы бланков рецептов N 148-1/у-88, 148-1/у-04(л).

Форма N 108/у в редакции Приказа Минздрава СССР от 25.02.1984 N 175.

Минздрав СССР	Код формы по ОКУД					
наименование учреждения	Код учреждения по ОКПО		2			
Порядковый N рецепта в пач.	1	Медицинская документация. Форма 108/у				
		Утверждена Минздравом СССР				
Рецепт						
Оплата 50%			Участник Великой Отечественной войны			
N удостоверения	рецепт N		4			
Дата выписки рецепта			5	6	7	
Ф., И., О. больного			возраст, диаг.		8 9	
Ф., И., О. врача			Личный N врача		10	

руб.	коп.	Rp:									
11					12						
13											
14	15	16	М. п.								
			Подпись и личная печать врача								
Рецепт действителен в течение 10 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть)											

Инструкция по кодированию рецептурного бланка			
Графы 1 и с 11 по 16 кодируются в аптеке			
Графы со 2 по 10 кодируются в лечебно-профилактическом учреждении.			
В разделе "наименование учреждения" должен быть поставлен штамп учреждения.			
1 - порядковый номер рецепта в пачке.			
2 - код лечебно-профилактического учреждения.			
3 - категория больного, из обозначенных указаний нужный код подчеркнуть.			
4 - номер рецепта.			
5 - число, 6 - месяц, 7 - год выписки рецепта.			
8 - возраст больного.			
9 - диагноз.			
10 - личный номер врача.			
11 - стоимость лекарственного средства.			
12 - количество отпущенных больному единиц готового лекарственного средства.			
13 - код готового лекарственного средства по ОКП.			
14 - число, 15 - месяц, 16 - год отпуска лекарственного средства аптекой.			
N лекарств индивидуального приготовления		Штамп аптеки	
Принял	Приготовил	Проверил	Отпустил

Минздрав СССР наименование учреждения	Код формы по ОКУД										
	Код учреждения по ОКПО		2								
Порядковый N рецепта в пач.	1	Медицинская документация. Форма 108/у Утверждена Минздравом СССР									
Рецепт											

Оплата 50%			Участник Великой Отечественной войны									
N удостоверения		рецепт N					4					
Дата выписки рецепта							5	6	7			
Ф., И., О. больного							8		9			
Ф., И., О. врача							Личный N врача			10		
руб.	коп.	Rp:										
КОПИЯ												
11					12							
13												
14	15	16	М. п.									
Подпись и личная печать врача												
Рецепт действителен в течение 10 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть)												

Минздрав СССР		Код формы по ОКУД										
наименование учреждения		Код учреждения по ОКПО										
Порядковый N рецепта в пач.		1	Медицинская документация. Форма 108/у Утверждена Минздравом СССР 25.02.84 г. пр. N 175									
Рецепт												
Бесплатно Детям до года		3					Оплата 20%					
		1	ИОВ	2	Пр. катег.	3						
Пенсионное удостоверение N			Рецепт N			4						
Дата выписки рецепта							5	6	7			
Ф., И., О. больного							8		9			
Ф., И., О. врача							Личный N врача			10		

руб.	коп.	Rp:									
11					12						
13											
14	15	16	М. п.								
			Подпись и личная печать врача								
Рецепт действителен в течение 10 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть)											

Печатается фактическая подчиненность и название учреждения
Бумага формата А6

оборот ф. N 108/у

Инструкция по кодированию рецептурного бланка			
Графы 1 и с 11 по 16 кодируются в аптеке. Графы со 2 по 10 кодируются в лечебно-профилактическом учреждении. В разделе "наименование учреждения" должен быть поставлен штамп учреждения. 1 - порядковый номер рецепта в пачке. 2 - код лечебно-профилактического учреждения. 3 - категория больного, из обозначенных указаний нужный код подчеркнуть. 4 - номер рецепта. 5 - число, 6 - месяц, 7 - год выписки рецепта. 8 - возраст больного. 9 - диагноз. 10 - личный номер врача. 11 - стоимость лекарственного средства. 12 - количество отпущенных больному единиц готового лекарственного средства. 13 - код готового лекарственного средства по ОКП. 14 - число, 15 - месяц, 16 - год отпуска лекарственного средства аптекой.			
N лекарства индивидуального изготовления		Штамп аптеки	
Принял	Приготовил	Проверил	Отпустил

Приказом Минздрава РФ от 23.08.1999 N 328 утверждена форма бланка рецепта N 107-у.

Код формы по ОКУД	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

Код учреждения по ОКПО

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

Министерство
здравоохранения СССР

Медицинская документация
Форма N 107/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - ненужное зачеркнуть)

"..." _____ 19 . . г.

(дата выписки рецепта)

Ф., И., О. больного _____

Возраст _____

Ф., И., О. врача _____

Руб.	Коп.	Rp:
Руб.	Коп.	Rp:

М. П.

Подпись и личная печать врача

Рецепт действителен в течение 10 дней,
2 месяцев (ненужное зачеркнуть)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборот ф. N 107/у

ПАМЯТКА ВРАЧУ

- код лечебно-профилактического учреждения печатается типографским способом или ставится штамп;
- рецепт выписывается на латинском языке, разборчиво, четко, чернилами или шариковыми ручками, исправления запрещаются;
- на одном бланке: одно лекарство, содержащее ядовитое вещество, или два - простые и сильнодействующие средства;
- разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений;
- в случае необходимости на курс лечения выписывается несколько рецептов;
- твердые и сыпучие вещества - в граммах (0,001; 0,5; 1,0), жидкие - в миллилитрах, каплях;
- способ применения - на русском или русском и национальном языках; запрещается ограничиваться общими указаниями: "внутреннее", "известно" и т.п.;
- подпись врача должна быть заверена его личной печатью;

- после отпуска лекарства рецепт остается в аптеке.			
N лекарств индивидуального приготовления		Штамп аптеки	
Принял	Приготовил	Проверил	Отпустил

Форма N 263/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 263/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ

приема и выдачи шприцев, инструментария, материалов

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ПОЛУЧЕНО											
ДАНО											
ОСТАТОК											

Дата

Подпись

**1.4. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
ДРУГИХ ТИПОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 074/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ

регистрации амбулаторных больных

за _____ м-ц 19...г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

Форма N 074/у

N п/п	Числа месяца	Принятый больной первичный, повторный (вписать)	Фамилия, имя, отчество	Пол	Год рождения (для детей до 1 г. дата рождения)	Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 074/у

Место работы (для колхозников - название колхоза, для школьников - название школы, в каком классе учится)	Диагноз	Назначенное лечение	Примечание
8	9	10	11

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 075/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ТЕТРАДЬ
записи беременных, состоящих под наблюдением
фельдшерско-акушерского пункта, колхозного роддома

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 075/у

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
Год рождения _____ Адрес _____

Срок беременности при взятии на учет _____ недель. Которая
беременность _____

Сведения о предшествующих беременностях: родов _____,
в том числе преждевременных _____, аборт(ов) _____

Родилось: живыми _____, мертвыми _____

Дата взятия на учет "... " _____ 19 __ г.

Дата снятия с учета "... " _____ 19 __ г.

Беременность закончилась (родами в срок, преждевременными, аборт(ом)
- подчеркнуть).

"..." _____ 19 г.

(дата)

Роды произошли (на дому, в колхозном роддоме, ФАПе, др. стационаре)

_____ (наименование)

Дата посе- щения	Посещение ФАПа (колхозного роддома) или патронажное на дому - указать	Течение беременности (послеродового периода)

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

_____ наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 098/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ

учета приема больных и рожениц в стационар
фельдшерско-акушерского пункта и колхозный родильный дом

Начат "... " _____ 19 . . г.

Окончен "... " _____ 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 098/у

N п/п	Фамилия. имя, отчество	Возраст	Постоянное место жительства, адрес	Диагноз	Дата		Состояние при выписке или причина смерти	Дата родов	Сведения о новорожденных		
					поступ- ления	выбытия или смерти			родился		умер в колхозном роддоме; доношенный, недоношен- ный (вписать)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 живым, доношен- ным, не- доношен- ным (вписать)	11 мертвым	

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 099/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИСТОРИЯ РОДОВ
для колхозного родильного дома

(фельдшерско-акушерского пункта)

Фамилия, имя, отчество _____

Местожительство _____
район, село, колхоз

Поступила _____ 19 г. Выписана _____ 19 г.
число, месяц число, месяц

Возраст _____ Национальность _____

СВЕДЕНИЯ О ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЯХ

Число родов в срок _____, преждевременных _____,
абортов _____. Родила живых _____, мертворожденных _____

ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Размеры таза _____
Окружность живота _____, высота матки _____
Положение плода _____, сердцебиение _____
Предлежащая часть _____, где находится _____
Выделение из влагалища _____

РОДЫ:

Схватки начались _____ числа _____ час, воды отошли _____
_____ числа _____ час, _____ мин. Младенец
родился _____ час., _____ мин., _____ числа _____ месяца.
Послед вышел через _____ час., _____ мин., детское
место отделилось все, под сомнением (подчеркнуть).
Оболочки отделились все, под сомнением (подчеркнуть).
Роды в срок, преждевременные (подчеркнуть), на какой неделе
беременности _____
Обезболивание (чем) _____ результат _____
Особенности течения родов и пособия _____
Состояние промежности: цела, нарушена (подчеркнуть) _____

ПЛОД:

Мальчик, девочка (подчеркнуть).

Живой, мертвый, мацерированный (подчеркнуть).

Масса (вес) _____, рост _____ Особенности плода _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Оборотная сторона ф. N 099/у

ДНЕВНИК

Числа месяца	День после родов	Темпе- ратура матери	Течение после- родового периода	Состояние новорож- денного	Назначения	
					матери	новорож- денному

Состояние при выписке: матери _____

Ребенка _____

Если переведена в больницу, то по какому поводу и куда _____

Зав. колхозным родильным домом _____

подпись

Зав. фельдшерско-акушерским пунктом _____

подпись

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 109/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КонсультантПлюс: примечание.

Учетная форма N 109/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 N 942, которым введена новая учетная форма N 109/у "Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи".

ЖУРНАЛ
записи вызовов скорой медицинской помощи

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 109/у

N п/п	Дата и время (час., мин.) вызова	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Подробный адрес	По какому поводу был вызов	Фамилия лица, вызывающего скорую помощь, его должность и N телефона
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 109/у

Диагноз	Оказанная помощь, куда направлен	Подпись врача, оказавшего помощь	Фамилии фельдшера, санитаря и шофера	Время (число, часы, мин.)	
				выезда	возвращения
8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

продолжение

Сколько времени потрачено на выезд	Через сколько минут выехали на вызов	Отметки
		Подпись старшего дежурного врача, опись документов и ценностей
14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

наименование учреждения _____

КонсультантПлюс: примечание.

Учетная форма N 110/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 N 942, которым введена новая учетная форма N 110/у "Карта вызова скорой медицинской помощи".

КАРТА

вызова скорой медицинской помощи N

"..." _____ 19 . . г.

Время: приема передачи выезда возвращения

Адрес больного _____

Фамилия _____ Возраст _____

Повод к вызову _____

Вызывает _____ тел. _____ Диспетчер _____

3. Сектор _____ Ф., И., О. больного _____

4. Н. С. _____Заболевание проживает _____Роды 11. Возраст _____ 14. Результат выездаПлан перев. 12. Пол _____ больной обслужен М Экстр. перев. Ж не найден на месте 5. Выз. первич. 13. Место вызова _____ отказ от помощи повторный улица адрес не найден квартира из-за плохого нумерации домов 6. Принят рабочее место бездорожья отказан лечеб. учреж. вызов ложный самоотказ общест. место смерть до прибытия

СМП

7. Вручен бриг. N школа пациент практически

здоров

8. На руки дошк. учреж. 15. Задержка выезда _____

из-за отсутствия _____

по телеф. водоем транспорта по радио _____ врачей 9. В-ой город _____ фельдшера сельский Ст. вр. см. _____ брига. соотв. проф.

приезжий

3

организ. неполадок

5

10. Подлеж. ак.
посещ. пол.
конс. N _____

16. Б-ной пьяный

1

нет

2

оборотная сторона ф. N 110/у

Жалобы, анамнез _____ арт. давление _____ m/Hg

Температура _____

P _____

Диагноз _____

--	--	--	--	--

18. Причина несчастного случая _____

--	--	--	--	--

19. Осложнения

21. Оказанная помощь

клиническая смерть

1

шок

2

кома

3

сердечная астма

4

отек легких

5

эмболия

6

асфиксия

7

аспирация

8

острое кровотечение

9

коллапс

10

анурия

11

нарушение
сердечного ритма

12

судороги

13

20. Эффект. мер. при
осложнении
осложнение устранено

1

22. Б-ой госпит.

1

в _____ б-цу

доставлен

2

в травм. пункт

оставлен

3

на месте

23. Километраж выезда

24. Врач _____

фельдшер _____

водитель _____

улучшение

2

санитар _____

без эффекта

3

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 114/у

наименование учреждения
Станция скорой помощи

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КонсультантПлюс: примечание.

Учетная форма N 114/у фактически утратила силу в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 N 942, которым введена новая учетная форма N 114/у "Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему".

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ N _____
станции скорой медицинской помощи

Фамилия _____ | Возраст _____
Имя _____ | лет _____
Отчество _____ | мес. _____
со слов, по документам

Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинского учреждения (подчеркнуть) и др. _____

вписать

Диагноз врача скорой помощи, поликлиники (подчеркнуть и вписать диагноз) _____

Доставлен в _____
"..." час. "..." мин. _____ 19 . . г.

По вызову, принятому в "..." час. "..." мин.
Врач _____

фамилия разборчиво

Фельдшер _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4с

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 114/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ТАЛОН
к сопроводительному листу N _____

Фамилия _____		Возраст _____
Имя _____		лет _____
Отчество _____		мес. _____

со слов, по документам

Адрес _____

Улица, квартира, рабочее место, медицинское учреждение,
общественное место (подчеркнуть) и др. _____
вписать

Когда и что случилось _____

"..." час. "..." мин. _____ 19 . . г.
Оказанная помощь _____

Переноска на носилках, на руках, пешком
Доставлен в "..." час. "..." мин. _____ 19 . . г.
по вызову, принятому в _____
Врач _____

фамилия разборчиво
Фельдшер _____

Диагноз при направлении скорой помощи, неотложной помощи,
поликлиники (подчеркнуть и вписать диагноз) _____

Прочие замечания

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 115/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

КонсультантПлюс: примечание.
Учетная форма N 115/у фактически утратила силу в связи с изданием
Приказа Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 N 942, которым введена новая
учетная форма N 115/у "Дневник работы станции скорой медицинской помощи".

ДНЕВНИК
работы станции скорой медицинской помощи
за _____ 19 ... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 115/у

Числа месяца	Число обращений		Отказано по необоснован-	Выполнено вызовов	
	всего	в том числе		всего	в том числе

		по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных	ности вызова			по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных
		несчастных случаев	внезапных заболеваний	родов и патологий беременности					несчастных случаев	внезапных заболеваний	родов и патологий беременности	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

продолжение

Количество безрезультатных вызовов	Число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах									
	всего	в том числе				Из них в сельских населенных пунктах				
		по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных	всего	в том числе по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных
		несчастных случаев	внезапных заболеваний	родов и патологий беременности			несчастных случаев	внезапных заболеваний	родов и патологий беременности	
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Оборот ф. N 115/у

Количество выездов, выполненных от момента вызова		Число лиц, которым оказана помощь бригадами						Число больных, доставленных в лечебные учреждения	Число лиц, которым оказана амбулаторная помощь на станции									
до 4-х минут	позже 15 минут	врачебными общепрофильными		фельдшерскими		специализированными												
		всего	в т.ч. по оказанию помощи детскому населению	всего	в т.ч. по перевозке больных	всего	в том числе											
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		

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

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 117/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации приема вызовов и их выполнения
отделением экстренной и планово-консультативной помощи
за 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 117/у

N п/п	Дата и время вызова	Откуда и кем сделан вызов	Фамилия, имя, отчество больного	Диагноз или причина вызова	Место нахождения больного
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 117/у

Консультант или сопровождающий		Вид транспорта	Время вылета (выезда)	Налет часов	Оказанная помощь	Подпись выполнившего вызов
фамилия, имя	должность, специальность					

7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 118/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЗАДАНИЕ N _____
на санитарный полет

"..." _____ 19 . . г. ____ час. ____ мин.

Командиру _____
авиаотряда, звена, экипажа

Произвести полет "..." _____ 19 . . г. ____ час. ____ мин.
по следующему заданию:

Маршрут полета	Пункт посадки	Фамилия, имя, отчество медицинского работника	Цель полета
1	2	3	4

Примечание _____

М. П. _____
Заведующий отделением экстренной
и планово-консультативной помощи

Оборотная сторона ф. N 118/у

СВЕДЕНИЯ

о выполнении (заявки) _____ санавиацией

N п/п	Пункты отправления и прибытия по фактическому маршруту полета	Время				Пройдено километров	Время стоянки в пунктах посадки	Налет часов
		прилета		вылета				
		час.	мин.	час.	мин.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Пилот _____

Подпись лица, пользовавшегося самолетом _____

Заявка не выполнена по причинам _____

Подпись командира авиаподразделения _____
(пилота отдельно базирующегося

самолета, вертолета)

"..." _____ 19 . . г.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 119/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЗАДАНИЕ N _____
врачу-консультанту

Отделение экстренной планово-консультативной помощи

Выезд плановый, экстренный. Вид транспорта _____
(подчеркнуть) _____

Фамилия, имя, отчество _____

Должность, специальность _____

Пункт назначения _____

содержание задания _____

Заведующий отделением экстренной
и планово-консультативной помощи _____

ОТЧЕТ КОНСУЛЬТАНТА

1. Проконсультировано больных:

№ п/п	Фамилия, и., о. больного	Амб., стац.	Диагноз установлен лечебным учрежден.	Диагноз консультанта	Оказанная помощь
1	2	3	4	5	6

Число лиц, осмотренных профилактически _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 119/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СПРАВКА
о выполнении задания

Консультант: Фамилия, имя, отчество _____

Должность, специальность _____

Пункт назначения _____ задание N _____

Выдан аванс _____

Р.О.Н. _____

Отметки о выбытии и прибытии в пункт назначения:

Выбыл из	Прибыл в	Выбыл из	Прибыл в
_____ 19 г.	_____ 19 г.	_____ 19 г.	_____ 19 г.

Бухгалтерии оплатить за _____ суток из расчета по _____ руб.
в сутки и расходы _____

Заведующий отделением экстренной
и планово-консультативной помощи _____
подпись

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4с

оборотная сторона ф. N 119/у

2. Прооперировано больных: (стационарных, поликлинических)
Фамилии, имена, отчества больных, диагноз, названия операций

3. Сделано флюорографий _____, рентгеноскопий _____
рентгенографий _____, других аппаратных, инструментальных
исследований (вписать, какие) _____

4. Произведено подробных разборов больных _____
Присутствовало врачей _____

5. Организационно-методическая работа (указать обследованные
учреждения, проведенные семинары, конференции) _____

М. П.

Консультант _____

подпись

Главный врач _____

подпись

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 120/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации плановых выездов (вылетов)
за 19 . . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 121/у

Куда переведен, кто принял ребенка из дома ребенка	Дата перевода или выписки ребенка	Адрес учреждения и лица, приняв- шего ребенка	По каким документам выписан ребенок и расписка лица, принявшего ребенка	Кто выписал ребенка из дома ребенка	Подпись выпи- савшего	Отметки в случае смер- ти (указать дату и где умер: в больнице, на патронате, в доме ребенка)
9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 122/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета приема детей в ясли

за _____ 19 ... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 122/у

N п/п	Фамилия и имя ребенка	Фамилия, имя и отчество матери	Девочка	Дата рождения ребенка	Дата поступления ребенка в ясли	Домашний адрес и телефон
			мальчик			
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 122/у

Место работы, должность		Дата выбытия ребенка	Причина выбытия	Примечание
матери	отца			
8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 123/у

наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ТАБЕЛЬ
учета ежедневной посещаемости детей в детских яслях
за _____ 19 ____ г.

Группа _____

N п/п	Фамилия, имя ребенка	Код	Дни посещения																
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		

и т.д. до конца страницы

продолжение

Дни посещения															Пропущено дней		Причины непосещения (основание)	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	всего		в том числе засчитывае- мых

и т.д. до конца страницы

оборотная сторона ф. N 123/у

N п/п	Фамилия, имя ребенка	Код	Дни посещения																
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		

и т.д. до конца страницы

продолжение

Дни посещения														Пропущено дней						Причины непосещения (основание)																								
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	всего	в том числе засчитываемых																											
																	1	2	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16														
Должно было присутствовать детей по списочному составу																																												
Фактически присутствовало детей																																												
Из них на удлинённом пребывании - до 12-14 часов																																												
Круглосуточно																																												
Отсутствовало детей - всего																																												
Из них:																																												
1. По болезни																																												
2. По карантину														в яслях																														
														на дому																														
3. По прочим причинам																																												

продолжение

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Всего детей

СВЕДЕНИЯ ЗА МЕСЯЦ

Поступило вновь	Выбыло
-----------------	--------

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 125/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
изолятора, изоляционной комнаты
за _____ 19... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

N п/п	Фамилия, имя ребенка	Из какой группы	Воз- раст	Когда принят	Длительность пребывания (в течение дня)	Диагноз	Когда и куда выбыл	Приме- чание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Форма N 126/у в редакции Приказа Минздрава СССР от 10.10.1980 N 1050.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 126/у
Утверждена Минздравом СССР
10.10.80 г. N 1050

наименование учреждения

СПРАВКА N _____
от "... " _____ 19 . . г.

Дана гр. _____ в том, что
(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 2 сентября 1980 г. N 2819-X он(она) подлежит освобождению от взимания налога на холостяков, одиноких и малосемейных граждан СССР.

Главный врач (зам.) _____
(фамилия и подпись)

М. П. Лечащий врач _____
(фамилия и подпись)

Штамп учреждения

УТВЕРЖДЕНА
Приказом Министерства
здравоохранения СССР
от 05.11.1980 г. N 1149

СПРАВКА

Дана _____
(специальность, фамилия, имя, отчество)

в том, что он (она) прошел (ла) обучение методам определения группы и резус-принадлежности крови и инструктаж о порядке внесения отметок в паспорта граждан СССР и другие документы, удостоверяющие личность.

Подпись лица, ответственного
за обучение и инструктаж _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 126/у
Утверждена Минздравом СССР
10.10.80 г. N 1050

наименование учреждения

КОРЕШОК СПРАВКИ N _____
подтверждающей наличие заболевания, дающего
право на отмену взимания налога на холостяков, одиноких
и малосемейных граждан СССР в соответствии с Указом
Президиума Верховного Совета СССР от 2.09.1980 г.
от "... " _____ 19 . . г.

Дана гр. _____ в том, что он (она)
(фамилия, имя, отчество)

страдает _____ медицинская карта
(диагноз заболевания)

амбулаторного больного N , и в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 2 сентября 1980 г. N 2819-X подлежит освобождению от взимания налога на холостяков, одиноких и

малосемейных граждан СССР.

Главный врач (заместитель) _____
(фамилия и подпись)

М. П. Лечащий врач _____
(фамилия и подпись)

Справку получил "... " _____ 19 . . г.

(подпись больного)

Форма N 127/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 127/у
Утверждена Минздравом СССР
05.11.80 г. N 1149

наименование учреждения

КОНТРОЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ
регистрации группы крови и резус-принадлежности

Начат "... " _____ 19 . . г.

Окончен "... " _____ 19 . . г.

ф. N 127/у

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Точный адрес местожительства	Дата внесения отметки в документ, название и N документа	Группа крови	Резус-при- надлежность	Из каких документов взяты данные о группе и резус- принадлежности	Подпись лица, сделавшего отметку в до- кументе, удо- стоверяющем личность

и т.д. до конца страницы

**1.5. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
УЧРЕЖДЕНИЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 170/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА <*>
(Экспертиза трупа)
N _____

"..." _____ 19..г. с "..." до "..." часов при _____ погоде и
_____ освещении, на основании _____

от "..." _____ 19..г. N _____ в помещении _____
судебно-медицинский (е) эксперт (ы) _____
_____ должность, место работы

_____ фамилия, и., о., специальность, стаж, категория,

_____ ученая степень и звание

_____ произвел (и) судебно-медицинскую экспертизу трупа _____

_____ фамилия, имя, отчество умершего
рождения 19 . . г. (.... лет).

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. ____ УПК _____
СССР, разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение от дачи
заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст.ст. _____
_____ УК _____ ССР предупрежден.

Эксперт (ы) _____
_____ подпись (и)

При экспертизе присутствовали _____

_____ Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие
разделы "Заключения эксперта" излагаются на следующих
листах.

<*> "Заключение эксперта" составляется при наличии постановления органов внутренних дел, прокуратуры; определения суда. В соответствии с УПК союзной республики документ может именоваться "Акт судебно-медицинской экспертизы".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Указания по составлению "Заключения эксперта"

По заполнении титульного листа, "Заключение эксперта" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению при экспертизе, последовательно излагаются: обстоятельства дела (сведения из постановления, протокола осмотра трупа, медицинских документов и др.); данные наружного, внутреннего исследований; отмечаются другие произведенные вмешательства на трупе (если имели место), в том числе изъятие органов и тканей; указывается, на какие дополнительные исследования и какой материал был направлен (при необходимости); приводятся результаты исследований; формулируются диагноз и выводы.

"Заключение эксперта" должно включать все перечисленные разделы. Все обнаруженное при экспертизе трупа (болезненные или травматические изменения, нормальное состояние органов и тканей и т.д.) детально описывается. Подмена подробного описания диагнозами ("абсцесс", "жировое перерождение", "входное огнестрельное отверстие" и др.), употребление выражений "норма", "без особенностей" и т.п., а также сокращение слов не допускается. Название месяца приводится полностью, без цифрового обозначения.

"Заключение эксперта" оформляется не менее, чем в двух экземплярах.

Протокольная часть "Заключения эксперта" составляется на месте, в процессе производства экспертизы. "Заключение эксперта" должно направляться органам прокуратуры, МВД, КГБ, суду, назначившим судебно-медицинскую экспертизу, не позднее, чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

С красной строки начинаются только новые разделы протокольной части "Заключения эксперта", диагноз и выводы. Внутри каждого раздела материал излагается без выделения абзацев.

Протокольная часть "Заключения эксперта", после перечисления объектов, направленных на дополнительные исследования, подписывается судебно-медицинским (и) экспертом (ами) и присутствующими лицами, а диагноз и выводы подписываются судебно-медицинским(и) экспертом(ами) и присутствующими лицами, а диагноз и выводы подписываются судебно-медицинским(и) экспертом(ами). "Заключение эксперта" заканчивается датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

На втором экземпляре "Заключения эксперта", остающемся в бюро судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинский эксперт делает отметку о выдаче Врачебного свидетельства о смерти, с указанием причины смерти, выставленной в свидетельстве.

Если первоначально было выдано предварительное свидетельство о смерти, то, по уточнении причины и рода смерти, новое свидетельство с отметкой "взамен предварительного" пересылается непосредственно в областное (краевое, городское, республиканское) статистическое управление, о чем также делается соответствующая запись в "Заключении эксперта". Сделанные записи удостоверяются подписью судебно-медицинского эксперта.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 171/у

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

АКТ

судебно-медицинского исследования трупа <*>

N _____

"..." _____ 19..г. с "..." до "..." часов при _____ погоде и
_____ освещении, на основании _____

от "..." _____ 19..г. N _____ в помещении _____
судебно-медицинский (е) эксперт (ы) _____

должность, место работы,

_____ фамилия, и., о., специальность, стаж, категория,

ученая степень и звание

произвел (и) судебно-медицинское исследование трупа _____

фамилия, имя, отчество умершего
рождения 19 . . г. (.... лет).

При исследовании присутствовали _____

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании, и другие
разделы "Акта судебно-медицинского исследования трупа" излагаются
на следующих листах.

<*> "Акт судебно-медицинского исследования трупа" составляется при отсутствии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 171/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Акта судебно-медицинского
исследования трупа"

По заполнении титульного листа, "Акт судебно-медицинского исследования трупа" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению при исследовании, излагаются: обстоятельства дела (сведения из полученных документов, в том числе медицинских); данные наружного, внутреннего исследований; отмечаются другие произведенные вмешательства на трупе (если имели место), в том числе изъятие органов и тканей; указывается, на какие дополнительные исследования и какой материал был направлен (при необходимости); приводятся результаты исследований; формулируются диагноз и заключение.

"Акт судебно-медицинского исследования трупа" должен включать все перечисленные разделы. Все обнаруженное при исследовании трупа (болезненные или травматические изменения, нормальное состояние органов и тканей и т.д.) детально описывается. Подмена подробного описания диагнозами ("абсцесс", "жировое перерождение", "входное огнестрельное отверстие" и др.), употребление выражений "норма", "без особенностей" и т.п., а также сокращение слов не допускается. Название месяца приводится полностью, без цифрового обозначения.

"Акт судебно-медицинского исследования трупа" оформляется не менее чем в двух экземплярах.

Протокольная часть "Акта судебно-медицинского исследования трупа" составляется на месте, в процессе производства исследования. "Акт судебно-медицинского исследования трупа" должен быть закончен и направлен по назначению не позднее, чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

С красной строки начинаются только новые разделы протокольной части "Акта судебно-медицинского исследования трупа", диагноз и заключение. Внутри каждого раздела материал излагается без выделения абзацев.

Протокольная часть "Акта судебно-медицинского исследования трупа", после перечисления объектов, направленных на дополнительные исследования, подписывается судебно-

медицинским (и) экспертом (ами) и присутствующими лицами, а диагноз и заключение подписываются судебно-медицинским (и) экспертом (ами). "Акт судебно-медицинского исследования трупа" заканчивается датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

На втором экземпляре "Акта судебно-медицинского исследования трупа", остающемся в бюро судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинский эксперт делает отметку о выдаче Врачебного свидетельства о смерти, с указанием причины смерти, выставленной в свидетельстве.

Если первоначально было выдано предварительное свидетельство о смерти, то, по уточнении причины и рода смерти, новое свидетельство с отметкой "взамен предварительного" пересылается непосредственно в областное (краевое, городское, республиканское) статистическое управление, о чем также делается соответствующая запись в "Акте судебно-медицинского исследования трупа". Сделанные записи удостоверяются подписью судебно-медицинского эксперта.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 172/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА <*>
(Экспертиза свидетельствуемого)
N _____

"..." _____ 19 . . г., при _____ освещении,
на основании _____

_____ от "..." _____ 19 . . г. _____ в
помещении _____

судебно-медицинский (е) эксперт (ы) _____
должность, место работы,

фамилия, и., о., специальность, стаж, категория,

ученая степень и звание

произвел (и) судебно-медицинское освидетельствование гр. _____

фамилия, имя, отчество
рождения 19 . . г. (.... лет), по профессии _____
проживающего (ей) _____

предъявившего (ей) _____
паспорт (N, серия, кем и когда выдан) или

другой документ с фотокарточкой, удостоверяющей личность

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. _____ УПК _____
СССР, разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение
от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по
ст.ст. _____ УК _____ СССР предупрежден.

Эксперт (ы) _____

При экспертизе присутствовали _____

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы "Заключения эксперта" излагаются на следующих листах.

<*> "Заключение эксперта" составляется при наличии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда. В соответствии с УПК союзной республики документ может именоваться "Акт судебно-медицинской экспертизы".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 172/у

УКАЗАНИЯ по составлению "Заключения эксперта"

По заполнении титульного листа "Заключение эксперта" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению, последовательно излагаются: обстоятельства дела (сведения из постановления органов прокуратуры, МВД, КГБ или определения суда, из подлинных медицинских документов); данные освидетельствования; указывается, на какие дополнительные обследования направлен свидетелеваемый (ая); на какие дополнительные исследования и какой материал был направлен; приводятся полученные результаты; формулируются выводы.

"Заключение эксперта" должно включать в себя все перечисленные разделы. Имеющиеся повреждения тщательно описывают. При этом замена описания диагнозами и употребление специальных медицинских терминов не допускаются.

"Заключение эксперта" оформляется не менее, чем в двух экземплярах.

Протокольная часть "Заключения эксперта" составляется в процессе обследования; выводы составляются по окончании экспертизы.

С красной строки начинаются только новые разделы протокольной части "Заключения эксперта" и выводы. Внутри каждого раздела материал излагается без выделения абзацев.

Протокольная часть подписывается экспертом (ами) и присутствующими лицами; выводы подписываются судебно-медицинским экспертом (ами).

"Заключение эксперта" заканчивается датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 173/у

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

АКТ

судебно-медицинского освидетельствования <*>

N _____

"..." _____ 19 . . г., при _____ освещении,
на основании _____

_____ от "..." _____ 19 . . г. N _____ в

помещении _____

судебно-медицинский (е) эксперт (ы) _____

должность, место работы,

фамилия, и., о., специальность, стаж, категория,

ученая степень и звание

произвел (и) судебно-медицинское освидетельствование гр. _____

фамилия, имя, отчество

рождения 19 . . г. (.... лет), по профессии _____

проживающего (ей) _____

предъявившего (ей) _____

паспорт (N, серия, кем и когда выдан) или

другой документ с фотокарточкой, удостоверяющей личность

При освидетельствовании присутствовали _____

Вопросы, подлежащие разрешению при освидетельствовании, и другие разделы "Акта судебно-медицинского освидетельствования" излагаются на следующих листах.

<*> "Акт судебно-медицинского освидетельствования" составляется при отсутствии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 173/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Акта судебно-медицинского
освидетельствования"

По заполнении титульного листа "Акт" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению, последовательно излагаются: обстоятельства дела (сведения из полученных документов, в том числе медицинских); данные освидетельствования; указывается, на какое дополнительное обследование направлен свидетелеваемый (ая); на какие исследования и какой материал был направлен; приводятся полученные результаты, формулируются выводы.

"Акт" должен включать в себя все перечисленные разделы.

Обнаруженные повреждения тщательно описывают. При этом замена описания диагнозами и употребление специальных медицинских терминов не допускаются.

"Акт" оформляется не менее, чем в двух экземплярах.

Протокольная часть "Акта" составляется в процессе обследования; заключение составляется по окончании освидетельствования.

С красной строки начинаются только новые разделы протокольной части "Акта" и заключение. Внутри каждого раздела материал излагается без выделения абзацев.

Протокольная часть подписывается судебно-медицинским экспертом (ами) и присутствующими лицами, "Заключение" подписывается судебно-медицинским экспертом (ами).

"Акт" заканчивается датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 174/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА <*>
(Экспертиза вещественных доказательств)
N _____

На основании _____

от "... " _____ 19 . . г. N _____ в _____
отделении лаборатории Бюро судебно-медицинской экспертизы _____
_____ обл (край) здравоотдела, Министерства
здравоохранения _____

_____ судебно-медицинским (и) экспертом (ами),
экспертом (ами)-химиком (ами) отделения _____
_____ должность, фамилия, и.,

_____ о., специальность, стаж,

_____ категория, ученая степень и звание

_____ произведена экспертиза _____
_____ перечень вещественных доказательств

_____ по делу _____

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. _____ УПК _____
_____ ССР, разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение
от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по
ст.ст. _____ УК _____ ССР предупрежден.

Эксперт (ы) _____
_____ подпись (и)

Экспертиза начата _____
Экспертиза окончена _____

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие
разделы "Заключения эксперта" излагаются на следующих
листах.

<*> "Заключение эксперта" составляется при наличии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда. В соответствии с УПК союзной республики, документ может именоваться "Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы вещественных доказательств".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 174/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Заключения эксперта"

По заполнении титульного листа "Заключение эксперта" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению при экспертизе, указывается, какие образцы присланы для сравнения (если они поступили); излагаются обстоятельства дела (сведения из постановления следственных органов или определения суда и прочих документов); приводится описание вещественных доказательств, включая упаковку их; на основании записей в рабочих журналах описывается исследование, с указанием примененных методов, используемой аппаратуры и реагентов, результатов исследования; формулируются выводы.

"Заключение эксперта" оформляется не менее, чем в двух экземплярах. Оно должно быть закончено и направлено органам прокуратуры, МВД, КГБ, суду, назначившим экспертизу, не позднее, чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

"Заключение эксперта" заканчивается подписью экспертов, датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 175/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

АКТ
судебно-медицинского (судебно-химического)
исследования <*>
N _____

На основании _____

от "... " _____ 19 . . г. N _____ в _____
отделении судебно-медицинской лаборатории Бюро судебно-медицинской
экспертизы _____ обл (край) здравоотдела, Министерства
здравоохранения _____ СССР (АССР)
_____ судебно-медицинским (и) экспертом (ами),
экспертом (ами)-химиком (ами) отделения _____
должность, фамилия, и.,

о., специальность, стаж,

категория, ученая степень и звание

произведено исследование _____
_____ перечень объектов, их количество

по поводу _____

Исследование начато _____

Исследование закончено _____

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании, и другие разделы "Акта судебно-медицинского (судебно-химического) исследования" излагаются на следующих листах.

<*> "Акт судебно-медицинского (судебно-химического) исследования" составляется при отсутствии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда.

оборотная сторона ф. N 175/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Акта судебно-медицинского
(судебно-химического) исследования"

По заполнении титульного листа "Акт" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению, излагаются обстоятельства дела, сведения из полученных документов, в том числе медицинских; приводится описание полученных объектов, включая упаковку их; на основании записей в рабочих журналах описывается исследование с указанием примененных методов, используемой аппаратуры и реагентов, результатов исследования, формулируется заключение.

"Акт" оформляется не менее, чем в двух экземплярах. Он должен быть закончен и направлен по назначению не позднее, чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

"Акт" заканчивается подписью эксперта (ов), датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 176/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

АКТ
судебно-гистологического исследования
N _____

На основании _____

от "... " _____ 19 . . г. N ____ в судебно-гистологическом
отделении _____ морга Бюро судебно-медицинской экспертизы
_____ обл (край) здравотдела, Министерства здравоохранения
_____ ССР (АССР) судебно-медицинским экспертом отделения

должность, фамилия, и., о., специальность, стаж,

категория, ученая степень и звание

произведено исследование _____

перечень направленных объектов, их количество

от трупa _____

_____ фамилия, имя, отчество умершего, возраст

с целью _____

Судебно-медицинский диагноз _____

Дата вскрытия трупа _____ "Заключение эксперта" ("Акт")
N _____

Дата поступления объектов в отделение _____

дата начала исследования _____

дата окончания исследования _____

Другие разделы "Акта" излагаются на следующих..... листах.

оборотная сторона ф. N 176/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Акта судебно-гистологического
исследования"

По заполнении титульного листа "Акт" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

Вначале кратко излагают обстоятельства дела. В описательной части указывают, в какой упаковке, в каком виде (опечатанном или нет), в какой фиксирующей жидкости и в каком количестве находились объекты, в каком состоянии поступили.

При изложении хода исследования указываются: методика изготовления препаратов, примененные окраски, общее количество срезов. Данные микроскопического исследования приводятся отдельно по каждому органу (объекту), с указанием количества исследованных препаратов.

Приводят судебно-гистологический диагноз (заключение).

Акт заканчивается подписью эксперта, датой окончания оформления документа, скрепляется печатью и направляется по назначению не позднее, чем через три дня после окончания исследования.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 177/у

наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
судебно-химического исследования <*>

На основании _____

в судебно-химическом отделении судебно-медицинской лаборатории

Бюро судебно-медицинской экспертизы экспертом-химиком _____

_____ фамилия, и., о., специальность, стаж,

_____ категория, ученая степень и звание

произведено исследование _____
наименование объектов _____

от трупа _____
фамилия, имя, отчество умершего, возраст

с целью определения этилового спирта.

Дата наступления смерти _____

>> вскрытия трупа и номер заключения (акта) _____

>> поступления объектов в отделение _____

>> начала исследования _____

>> окончания исследования _____

Обстоятельства дела _____

Описание объектов _____

<*> Составляется в двух экземплярах при производстве исследований на наличие спиртов С1-С8 (этиловый спирт и его аналоги) газохроматографическим методом.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 177/у

Методика химического исследования. Условия хроматографического разделения: хроматограф _____, колонка _____, насадка _____ + _____ % едкого натра + _____ % _____ Температура колонки _____ С, инжектора - _____ Расход газа-носителя _____ л/час; детектор-катаметр; ток детектора - _____ ма.

Во флакон из-под пенициллина наливали 0,5 мл 50% раствора трихлоруксусной кислоты, добавляли каплю раствора 1:400 метилового спирта и 0,5 мл _____ После фиксации пробки к горловине флакона содержимое его тщательно взбалтывали, затем во флакон шприцом вводили 0,3 мл 30% раствора нитрита натрия и смесь тщательно взбалтывали. Шприцом отбирали из флакона 3 мл парообразной пробы и вводили ее в хроматограф - на хроматограмме идентифицировали пики: метилнитрита _____

_____ 2 мл 4% раствора _____ спирта (внутренний стандарт) смешивали с 2 мл _____, 1 мл смеси вводили во флакон из-под пенициллина, содержащий 0,5 мл раствора трихлоруксусной кислоты. После фиксации пробки к горловине флакона содержимое его тщательно перемешивали, шприцом вводили 0,3 мл раствора нитрита натрия. Смесь

тщательно взбалтывали. Через минуту из флакона отбирали 3 мл пареообразной пробы, которую вводили в хроматограф. При этом на хроматограмме отмечена высота пика этилнитрита, равная _____ мм, высота пика _____ мм. По вышеописанной методике производилось исследование _____. При этом высота пика этилнитрита была равной _____ мм, высота пика _____ мм. Одновременно по вышеописанной методике строились калибровочные графики. При построении калибровочных графиков использовались 1, 2, 4 и 60% растворы этанола, приготовленные на дистиллированной воде. Перерасчетный коэффициент по количественному определению этанола по водноспиртовой смеси составляет: для крови - 0,95, для мочи - 1,05.

При этом высота пиков этилнитрита соответственно составила _____ мм; высота пиков _____ мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При судебно-химическом исследовании _____
от трупа _____
_____ фамилия, имя, отчество умершего

обнаружен этиловый спирт в концентрации _____

не обнаружены: _____

Приложение: 1. Две хроматограммы на 2 листах.
2. Калибровочный график на 1 листе.

Эксперт-химик _____
_____ подпись

"..." _____ 19 . . г.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 178/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

_____ наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ

в судебно-медицинскую лабораторию

Направляется для _____ исследования материал
от _____
_____ фамилия, имя, отчество умершего (свидетельствуемого),

_____ год рождения, пол

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Заключение эксперта (акт) N _____ Дата и часы взятия материала _____
Фиксирующая жидкость _____

(если производилось консервирование)

Опечатано печатью с оттиском _____

Краткие обстоятельства дела _____

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании _____

"..." _____ 19 . . г.
_____ фамилия, имя, отчество эксперта
_____ подпись

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Министерство здравоохранения СССР _____
наименование учреждения _____
Медицинская документация
Форма N 179/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ
на судебно-химическое исследование

Направляется материал из трупа _____
_____ фамилия, имя, отчество умершего,
_____ в _____ банках, _____ флаконах.
_____ год рождения, пол

	Наименование органа	Вес
I. Банка N 1 содержит	_____	_____
Банка N 2 >>	_____	_____
Банка N 3 >>	_____	_____
Банка N 4 >>	_____	_____
Банка N 5 >>	_____	_____
Флакон N 1 >>	_____	_____
Флакон N 2 >>	_____	_____

II. Образец этилового спирта, примененного для консервирования _____
_____ мл.

оборотная сторона ф. N 179/у

Опечатано печатью с оттиском _____

Дата смерти _____ 19.. г. Дата вскрытия трупа _____ 19..г.
"Заключение эксперта" ("Акт") N _____
Краткие обстоятельства дела и предполагаемая причина смерти _____

Вопросы, подлежащие разрешению при судебно-химическом исследовании

"..." _____ 19... г. _____
фамилия, имя, отчество эксперта (подпись)

Примечания. Следует указывать вещество (группу веществ), отравление которыми подозревается.

При направлении материала из эксгумированного трупа посылать: образцы почвы, части гроба, одежды, украшений, с указанием места, глубины погребения и характер почвы.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 180/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ
на судебно-гистологическое исследование

Направляется материал от трупа _____
фамилия, имя, отчество умершего,
_____ Дата смерти _____
год рождения, пол _____ год, месяц, число, час, минуты

Дата и часы вскрытия трупа _____
Заключение (акт) N _____
Краткие обстоятельства дела _____

Клинический диагноз (если умер в стационаре) _____

Судебно-медицинский диагноз _____

Цель исследования: подтверждение диагноза [1], установление
диагноза [2], определение характера и прижизненности повреждений

[3], др. _____ [4]

Фиксирующая жидкость _____
Краткое описание макроскопических изменений органов и тканей, _____

кусочки которых направлены на исследование _____

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А4

оборотная сторона ф. N 180/у

Локализация повреждений на коже (раны, кровоподтеки, ссадины, электрометки и т.п.) и их
 расположение по отношению к трупным
 пятнам _____

Примечание. Взятие для гистологического исследования тех или иных органов зависит от
 цели исследования.

Перечень кусочков, направленных на исследование

Органы (какие отделы)	Количество кусочков	Особые отметки (форма кусочков, локализация и т.п.)
Мозг с оболочками		
_____ кора		
_____ подкорковая обл.		
_____ ствол		
_____ спинной мозг		
Сердце		
Аорта		
Легкое		
Дыхательные пути		
_____ гортань		
_____ трахея		
_____ бронхи		
Печень		
Почка		
Селезенка		
Кишечник		
_____ гипофиз		

Эндокринные железы	надпочечники		
	правый		
	левый		
	щитовидная железа		
	зобная железа		
	половые железы		
	поджелудочная железа		
Кожа			
Другие органы и ткани, в том числе микрочастицы			
Отпечатки органов			
Мазки			

Материал опечатан печатью с оттиском _____

"..." _____ 19... г. _____
 фамилия, и., о. эксперта (подпись)

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

 наименование учреждения

Медицинская документация
 Форма N 181/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
 регистрации трупов в судебно-медицинском морге

Начат "..." _____ 19... г. Окончен "..." _____ 19... г.

Указания по заполнению журнала

Журнал заполняет медицинский регистратор (медицинская сестра, фельдшер или лаборант).
 В графе 15 при личном получении "Заключения эксперта" (Акта) должна быть подпись получателя с указанием его фамилии, должности, N служебного удостоверения; пересылку акта по почте оформляют заказным отправлением, указывают N и дату почтовой квитанции.
 Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.
 По использовании передается в архив.

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А3

NN п/п	Фамилия, имя, отчество умершего	Пол	Дата рож- дения	Место постоянного жительства и N паспорта умершего	Труп доставлен в морг	
					дата	время
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Откуда труп посту- пил в морг (из до- ма, с улицы и пр.)	Кем и когда вынесено постановление о про- изводстве экспертизы	Кем и когда произведена экспертиза трупа
8	9	10

и т.д. до конца страницы

Причина смерти (краткий диагноз, в соответствии с врачебным свидетел- ством о смерти)	Какие объекты (внутренние орга- ны и кусочки, ма- зки, кровь и т.п.) и куда нап- равлены на допол- нительное иссле- дование	Дата	
		получения результатов анализов из лаборатории	получения "Заключе- ния эксперта" ("Акта")
11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

продолжение

Когда и кому направлено или передано "Заключение эксперта" ("Акт"). Расписка в получении	Дата выдачи или погребения трупа и N свидетельства о смерти	Кому выдан труп (фамилия, имя, отчество, серия и N паспорта, место постоянного жительства) и место захоронения
15	16	17

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 182/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации свидетельствуемых в судебно-медицинской
амбулатории (кабинете)

Начат "... " _____ 19.. г. Окончен "... " _____ 19.. г.

Указания по заполнению журнала

Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением).

В графе 10 указывается характер экспертизы, например, "квалификация тяжести телесных повреждений"; "определение возраста"; "экспертиза половых состояний" и т.д.

В графе 11 указывается установленная степень тяжести телесных повреждений; установленный возраст; наличие (или отсутствие) нарушения девственной плевы, признаков мужеложства и пр.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 182/у

NN п/п	Фамилия, имя, отчество свиде- тельствуемого	Пол	Дата рож- дения	Профессия	Адрес	Кем направлен на экспертизу
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 182/у

Дата проведения экспертизы	Время проис- шествия	Вид экспер- тизы	Результаты экспертизы	Номер "Заключения экспера" ("Акта")	Фамилия судебно- медицин- ского эксперта	Фамилия, должность, N служебного удостоверения лица, получившего "Заключение экспер- та" ("Акт"), его подпись, дата (или N и дата почтовой квитанции)
8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения

Медицинская документация

СССР

наименование учреждения

Форма N 183/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз
по материалам следственных и судебных дел

Начат "... " _____ 19.. г. Окончен "... " _____ 19.. г.

Указания по заполнению журнала

Заполняется специально выделенным лицом.

В графах 15 и 16 перечисляются сдаваемые документы и иные материалы (с указанием количества листов), затем следует расписка получившего лица. Если получателем является не сотрудник бюро судебно-медицинской экспертизы, осуществляющий отправку, а представитель органов внутренних дел, прокуратуры или суда, то указывается его фамилия, должность, N служебного удостоверения.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 183/у

NN п/п	Дата посту- пления	Номер и дата основного сопрово- дительного документа	Наименование учреждения, направившего дело	Наименование дела с указанием фамилий, инициалов и возраста потерпевших и обвиняемых	Краткое содержа- ние дела
1	2	3	4	5	6

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

и т.д. до конца страницы

продолжение

Количество томов и листов дела	Докладчик по делу		
	Фамилия судебно-медицинского эксперта	дата вручения дела	дата возвращения всех материалов
7	8	9	10

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 183/у

Дата производства экспертизы	Состав комиссии	Краткое изложение результатов экспертизы	Номер "Заключения эксперта" ("Акта")	Дата, фамилия, имя, отчество и подпись лица	
				получившего "Заключение эксперта" ("Акт"), сопроводительный документ к нему и материалы дела (или номер и дата почтовой квитанции)	которому сданы документы, поступившие с материалами дела и дубликаты "Заключения эксперта" ("Акта")
11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 184/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации вещественных доказательств
и документов к ним в лаборатории

Начат "... " _____ 19.. г. Окончен "... " _____ 19.. г.

Указания по заполнению журнала

Ведется специально выделенным лицом в каждом отделении судебно-медицинской лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы.

В графе 1 указывается порядковый номер экспертизы (по отделению). В графе 2 эксперт расписывается, если в отделении работают 2 эксперта и более. В графах 15 и 16 перечисляются сдаваемые документы (с указанием числа листов) и вещественные доказательства. В графе 15 расписывается получатель, с указанием его фамилии, должности, N служебного удостоверения или сотрудник бюро судебно-медицинской экспертизы, осуществляющий отправку; в графе 16 датированная расписка дается сотрудником бюро, ответственным за хранение архива.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 184/у

NN п/п	Дата поступления вещественных доказательств и документов	Номер и дата основного сопроводительного документа	Количество листов поступивших документов	Наименование учреждения, направившего вещественные доказательства
1	2	3	4	5

и т.д. до конца страницы

продолжение

Фамилия, имя, отчество потерпевших и обвиняемых	Перечень (характер) вещественных доказательств и образцов, представленных для сравнения	Краткие обстоятель- ства дела
6	7	8

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 184/у

Цель экспертизы	Фамилия и подпись эксперта, которому поручено проведение экспертизы	Дата производства экспертизы		Краткое изложе- ние результатов экспертизы
		начала	окончания	
9	10	11	12	13

--	--	--	--	--

и т.д. до конца страницы

продолжение

Номер "Заключения эксперта ("Акта")	Дата, фамилия, и., о., подпись лица получившего "Заключение эксперта" ("Акт") и вещественные доказательства (или номер и дата почтовой квитанции)	
	которому сданы остающиеся вещественные доказательства и документы	
14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 185/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации исследований мазков
и тампонов в лаборатории

Начат "... " _____ 19.. г. Окончен "... " _____ 19.. г.

Указания по заполнению журнала

Ведется в судебно-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 185/у

NN п/п	Фамилия эксперта, направившего мазок, тампон и пр.	N и дата напра- вления	Дата посту- пления	В каком виде поступил ма- зок, тампон и пр.	Даты исследова- ния	
					начала	оконча- ния
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Принадлежность мазков, тампонов и пр.	Возраст	Результаты исследования	Фамилия эксперта, производившего исследование	Примечание
фамилия, имя, отчество				
8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 186/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Отделение _____

ЖУРНАЛ
регистрации исследований трупной
крови в лаборатории

Начат "... " _____ 19.. г. Окончен "... " _____ 19.. г.

Указания по заполнению журнала

Журнал предназначен для регистрации исследований жидкой трупной крови, поступившей из моргов по направлению судебно-медицинских экспертов.

В графах 11-21 указывают серии сывороток, сведения о лектинах и данные о проверке титра и специфичности реагентов.

В графе 24 указывают данные об остатке образца (высушен на марле и т.п.)

Журнал должен иметь пронумерованные листы, быть опечатан и подписан начальником бюро.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 186/у

NN п/п	Фамилия, имя, отчество, возраст лица, из трупа которого взята кровь	Фамилия эксперта, направившего кровь	N "Заключения эксперта ("Акта")	Даты		
				сме-рти	посту-пления крови в от-деле-ние	иссле-дования крови
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Упаковка, количество крови, состояние, в котором она поступила	Исследование изосерологических						
	ABO						
	тест-эритроциты		изосыворотки		иммунные сыворотки		
	A	B	бета	альфа	анти-A	анти-B	анти-H
8	9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 186/у

систем тест-эритроцитами, сыворотками, лектинами и пр.										
	Льюис				Другие системы					
лектин	а	В	а	В						
	анти-Le	анти-Le	анти-Le	анти-Le						
анти-H	с полными антителами		с неполными антителами							
16	17	18	19	20	21					

и т.д. до конца страницы

продолжение

Результат определения групп по исследованным системам	Подпись эксперта, проводившего исследование	Примечание
22	23	24

и т.д. до конца страницы

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 187/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
судебно-медицинской экспертизы трупа

	Поряд- ковый номер	Код содержания
1. _____ должность, фамилия, и., о. эксперта		
	2	
2. _____ 3. _____ дата вскрытия час вскрытия		
	5	
4. _____ 5. _____ заключение (акт) N дата составления выводов		
6. Участие судебно-медицинского эксперта в осмотре трупа на месте происшествия: да <input type="checkbox"/> 1 нет <input type="checkbox"/> 2 (подчеркнуть)		6
7. Труп направлен _____ указать, кем		7
8. Основание для производства экспертизы: постановление <input type="checkbox"/> 1, направление следственных органов <input type="checkbox"/> 2, направление лечебного учреждения <input type="checkbox"/> 3, прочие <input type="checkbox"/> 4		8
9. _____ фамилия, имя, отчество умершего		
10. Пол: М <input type="checkbox"/> 1, Ж <input type="checkbox"/> 2, не установлен <input type="checkbox"/> 3 (подчеркнуть)		10
11. Возраст _____ (лет; для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)		11
		12
12. Профессия _____		13
13. _____ дата смерти/час смерти		
14. Место смерти: квартира <input type="checkbox"/> 1, место работы <input type="checkbox"/> 2, лечебное учреждение <input type="checkbox"/> 3, улица <input type="checkbox"/> 4, общественное место <input type="checkbox"/> 5, прочее <input type="checkbox"/> 6 (подчеркнуть)		14

15. Краткое изложение обстоятельств дела и документальных данных _____

16. Дополнительные исследования _____ 16
 какие _____
17. Алкоголь: установлен 1 , _____ 17
 не установлен 2 (подчеркнуть) _____
 в крови _____ 0/00, в моче _____ 0/00
18. Причина смерти _____

19. Категория смерти: насильственная 1 , _____ 19
 не насильственная 2 (подчеркнуть) _____
20. При насильственной смерти: убийство 1 , _____
 самоубийство 2 , несчастный случай вне
 связи с производством 3 , несчастный
 случай на производстве 4 , род смерти
 не установлен 5 (подчеркнуть) _____ 20
 _____ 21
21. Вид смерти _____
22. При смерти в больнице _____
 наименование больницы,

 отделения, N медицинской карты стац. больного, _____ 22
 срок пребывания (дней/часов) _____
23. При скоропостижной смерти: обращение в
 поликлинику незадолго до смерти
 (да 1 , нет 2), выдача листка
 нетрудоспособности (да 3 , нет 4), _____ 23
 N амбулаторной карты _____

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А4

оборот. сторона ф. N 187/у

24. Судебно-медицинский диагноз _____

 _____ 24
 _____ 25
25. Клинический (поликлинический) диагноз:
 а) основное заболевание _____ б
 б) осложнение _____ в
 в) сопутствующее заболевание _____
26. Сличение судебно - медицинского и
 клинического (поликлинического) диагнозов:
 совпали , частично совпали , не
 совпали (подчеркнуть)
- Не диагностировано: а) основное заболева- 26
 ние _____ а
 какое
- б) сопутствующее заболевание _____ б
 какое
27. Причины расхождения диагнозов _____
 _____ 27

28. Дефекты оказания медицинской помощи _____
 _____ 28

29. Дефекты медицинской документации _____
 _____ 29

30. Разбор случая на клинико (поликлинико) -
 анатомической конференции:
 да , нет (подчеркнуть) 30

_____ дата составления

_____ подпись эксперта

 Заполняет судебно-медицинский эксперт. Используется для
 научно-практической разработки материалов бюро.

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

 наименование учреждения

Медицинская документация
 Форма N 188/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

ЗАКЛЮЧЕНИЕ <*>
 (экспертиза по материалам дела)

"..." _____

N _____

19 . . г. на основании _____
(наименование постановления, определения)

от ". ." _____ 19.. г. N _____, в помещении _____

судебно-медицинская экспертная комиссия, в составе: председателя _

_____ фамилия, и., о;

_____ занимаемая должность, специальность, стаж, категория,

_____ ученая степень и звание

членов _____

_____ фамилия, и., о.; занимаемая должность, специальность, стаж,

_____ категория, ученая степень и звание

и докладчика по делу _____

_____ фамилия, и., о.; занимаемая должность,

_____ специальность, стаж, категория, ученая степень и звание

произвела экспертизу по материалам дела N _____

_____ наименование дела

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. __ УПК __ ССР, разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст.ст. _____ УК _____ ССР предупрежден.

Эксперты _____

_____ подписи

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы "Заключения" излагаются на следующих листах.

<*> "Заключение" составляется при наличии постановления органов внутренних дел, прокуратуры; определения суда. В соответствии с УПК союзной республики, документ может именоваться "Акт судебно-медицинской экспертизы".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборот. сторона ф. N 188/у

Указания по составлению "Заключения"

По заполнении титульного листа "Заключение" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

Вводная часть заканчивается перечислением вопросов, подлежащих разрешению. Затем последовательно излагаются "Обстоятельства дела", в которых приводят повод к возбуждению дела и все сведения, необходимые для суждения и обоснования заключения. К ним относятся: данные из протокола осмотра трупа на месте его обнаружения; акта судебно-медицинской экспертизы трупа или протокола патолого-анатомического вскрытия, с указанием номера, даты, должности и фамилии врача, производившего исследование; допросов обвиняемых, потерпевших, свидетелей; объяснительных записок проходящих по делу лиц; заявления заинтересованных лиц; выписки из медицинских документов (медицинской карты стационарного

(амбулаторного) больного, с указанием номера, наименования лечебного учреждения - операционного журнала и т.п.); протоколов клинико-анатомических и клинических конференций; характеристик на привлекаемый к ответственности медицинский персонал и т.д.

Каждую выписку из материалов дела сопровождают ссылкой на листы дела. Допускается пересказ отдельных фрагментов докладчиком, но без личных суждений и оценок.

Если комиссия производит также освидетельствование потерпевшего, то результаты обследования, анализов и пр. вписываются отдельным разделом в "Обстоятельства дела".

Ответы на поставленные вопросы начинаются формулировкой: "Изучив материалы дела (перечислить, что еще было проведено и изучено комиссией), в соответствии с поставленными вопросами, судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующим выводам: ... "(следует текст ответов).

"Заключение" оформляется не менее чем в двух экземплярах, подписываемых всеми членами комиссии и скрепляемых печатью. "Заключение" направляется учреждению, назначившему экспертизу, не позднее, чем через 3 дня после окончания.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 189/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ

на консультацию, рентгенологическое исследование
к "Заключению эксперта" ("Акту") N _____

Направляется в _____
наименование лечебно-профилактического учреждения

к врачу _____
по какой специальности

гр-н (ка) _____
фамилия, имя, отчество

для _____
цель исследования

Диагноз _____
Место работы судебно-медицинского эксперта _____

Результаты обследования и заключение прошу отправить по адресу _____

Судебно-медицинский эксперт _____ (_____)
фамилия, имя, отчество, подпись

"..." _____ 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 190/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации материалов и документов
в гистологическом отделении

Начат "... " _____ 19.. г. Окончен "... " _____ 19.. г.

Указания по заполнению журнала

Журнал заполняет лаборант под наблюдением заведующего отделением (при отсутствии последнего - судебно-медицинского эксперта-гистолога).
Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 190/у

NN п/п	Дата посту- пления	Номер и дата основного сопроводи- тельного документа	Кем направлен материал	Фамилия, имя, отчество умершего	Пол
1	2	3	4	5	6

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

и т.д. до конца страницы

продолжение

Дата		Номер "Заключения эксперта" ("Акта")	Перечень кусочков, их количество
рождения	смерти		
7	8	9	10

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 190/у

Макроскопический (патологоанатомический) диагноз	Фамилии врача и лаборанта, производивших исследование	Дата исследования		Количество изготовленных препаратов, их окраска, способ изготовления	Результат исследования (микроскопический диагноз, заключение)
		начала	окончания		
11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

продолжение

Номер акта исследования	Дата и подпись лица, получившего акт исследования (или	Данные об израсходовании или остатке кусочков органов, тканей

	номер и дата почтовой квитанции)	оставлены в отделении	отосланы вместе с актом	уничтожены (когда)
17	18	19	20	21

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 191/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации носильных вещей, вещественных
доказательств, ценностей и документов в морге

Начат "... " _____ 19.. г. Окончен "... " _____ 19.. г.

Указания по заполнению журнала

Ответственность за ведение журнала возлагается на санитаря (ов) морга, осуществляющих прием трупов.

Систематический контроль проводит заведующий отделом судебно-медицинского исследования трупов (моргом), заведующий городским, межрайонным, районным отделением бюро судебно-медицинской экспертизы.

В графе 9 указывается основание для выдачи (отношение учреждения, заявление, завизированное заведующим отделом (моргом), отделением, с указанием номера документа и даты).

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 191/у

NN п/п	Дата посту- пления трупа	Фамилия, имя, отчество умершего	Кем доставлен труп	Перечень и краткое описание носильных вещей, веществен- ных доказательств и других предме- тов, доставленных с трупом	Перечень и краткое описание докумен- тов и ценностей, доставленных с трупом
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 191/у

Фамилия, имя, отчество, подпись лица: доставившего труп, вещи, документы, ценности		Основание для выдачи вещей, документов, ценностей, вещественных доказательств, доставленных с трупом
7	8	9

и т.д. до конца страницы

продолжение

Перечень выданных вещей, документов, ценностей, вещественных доказательств; сведения о получателе: фамилия, имя, отчество, наименование и N личного документа, постоянное местожительство; подпись получателя, дата	Сведения о судьбе носильных вещей, вещественных доказа- тельств, документов, ценно- стей и других предметов, не взятых из морга
10	11

и т.д. до конца страницы

Форма N 192/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 192/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЭТИКЕТКА НА БАНКУ N _____

1. _____, "... " лет
 фамилия, и., о. умершего (свидетельствуемого)
2. Заключение эксперта (акт) N _____
3. _____
 перечень вложенных объектов
4. Дата взятия объектов _____
5. _____
 фамилия, и., о. суд.-мед. эксперта

_____ место работы
"..." _____ 19 . . г.

_____ подпись

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А7

**1.6. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ЛАБОРАТОРИЙ
В СОСТАВЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 200/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ N _____
"..." _____ 19 . . г.
 дата взятия биоматериала

В лабораторию _____
Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____
Палата _____ участок _____ медицинская карта N _____

Диагноз, группа диспансерного учета _____
Исследовать (указать консервант) _____
(нужное вписать)

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 201/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

НАПРАВЛЕНИЕ

на гематологический, общеклинический анализ N
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____
палата _____ участок _____ медицинская карта N _____
Диагноз _____

Нужное отметить (вписать)



КРОВИ:

Общий анализ <*>	<input type="checkbox"/>	Ретикулоциты	<input type="checkbox"/>
Нв	<input type="checkbox"/>	Диаметр эритроцитов	<input type="checkbox"/>
РОЭ	<input type="checkbox"/>	Осмотическая резистентность эритроцитов	<input type="checkbox"/>
Эритроциты	<input type="checkbox"/>	Гистиоциты	<input type="checkbox"/>
Лейкоциты	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Дифференциальный подсчет лейкоцитов	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Время кровотечения	<input type="checkbox"/>		
Время свертывания	<input type="checkbox"/>		
Тромбоциты	<input type="checkbox"/>		

МОЧИ:

Общий анализ <*>	<input type="checkbox"/>	Осадок	<input type="checkbox"/>
Глюкоза	<input type="checkbox"/>	Уропепсин	<input type="checkbox"/>
Ацетон	<input type="checkbox"/>	Паропротейны	<input type="checkbox"/>

По Зимницкому

альфа-амилаза

Желчные пигменты

Уробилин

Хлориды

Количество форменных
элементов:
по Аддис-Каковскому

Амбурже

Нечипоренко

Активные лейкоциты

<*> Принятая в лечебно-профилактическом учреждении констелляция.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборот. сторона ф. N 201/у

КАЛА :

Общий анализ <*>

Скрытая кровь

Стеркобилин

Яйца глистов

Патогенные простейшие

МОКРОТЫ:

Общий анализ <*>

Микобактерии
туберкулеза

Эластичные волокна

Элементы
бронхиальной астмы

Клетки с гемосидерином

Дуоденального содержимого

Желудочного содержимого

Спинномозговой жидкости

Плевральной жидкости

Асцитической жидкости

Синовиальной жидкости

_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Подпись врача _____

 <*> Принятая в лечебно-профилактическом учреждении констелляция.

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 202/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

НАПРАВЛЕНИЕ НА БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ N _____
 крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости
 "... " _____ 19 . . г.
 дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
 Учреждение _____ отделение _____
 палата _____ участок _____ медицинская карта N _____

Нужное отметить (вписать)



Диагноз _____

Общий белок	<input type="checkbox"/>	Фосфор неорганический	<input type="checkbox"/>
Белковые фракции	<input type="checkbox"/>	Железо	<input type="checkbox"/>
Фибриноген	<input type="checkbox"/>	Аминотрансферазы:	
Остаточный азот	<input type="checkbox"/>	АЛТ	<input type="checkbox"/>
Мочевина	<input type="checkbox"/>	АсАТ	<input type="checkbox"/>
Креатинин	<input type="checkbox"/>	Альдолаза монофосфат	<input type="checkbox"/>
Мочевая кислота	<input type="checkbox"/>	Альдолаза дифосфат	<input type="checkbox"/>
Билирубин	<input type="checkbox"/>	Лактат дегидрогеназа (ЛДГ) :	
Липиды общие	<input type="checkbox"/>	общая	<input type="checkbox"/>
Холестерин общий	<input type="checkbox"/>	Изоферменты ЛДГ	<input type="checkbox"/>
Эфиры холестерина	<input type="checkbox"/>	Фосфатаза щелочная	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Фосфатаза кислая	<input type="checkbox"/>

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 203/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
на цитологическое исследование и результат исследования
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

В лабораторию _____

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____

Учреждение _____

отделение _____ палата _____

участок _____ медицинская карта N _____

Анамнез и клинические данные _____

Клинический диагноз _____

Направляемый материал (препараты, жидкость, отделяемое, пунктат и т.д.) и его количество _____

Локализация и характер процесса (опухолевидное образование, свищ, язвенная поверхность и т.д.) _____

Методика получения материала (пункция, соскоб, отпечатки, мазки-отпечатки) _____

оборотная сторона ф. N 203/у

Результат цитологического исследования N _____
от "..." _____ 19 . . г.

и т.д. до конца страницы

"..." _____ 19 . . г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 204/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ N _____

на микробиологическое исследование

"..." _____ 19..г. _____ час. _____ мин.
 дата и время взятия материала

В _____ лабораторию

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____

Медицинская карта N _____ Учреждение _____

Отделение _____ палата _____ участок _____

Адрес постоянного места жительства (временного с указанием ф., и., о., у которого проживает обследуемый) _____

Место работы, учебы (наименование детского учреждения, школы) _____

Диагноз, дата заболевания: _____

Показания к обследованию: больной, переболевший, реконвалесцент, бактерионоситель, контактный, профилактическое обследование _____

(подчеркнуть, вписать)

Материал: кровь, моча, мокрота, кал, дуоденальное содержимое, спинномозговая жидкость, пунктат, раневое отделяемое, гной, выпот, секционный материал, мазок со слизистых, соскоб и др. _____

(подчеркнуть, вписать, указав, откуда получен материал)

Цель и наименование исследования: _____

(на какие инфекции исследовать)

Должность, фамилия, подпись лица, направляющего материал _____

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А5

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 205/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ

на санитарно-микробиологическое исследование

Регистрационный N _____

Наименование лаборатории СЭС и др., в которую направляется материал _____

Наименование и число образцов _____

тара, упаковка, маркировка _____

Место, дата и время отбора, наименование НТД _____

Цель исследования на: _____

Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного
надзора, по эпид. показаниям (подчеркнуть или дописать) _____
Должность, фамилия, подпись лица, отобравшего образец _____

Л
И
Н
И
Я

О
Т
Р
Е
З
А

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 205/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РЕЗУЛЬТАТ
санитарно-микробиологического исследования

Регистрационный N _____, наименование лаборатории СЭС и др.,
проводившей исследование _____
Л _____
И _____
Н Наименование образца _____
И Место отбора образца _____
Я Цель исследования _____

О _____
Т Дата поступления материала в лабораторию _____
Р Результат исследования _____
Е _____
З _____
А _____
(Соответствует НТД, не соответствует, НТД отсутствует)
Дата выдачи ответа "... " _____ 19... г.
Фамилия, подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 206/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ N
для исследования крови на пробу Кумбса
"... " _____ 19 . . г.

В лабораторию _____

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____
_____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Диагноз _____

Группа крови исследуемого _____

Л
И
Н
И
Я
О
Т
Р
Е
З
А

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 206/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ N _____
крови на пробу Кумбса
"..." _____ 19 . . г.
(дата взятия крови)

Л Лаборатория _____
И _____
Н _____
И Фамилия, имя, отчество _____
Я _____
Возраст _____
О Учреждение _____
Т Отделение _____ палата _____
р Участок _____ медицинская карта N _____
Е
З
А

РЕЗУЛЬТАТ:

Прямая проба _____
(положительная, отрицательная)

Титр _____
"..." _____ 19 . . г.
дата выдачи анализа

Подпись врача-лаборанта

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 207/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
для исследования крови на резус-принадлежность
и резус-антитела (нужное подчеркнуть)
"... " _____ 19 . . г.

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____

Учреждение _____ Л

Отделение _____ И

Палата _____ Участок _____ Н

Медицинская карта N _____ И

Диагноз _____ Я

Группа крови исследуемого _____ О

Фамилия врача, определявшего группу крови _____ Т

_____ Р

_____ Е

Переливалась ли кровь ранее (указать даты и реакцию на З

переливание) _____ А

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 207/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ N _____
на резус-принадлежность и резус-антитела
"... " _____ 19 . . г.

Л Лаборатория _____

И Фамилия, имя, отчество _____

Н _____

И Возраст _____

Я Учреждение _____

Отделение _____

О Палата _____ Участок _____

Т Медицинская карта N _____

р Резус-принадлежность _____

Е Резус-антитела: не обнаружены

З обнаружены: полные, неполные (нужное подчеркнуть)

А Титр _____

"... " _____ 19 . . г.

Подпись врача-лаборанта _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

обор. сторона ф. N 207/у

Сколько в анамнезе беременностей _____

Рождались ли дети с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха,

врожденный универсальный отек и др.) _____

подчеркнуть, вписать

Имелись ли повторные выкидыши и мертворожденные дети _____

вписать

Подпись врача,
взявшего кровь на исследование _____

Форма N 208/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 208/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЭТИКЕТКА
для посуды с биоматериалом

Фамилия, И., О. _____
Учреждение _____ отделение _____
палата _____ участок _____
медицинская карта N _____
Анализ _____
Дата _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А7

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 209/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА N _____
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____

палата _____ участок _____
Медицинская карта N _____

"..." _____ 19 . . г.
дата выдачи анализа

Подпись: _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 210/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ N _____
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Физико-химические свойства

Количество _____ л <*> _____ мл <***> _____
Цвет _____
Прозрачность _____
Относительная плотность _____
Реакция _____
Белок _____ г/л <*> _____ г % <***> _____
Глюкоза _____ ммоль/л <*> _____ г % <***> _____
Кетоновые тела _____
Реакция на кровь _____
Билирубин _____
Уробилиноиды _____
Желчные кислоты _____
Индикан _____

<*> Единицы СИ.
<***> Единицы, подлежащие замене.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 210/у

Эпителий:
плоский _____
переходный _____
почечный _____

Лейкоциты _____

Эритроциты:
неизмененные _____
измененные _____

Цилиндры:
гиалиновые _____
зернистые _____
восковидные _____
эпителиальные _____
лейкоцитарные _____
эритроцитарные _____
пигментные _____

Слизь _____

Соли _____

Бактерии _____

"..." _____ 19 .. г.
дата выдачи анализа

Подпись

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 211/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ N _____
"..." _____ 19 .. г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____

Учреждение _____

Отделение _____ палата _____

Участок _____ медицинская карта N _____

Количество принятой жидкости _____

Номер порции	Часы	Относительная плотность	Количество мочи в л.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

7			
8			

Дневной диурез _____ л
Ночной диурез _____ л
Общий диурез _____ л

"..." _____ 19 ... г.
дата выдачи анализа
Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 212/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____
Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ N _____
глюкоза и кетоновые тела
"..." _____ 19 ... г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____ палата _____
участок _____ медицинская карта N _____
Суточное количество мочи _____ л.

	Результат	
	единицы СИ	единицы, подлежащие замене
Относительная плотность		
Глюкоза	ммоль/л	г%
Реакция на кетоновые тела		

"..." _____ 19 ... г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 213/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ГЛЮКОЗУРИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ N _____
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Часы сбора мочи	Количество мочи в л	Относительная плотность	Глюкоза ммоль/л (г%) <*>	Реакция на кетонные тела

"..." _____ 19 ... г.
дата выдачи анализа
Подпись _____

<*> В скобках даны единицы, подлежащие замене.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 214/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ N _____
Активность альфа-амилазы
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Единицы СИ мкг/(с-л)	Единицы, подлежащие замене мг (час-мл)
--	----------------------	-------------------------------------------

Результат		
Норма		

"..." _____ 19 ... г. Подпись _____
 дата выдачи анализа

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А6

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 215/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
 определение количества форменных элементов мочи
 "..." _____ 19 . . г.
 дата взятия биоматериала

По методу _____
 (указать метод)

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
 Учреждение _____ отделение _____
 Палата _____ участок _____ медицинская карта N _____

	Результаты	Норма
Лейкоциты		
Эритроциты		
Цилиндры		

"..." _____ 19 ... г. Подпись _____
 дата выдачи анализа

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А6

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 216/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОКРОТЫ N _____

"..." _____ 19 . . г. _____ час. _____ мин.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____ Учреждение _____ Отделение _____
палата _____ Участок _____ медицинская карта N _____
Количество _____ Запах _____
Цвет _____ Характер _____
Примеси _____
Консистенция _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборотная сторона ф. N 216/у

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Эпителий _____	Волокна: _____
Альвеолярные макрофаги _____	эластичные _____
_____	коралловидные _____
Лейкоциты _____	обызвествленные _____
Эритроциты _____	Микобактерии туберкулеза _____
_____	_____
Эозинофилы _____	Грибы _____
_____	Прочая флора _____
Спирали Куршмана _____	_____
Кристаллы Шарко-Лейдена _____	_____
_____	_____
Клетки с признаками атипии _____	_____

"..." _____ 19 ... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 217/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

АНАЛИЗ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ N _____
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Количество _____ мл
Цвет _____
Прозрачность _____
Консистенция _____
Лейкоциты _____
Эритроциты _____

Эпителии _____
 Макрофаги _____
 Лецитиновые зерна _____
 Амилоидные тельца _____
 Сперматозоиды _____
 Трихомонады _____
 Гонококки _____
 Прочая флора _____
 Клетки с признаками атипии _____
 "... " _____ 19 ... г.
 дата выдачи анализа
 Подпись _____

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А5

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 218/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
 отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки

"... " _____ 19 . . г.
 дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
 Возраст _____
 Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
 Участок _____ медицинская карта N _____

	Отделяемое из:			
	шейки матки	мочеиспус- кательного канала	влагалища	прямой кишки
эпителий				
лейкоциты				
эритроциты				
микрофлора				
трихомонады				
гонококки				
клетки с признаками атипии				

"... " _____ 19 ... г.
 дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
 при изготовлении документа

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 219/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КАЛА N _____
 "... " _____ 19 . . г.
 дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____

Учреждение _____ Отделение _____ палата _____

Участок _____ медицинская карта N _____

Количество _____

Консистенция _____

Форма _____

Запах _____

Цвет _____

Реакция _____

Слизь _____

Кровь _____

Остатки непереваренной пищи _____

Химическое исследование:

Реакция на скрытую кровь: _____

Реакция на стеркобилин _____

Реакция на билирубин _____

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А5

оборотная сторона ф. N 219/у

Микроскопическое исследование

Мышечные волокна:

с исчерченностью _____

без исчерченности _____

Соединительная ткань _____

Жир нейтральный _____

Жирные кислоты _____

Мыла _____

Растительная клетчатка переваримая _____

Крахмал _____

Иодофильная флора _____

Кристаллы _____
Слизь _____
Эпителий _____
Лейкоциты _____
Эритроциты _____
Простейшие _____
Яйца глистов _____
Дрожжевые грибки _____

"..." _____ 19 ... г.

дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 220/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

АНАЛИЗ КАЛА N
яйца гельминтов, скрытая кровь,
стеркобилин, билирубин

"..." _____ 19 . . г.

дата взятия биоматериала

час. _____ мин. _____

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____

Учреждение _____

Отделение _____ палата _____

Участок _____ медицинская карта N _____

Яйца гельминтов _____

Простейшие _____

Реакция на скрытую кровь _____

Реакция на стеркобилин _____

Реакция на билирубин _____

"..." _____ 19... г.

дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 221/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО N _____
 фракционное исследование _____

"..." _____ 19 ... г.
 дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
 Возраст _____
 Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
 Участок _____ медицинская карта N _____

До введения стимулятора (Базальная секреция)

N пор- ции	Количество сока в мл	Титрационные единицы (ммоль/л HCl)				с л з ь	ж л ч ь	к о в ь	п е р п и н		
		общая кислот- ность	свобод- ная соляная кислота	связан- ная соляная кислота	кислот- ный остаток						
0											
1											
2											
3											
4											

Дебит-час соляной кислоты _____ ммоль/час
 Дебит-час свободной соляной кислоты _____ ммоль/час

После введения стимулятора (Стимулированная секреция)

Стимулятор: _____

5											
6											
7											
8											

Дебит-час соляной кислоты _____ ммоль/час
 Дебит-час свободной соляной кислоты _____ ммоль/час
 Микроскопия осадка: _____

"..." _____ 19 ... г.
 дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А5

Для типографии!

Код формы по ОКУД _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 223/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ N _____
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____

Учреждение _____ Отделение _____ палата _____

Участок _____ медицинская карта N _____

Количество _____

Цвет _____

до центрифугирования

после центрифугирования

Ксантохромия _____

Прозрачность _____

до центрифугирования

после центрифугирования

Цитоз _____

ХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Белок _____

Реакция Таката-Ара _____

Реакция Ланге _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. 223/у

ЛИКВОРОГРАММА

Лимфоциты _____

Эозинофилы _____

Нейтрофилы _____

Макрофаги _____

Измененные клетки _____

Полибласты _____

Плазмоциты _____

Клетки арахноидэндотелия _____

Клетки эпендимы _____

Зернистые шары _____

Эритроциты _____

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии! Код формы по ОКУД _____
при изготовлении документа учреждения по ОКПО _____
формат А3

Министерство здравоохранения СССР Медицинская документация
Форма N 224/у
наименование учреждения Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
"..." _____ 19 . . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Резуль- тат	Норма			
		Единицы СИ		Единицы, подлежа- щие замене	
Гемоглобин	М	130,0-160,0		13,0-16,0	
	Ж	120,0-140,0	г/л	12,0-14,0	г %
Эритроциты	М	4,0-5,0	· 10 в	4,0-5,0	млн. в
	Ж	3,9-4,7	ст.12 /л	3,9-4,7	1 куб. мм (мкл)
Цветовой показатель		0,85-1,05		0,85-1,05	
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците		30-35	пг	30-35	пг
Ретикулоциты		2-10	% ·	2-10	% ·
Тромбоциты		180,0-320,0	· 10 в ст. 9 /л	180,0 - 320,0	тыс. в 1 куб. мм (мкл)
Лейкоциты		4,0-9,0	· 10 в ст. 9 /л	4,0-9,0	тыс. в 1 куб. мм (мкл)

оборот. сторона ф. N 224/у

		-	%	-	% в
Миелоциты		-	· 10 в	-	1 куб.

Нейтрофилы			ст. 9 /л		мм (мкл)
	Метамиелоциты	-	% · 10 в ст. 9 /л	-	% в 1 куб. мм (мкл)
	Палочкоядерные	1-6 0,040-0,300	% · 10 в ст. 9 /л	1-6 40-300	% в 1 куб. мм (мкл)
	Сегментоядерные	47-72 2,000-5,500	% · 10 в ст. 9 /л	47-72 2000-5500	% в 1 куб. мм (мкл)
Эозинофилы		0,5-5 0,020-0,300	% · 10 в ст. 9 /л	0,5-5 20-300	% в 1 куб. мм (мкл)
Базофилы		0-1 0-0,065	% · 10 в ст. 9 /л	0-1 0-65	% в 1 куб. мм (мкл)
Лимфоциты		19-37 1,200-3,000	% · 10 в ст. 9 /л	19-37 1200-3000	% в 1 куб. мм (мкл)
Моноциты		3-11 0,090-0,600	% · 10 в ст. 9 /л	3-11 90-600	% в 1 куб. мм (мкл)
Плазматические клетки		-	% · 10 в ст. 9 /л	-	% в 1 куб. мм (мкл)
Скорость (реакция) оседания эритроцитов	М	2-10		2-10	
	Ж	2-15	мм/час	2-15	мм/час

Морфология эритроцитов

Анизоцитоз (макроциты, микроциты, мегалоциты) _____

Пойкилоцитоз _____

Эритроциты с базофильной зернистостью _____

Полихроматофилия _____

Тельца Жолли, кольца Кебота _____

Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) _____

Мегалобласты _____

Морфология лейкоцитов

Гиперсегментация ядер _____

Токсогенная зернистость _____

"..." _____ 19... г.

дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Для типографии! при изготовлении документа
формат А6

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 225/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____
Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
гемоглобин, эритроциты, лейкоциты,
скорость (реакция) оседания эритроцитов
"... " _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

		Результат	
Гемоглобин	Единицы СИ		г/л
	(единицы, подлежащие замене)		г %
Эритроциты	Единицы СИ		x10 в ст. 12/л
	(единицы, подлежащие замене)		млн. в 1 куб. мм (мкл)
Лейкоциты	Единицы СИ		x10 в ст. 9/л
	(единицы, подлежащие замене)		тыс. в 1 куб. мм (мкл)
Скорость (реакция) оседания эритро- цитов	Единицы СИ		мм/час
	(единицы, подлежащие замене)		мм/час

"... " _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Форма N 226/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Для типографии! Код учреждения по ОКПО _____

при изготовлении документа
формат А6

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Лаборатория _____

Медицинская документация
Форма N 226/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

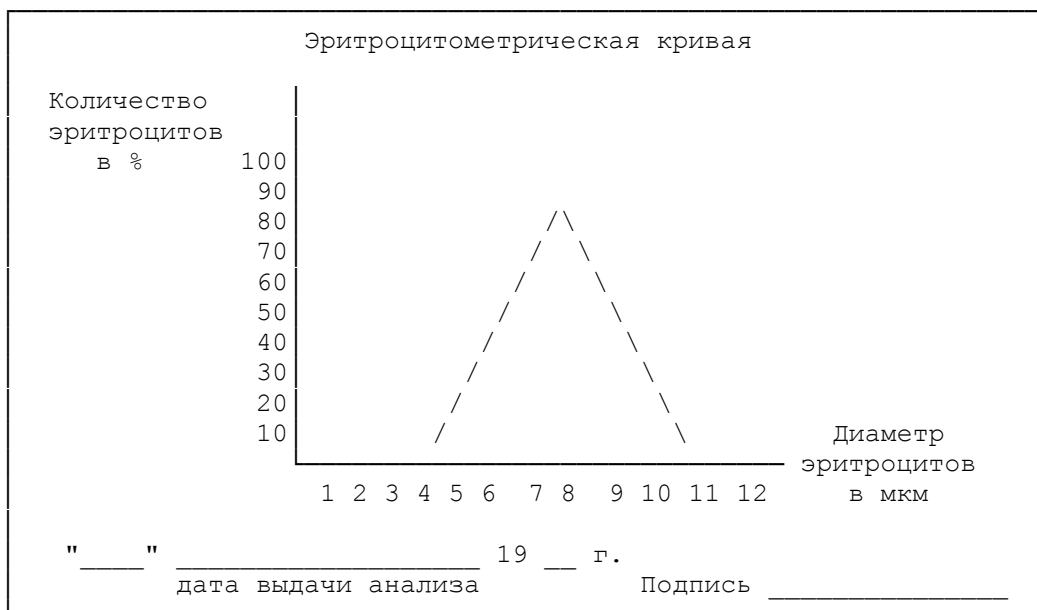
АНАЛИЗ КРОВИ N _____
определение диаметра эритроцитов
"..." _____ 19 .. г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Диаметр эритроцитов в микрометрах (мкм)									
Количество эритроцитов с данным диаметром в %									

Средний диаметр эритроцита _____ мкм.

оборотная сторона ф. N 226/у



Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Лаборатория _____

Медицинская документация
Форма N 227/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АНАЛИЗ ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА N _____
 "... " _____ 19 . . г.
 дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
 Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
 Участок _____ медицинская карта N _____
 Пункцией _____ получено _____
 Количество миелокарицитов _____ норма: 50,0-150,0 тыс. в 1 мкл
 (50,0-150,0x10 в ст. 9/л - единицы СИ)
 Количество мегакарицитов _____ норма: 23,0-103,0 в 1 мкл
 (0,023-0,103x10 в ст. 9/л - единицы СИ)

Клеточные элементы		Содержание в %	
		норма	результат
Недифференцированные бласты		0,7-1,3	
Миелобласты		0,1-0,3	
Промиелоциты		0,9-1,6	
Н ф е и й л т ь р н о ы - е	Миелоциты	8,9-13,9	
	Метамиелоциты	11,2-14,6	
	Палочкоядерные	12,0-18,0	
	Сегментоядерные	17,9-26,1	
Э ф о и з л и ь н н о ы - е	Миелоциты	0,5-0,9	
	Метамиелоциты	0,1-0,3	
	Палочкоядерные	0-0,2	
	Сегментоядерные	0,4-1,6	
ф Б и а л з ь о н - ы е	Миелоциты		
	Метамиелоциты		
	Палочкоядерные		
	Сегментоядерные	0-0,6	
Лимфобласты			
Пролимфоциты			
Лимфоциты		9,4-14,4	
Монобласты			
Промоноциты			
Моноциты		0,5-1,9	
Лейко-эритробластическое отношение		3:1-4:1	
Индекс созревания нейтрофилов		0,62-0,78	

Индекс созревания цитоплазмы эритробластов и нормобластов	0,73-0,85	
Проэритробласты	0,8-1,4	
Эритробласты базофильные	1,7-4,3	
Эритробласты полихроматофильные	9,0-15,0	
Эритробласты оксифильные	0,3-0,7	
Нормобласты полихроматофильные	1,6-4,4	
Нормобласты оксифильные	0,3-0,5	
Промегалобласты		
Мегалобласты базофильные		
Мегалобласты полихроматофильные		
Мегалобласты оксифильные		
Мегакариобласты		
Промегакариоциты		
Мегакариоциты	0-0,2	
Ретикулярные клетки	0-0,5	
Плазмобласты		
Проплазмоциты		
Плазматические клетки	0,1-0,9	
Митоз клеток гранулопоэза	0,2-0,4	
Митоз клеток эритропоэза	0,2-1,0	

Заключение: _____

"..." _____ 19... г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А1

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 228/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ N _____
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Исследуемый компонент. Относительная атомная или молекулярная масса	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене			Коэффи- циент пересече- та в единицы СИ
	результат	норма <*>		результат	норма <*>		
Общий белок			г/л			г/100 мл	10,000
Альбумин 69000			мкмоль/л			г/100 мл	144,93
Альбумин			г/л			г/100 мл	10,000
Глобулины			г/л			г/100 мл	10,000
альфа1			%			%	
альфа2			%			%	
бета			%			%	
гамма			%			%	
Фибриноген			мг/л			мг/100 мл	10,000
Остаточный азот 14,0067			ммоль/л			мг/100 мл	0,7140
Мочевина 60,06			ммоль/л			мг/100 мл	0,1665

Индикан 295,30			мкмоль/л мг/л			мг/100 мл мг/100 мл	33,863 10,000
Креатинин 113,12			ммоль/л			мг/100 мл	0,0880
Мочевая кислота 168,11			ммоль/л			мг/100 мл	0,0590
Липиды общие			г/л			г/100 мл	10,000
Холестерин общий 386,64			ммоль/л			мг/100 мл	0,0260
Эфиры холестерина			ммоль/л			мг/100 мл	0,0260
Триглицериды 875			ммоль/л			мг/100 мл	0,0110
Фосфолипиды общие ср. 774			ммоль/л			г/л	1,2920
бета-липопротеиды			%			%	1,0000
Билирубин общий 584,65			мкмоль/л			мг/100 мл	17,104
Билирубин связанный			мкмоль/л			мг/100 мл	17,104
Билирубин свободный			мкмоль/л			мг/100 мл	17,104
Калий 39,102			ммоль/л			мэкв/л мг/100 мл	1,0000 0,2557
Натрий 22,989			ммоль/л			мэкв/л мг/100 мл	1,0000 0,4350
Кальций 40,08			ммоль/л			мэкв/л мг/100 мл	0,5000 0,2495
Магний 24,312			ммоль/л			мэкв/л мг/100 мл	0,5000 0,4113
Железо 55,847			мкмоль/л			мкг/100 мл	0,1790

<*> Норма вносится в соответствии с используемым методом.

оборотная сторона ф. N 228/у

Исследуемый компонент. Относительная атомная или молекулярная масса	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене			Коэффици- циент пересче- та в единицы СИ
	результат	норма <*>		результат	норма <*>		
Хлор 35,453			ммоль/л			мэкв/л	1,0000
						мг/100 мл	0,2820
Фосфор неорганический 30,973			ммоль/л			мг/100 мл	0,3230
Аланин-аминотрансфераза (АлАТ)			нмоль/ (с · л)			мкмоль (час × мл)	278,00
Аспартат-аминотрансфераза (АсАТ)			нмоль/ (с · л)			мкмоль (час × мл)	278,00
альфа-амилаза			мкг/ (с · л)			мг/(час × мл)	278,00
Фруктозо-1,6-дифосфат альдолаза			мкмоль/ (с · л)			мкмоль (мин. · мл)	16,667
Фруктозо-1,6-монофосфат альдолаза			мкмоль/ (с · л)			мкмоль (мин. · мл)	16,667
Креатинфосфокиназа (КФК)			мкмоль/ (с · л)			мкмоль (мин. · мл)	16,667
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)			нмоль/ (с · л)			мкмоль (час. · мл)	278,00
Изоферменты ЛДГ:			%			%	
ЛДГ1			%			%	
ЛДГ2			%			%	
ЛДГ3			%			%	
ЛДГ4			%			%	
ЛДГ5			%			%	
Фосфатаза кислая (ФК)			нмоль/ (с · л)			мкмоль (час. · мл)	278,00
Фосфатаза щелочная (ФЩ)			нмоль/ (с · л)			мкмоль (час. · мл)	278,00
Холинэстераза сывороточная (ХЭСыв.)			мкмоль/ (с · л)			мкмоль (час. · мл)	0,2780

Глюкоза 180,16			ммоль/л			мг/100 мл	0,0555
Сиаловые кислоты 309,28			ммоль/л			мг/100 мл	0,0320
Серомукоид			мг/л			мг/100 мл	10,000
Гексозы			мг/л			мг/100 мл	10,000
Тимоловая проба						экстинкция	
Сулемовая проба						мл	
Бромсульфалеиновая проба			%			%	

 <*> Норма вносится в соответствии с используемым методом.

"..." _____ 19... г. Подпись _____
 дата выдачи анализа

Примечание. Лечебно-профилактические учреждения при печатании в типографии бланка "Биохимический анализ крови" могут включать в него меньшее число показателей, в соответствии с выполняемым объемом исследований и обязательным минимумом лабораторных исследований, утвержденным Приказом МЗ СССР N 380 от 15 апреля 1978 г.

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А1

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 229/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
 белковые фракции сыворотки крови (метод электрофореза)

"..." _____ 19 . . . г.
 дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
 Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
 Участок _____ медицинская карта N _____
 Общее количество белка _____ г/л _____ г/100 мл

	Альбу- мины	Глобулины			
		альфа1	альфа2	бета	гамма
Относительное содержа- ние в %	результат				
	норма				

Абсолютное содержание	Единицы СИ (г/л)	результат					
		норма					
	Единицы, подлежащие замене (г/100 мл)	результат					
		норма					

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Форма N 230/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 230/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
липопротеиды сыворотки крови

(указать метод)

"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Фракция липопротеидов (в относительных %)

	Результат	Норма
альфа		
пре-бета		
бета		

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Форма N 231/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 231/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

_____ наименование учреждения

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
содержание глюкозы

"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Время	Результат	
	единицы СИ ммоль/л	единицы, подлежащие замене мг/100 мл

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа _____ Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 232/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

_____ наименование учреждения

Лаборатория _____

ГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КРИВАЯ ПОСЛЕ НАГРУЗКИ
ГЛЮКОЗОЙ, ГАЛАКТОЗОЙ N
(подчеркнуть)

"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала
час. _____ мин. _____

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____

	Результат	
	Единицы СИ ммоль/л	Единицы, подлежащие замене мг/100 мл
Глюкоза натощак		
Нагрузка первая		
Через мин. после нагрузки		
Через мин.		
Через мин.		
Через мин.		
Нагрузка вторая (через мин. после первой нагрузки)		
Через мин. после		
нагрузки		
Через мин.		
Через мин.		
Через мин.		
Через мин.		

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборотная сторона ф. N 232/у

мг/100 мл							
250							
240							
230							
220							
210							
200							
190							
180							
170							
160							
150							
140							
130							
120							
110							
100							
90							
80							
70							

0 30 60 90 120 150 180 мин.

Гипергликемический коэффициент = _____

Постгликемический коэффициент = _____

"..." _____ 19... г.

дата выдачи анализа

Подпись _____

Форма N 233/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 233/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
содержание электролитов

"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

		Единицы СИ ммоль/л		Единицы, подлежащие замене мэкв/л		Коэффициент пересчета в единицы СИ
		Результат	норма	результат	норма	
Плазма (сыворотка)	Калий					1,0000
	Натрий					1,0000
	Кальций					0,5000
Эритроциты	Калий					1,0000
	Натрий					1,0000
Моча	Калий					1,0000
	Натрий					1,0000
	Кальций					0,5000

Суточный диурез _____ л
натрий

_____ = _____ (норма =)

калий
"..." _____ 19... г.

дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Форма N 234/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Лаборатория _____

Медицинская документация
Форма N 234/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АНАЛИЗ N _____
активность ферментов сыворотки крови
"... " _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Результат	Единицы СИ	Норма	Коэффициент пересчета в единицы СИ
		Единицы, подлежащие замене		
Аланинаминотранс- фераза (АлАТ)		нмоль / (схл)		278,00
		мкмоль / (часхмл)		
Аспаргатаминотранс- фераза (АсАТ)		нмоль / (схл)		278,00
		мкмоль / (часхмл)		
альфа-амилаза		мкг / (схл)		278,00
		мг / (часхл)		
гамма-глутамилтранс- пептидаза (гамма- ГТП)		нмоль / (схл)		278,00
		мкмоль / (часхмл)		
Глутаматдегидрогена- за (ГлДГ)		нмоль / (схл)		16,667
		мкмоль / (минхл)		
Креатинфосфокиназа (КФК)		нмоль / (схл)		16,667
		мкмоль / (минхл)		
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) (изоферменты ЛДГ - см. на оборот)		нмоль / (схл)		278,00
		мкмоль / (часхмл)		
Липаза				
Сорбитолдегидроге- наза (СДГ)		нмоль / (схл)		278,00
		мкмоль / (часхмл)		
Фосфатаза кислая (ФК)		нмоль / (схл)		278,00
		мкмоль / (часхмл)		

Фосфатаза щелочная (ФЩ)	нмоль / (схл)	278,00
	мкмоль / (часхмл)	
Фруктозо-1,6-дифосфат альдолаза	мкмоль / (схл)	16,667
	мкмоль / (минхмл)	
Фруктозо-1-монофосфат альдолаза	мкмоль / (схл)	16,667
	мкмоль / (минхмл)	
Холинэстераза сывороточная (ХЭ сыв.)	мкмоль / (схл)	0,2780
	мкмоль / (часхмл)	

оборотная сторона ф. N 234/у

ИЗОФЕРМЕНТЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ
(в относительных %)

	Результат	Норма
Изоферменты лактатдегидрогеназы:		

и т.д. до конца страницы

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 235/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

_____ наименование учреждения

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
содержание гормонов и медиаторов
"..." _____ 19... г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____

Учреждение _____ Отделение _____ палата _____

Участок _____ медицинская карта N _____

	Единицы СИ		Единицы, подлежащие замене	
	результат	норма	результат	норма
11-оксикортикостероиды: суммарные				
свободные		М		
Через 2 часа		К		
после АКТГ		Г		М
Через 4 часа		/		К
после АКТГ		Л		Г
				/
				1
				0
				0
17-оксикортикостероиды: суммарные		М		М
свободные		К		Л
Через 2 часа		М		
после АКТГ		О		
Через 4 часа		Л		
после АКТГ		Ь		
		/		
		Л		
Серотонин		МГ/Л		
Гистамин		НМОЛЬ/Л		

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 235/у

	Единицы СИ		Единицы, подлежащие замене	
	результат	норма	результат	норма
Экстрагируемый бутанолом йод				
Йод, связанный с белком		НМОЛЬ/Л		МКГ/100 МЛ
Ацетилхолин		МКМОЛЬ/Л		

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 236/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ N _____
содержание гормонов и медиаторов
"... " _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Суточный диурез _____ л _____

	Единицы СИ		Единицы, подлежащие замене	
	результат	норма	результат	норма
17-оксикортикостероиды: суммарные		мкмоль		мг
свободные				
17-оксикортикостероиды: суммарные				
Прегнандиол				
Эстрогены суммарные		нмоль		мкг
Эстрон				
Эстрадиол				

оборотная сторона ф. N 236/у

	Единицы СИ		Единицы, подлежащие замене	
	результат	норма	результат	норма
Эстриол		нмоль		мкг
Адреналин		мкмоль		мг
Дофамин				
ДОФА				
Ванилил миндальная кислота				
5-оксиндолил-уксусная кислота				

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 237/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
показатели системы свертывания крови

"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Наименование исследования	Единицы СИ		
	Результат	Норма <*>	
Время свертывания крови (венозной)			мин.
Время кровотечения			мин.
Количество тромбоцитов		180,0-320,0	х 10 в ст. 9/ л
Активированное частичное тромбо- пластиновое время (АЧТВ)			с
Протромбиновое время (индекс)			с (%)
Пробы на ингибицию:			с
			с
			с
			с
Коррекционные пробы:			с
			с
			с
			с
Тромбиновое время (ТВ)			с
Рентилазное время			с
Фибриноген плазмы			мг/л
Растворимые комплексы фибрин- мономера (РКФМ)			
Фибринолитическая активность			мин.
Плазминоген			

Антиплазминовая активность			
Продукты распада фибриногена (ПРФ)			
Фактор II (протромбин)			%
Фактор V (проакцелерин)			%
Фактор VII (проконвертин)			%
Фактор VIII (антигемофилический глобулин "А")			%
Фактор IX (антигемофилический глобулин "Б")			%
Фактор X (Стюарта-Прауэра)			

<*> Норма вносится в соответствии с методом, принятым в лаборатории.

оборотная сторона ф. N 237/у

Наименование исследования	Единицы СИ		
	Результат	Норма <*>	
Фактор XI (РТА)			
Фактор XII (Хагемана)			
Фактор XIII (фибринстабилизирующий)			
Тест генерации тромбопластина: тромбоциты			с
плазма			с
сыворотка			с
Ретракция кровяного сгустка			
Тромбоэластограмма (ТЭГ): г			МИН.
К			МИН.
ma			ММ
S			МИН.
Адгезия (ретенция) тромбоцитов			%
Агрегация тромбоцитов: с АДФ			
с коллагеном			
с адреналином			
с ристомицином			
Антиген фактора VIII			%
Антитромбин III			%

<*> Норма вносится в соответствии с методом, принятым в лаборатории.

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Форма N 238/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 238/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
показатели системы свертывания крови
(сокращенный анализ)

"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Результат	Норма <*>
Время свертывания: венозная кровь	мин.	мин.
капиллярная кровь	мин.	мин.
Время кровотечения	мин.	мин.
Активированное частичное тромбо- пластиновое время (АЧТВ)	с	с
Протромбиновое время (индекс):		
Плазма крови	с (%)	с (%)
Капиллярная кровь	с (%)	с (%)
Тромбиновое время (ТВ)	с	с
Фибриноген плазмы	мг/л	мг/л
Тромбоциты	х 10 в ст. 9/л	х 10 в ст. 9/л

<*> Норма вносится в соответствии с используемым методом.

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа Подпись _____

**Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5**

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
наименование учреждения _____
Медицинская документация
Форма N 239/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РЕЗУЛЬТАТ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ N

"..." _____ 19... г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____
палата _____ Участок _____ медицинская карта N _____
При исследовании _____
(указать материал)

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа Подпись _____

**Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5**

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 240/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

РЕЗУЛЬТАТ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
 И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВЫДЕЛЕННЫХ
 КУЛЬТУР К ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ N _____

"..." _____ 19 . . г.
 дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____

Учреждение _____ Отделение _____

палата _____ Участок _____ медицинская карта N _____

При исследовании _____

(указать материал)

	Наименование микроорганизмов												Ассоциация микроорганизмов			
Выделены:																
	1			2			3			4						
Наименование препаратов	Чувствительность <*> микроорганизмов															
	у	м	ч	М	у	м	ч	М	у	м	ч	М	у	м	ч	М
	с	а	у	И	с	а	у	И	с	а	у	И	с	а	у	И
	т	л	в	К	т	л	в	К	т	л	в	К	т	л	в	К
	о	о	с	т	о	о	с	т	о	о	с	т	о	о	с	т
	й		т	в	й		т	в	й		т	в	й		т	в
	ч	ч	в		ч	ч	в		ч	ч	в		ч	ч	в	

	И В	У В С Т В .	И Т Е Л Е Н	М К Г / М Л	И В	У В С Т В .	И Т Е Л Е Н	М К Г / М Л	И В	У В С Т В .	И Т Е Л Е Н	М К Г / М Л	И В	У В С Т В .	И Т Е Л Е Н	М К Г / М Л	
Антибиотики: Пенициллин																	
Метициллин																	
Оксациллин																	
Диклоксациллин																	
Ампициллин																	
Карбенициллин																	
Эритромицин																	
Олеандомицин																	
Линкомицин																	
Ристомицин																	
Рифамицин																	
Левомецетин																	
Тетрациклин																	
Стрептомицин																	
Канамицин																	

<*> Результат отметить: при использовании метода дисков - знаком "+", при использовании метода разведений - указанием минимальной, ингибирующей концентрации МИК (мкг/мл).

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа _____ Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 241/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____
Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
реакция Вассермана и др.
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала _____

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____

Учреждение _____

Отделение _____ палата _____

Участок _____ медицинская карта N _____

Реакция Вассермана с антигенами:

кардиолипидным _____

неспецифическим _____

из бледных трепонем _____

(культуральным) _____

Реакция Кана _____

Реакция цитохолевая _____

Количественный титр РВ _____

Реакция Вассермана (на холоде) _____

Реакция иммобилизации трепонем (РИТ) _____

Реакция иммунофлуоресценции (РИФ): _____

РИФ -100 _____

РИФ -200 _____

РИФ -абсорб. _____

Экспресс-реакции:

плазматест _____

типа ВДРЛ (реакция с инактивированной сывороткой) _____

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа _____ Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения

Медицинская документация

СССР

Форма N 242/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
реакция Видаля, Райта, Хеддльсона и др.
"..." _____ 19 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Реакция	Титр					
	1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600
Реакция Видаля с диагностикумами: брюшного тифа О						
брюшного тифа ОН						
Сальмонеллезные группы А (1,2)						
>> >> В (4,5)						
>> >> С (6,7)						
>> >> Д (1,9)						
>> >> Е (3,10)						
Реакция агглютинации с эритроцитарными диагностикумами: Зонне						
Флекснера						
Ньюкестл						
Реакция Райта						
Реакция Хеддльсона						

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 242/у

Реакция агглютинации
с риккетсиозным антигеном _____
РПГА с антигеном _____
Провачека _____

Реакция Пауль-Буннеля _____

РСК с антигенами:
риккетсиозным _____
"Ку" _____
токсоплазмозным _____

орнитозным _____

и т.д. до конца страницы
"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 243/у

наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
антистрептолизин-О, антигиалуронидаза,
антистрептокиназа, С-реактивный белок,
ревматоидный фактор

"..." _____ 19 . . г. ч. __ м. __

Фамилия, имя, отчество _____ Возраст _____

Учреждение _____

Отделение _____ палата _____

Участок _____ медицинская карта N _____

	Результат	Норма
Антистрептолизин-О		
Антигиалуронидаза		
Антистрептокиназа		
С-реактивный белок		
Реакция Ваалер-Розе		
Латекс-тест		

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 244/у

наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ

(указать биоматериал)

"..." _____ 19... г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

и т.д. до конца страницы

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 245/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____

(указать биоматериал)

АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИН, АВСТРАЛИЙСКИЙ АНТИГЕН

"..." _____ 19... г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Альфа-фетопротеин _____
Австралийский антиген _____

"..." _____ 19... г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____

Белок									
Глюкоза									
Кетоновые тела									
Реакция на кровь									
Билирубин									
Уробилиноиды									
Желчные кислоты									
Индикан									

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборотная сторона ф. N 247/у

Наименование исследований	Даты исследований								
Эпителий: плоский									
переходный									
почечный									
Лейкоциты									
Эритроциты: неизмененные									
измененные									
Цилиндры: гиалиновые									
зернистые									
восковидные									
эпителиальные									
Слизь									
Соли									
Бактерии									

Форма N 248/у утратила силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 09.06.1986 N 818.

Код формы по ОКУД _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 250/у

результат анализа															Примечание	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 251/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
лабораторных исследований

вписать название анализа

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

1. Рабочий журнал ведется исполнителем методик (врачом-лаборантом, лаборантом).
2. В графы "1" и "2" переписывают дату и номер анализов из регистрационного журнала.
3. Номера анализов в рабочем журнале должны строго соответствовать номерам регистрационного журнала.
4. По выполнении анализов результаты и показания приборов вносятся в регистрационный журнал.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 251/у

Дата	Регистрационный N анализа	Показания прибора		Результат	Примечание
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 252/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических и паразитологических исследований

(вписать название анализов)

Начат "... " _____ 19 . . г.

Окончен "... " _____ 19 . . г.

Журнал предназначен для регистрации микробиологических и паразитологических исследований.
При большом объеме работы можно вести журналы по видам исследований (на энтеробактерии, коринебактерии, кокки и т.д.).

Основанием для приема материала на исследование служат бланки-направления.

Очередной регистрационный номер присваивается каждому поступившему материалу, и под этим номером проводят исследование до завершения. Все записи в рабочем журнале и на бланках ведут под этим номером, не допуская расхождения номеров.

Методы сбора материала и лабораторные

участок	вания		контрольное				дившего иссле- дование		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

и т.д. до конца страницы

 <*> При исследованиях на возбудителей паразитарных болезней при положительном результате указывается вид паразита и интенсивность инвазии.

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

 наименование учреждения

Медицинская документация
 Форма N 253/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
 микробиологических исследований

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

1. В графу 3 "Регистрационный N" переписываются номера анализов регистрационного журнала. Анализ ведут на всех этапах под одним номером.
2. В графе 4 "Наименование среды и характер роста" отмечают название плотных питательных сред, на которые производят посев исследуемого материала, а также наличие или отсутствие подозрительных колоний. Для каждой среды используют отдельную горизонтальную строку.
3. Графы 6-26 "Тесты для идентификации" служат для характеристики биологических свойств микроорганизмов (ферментативная активность, антигенная структура, токсигенность и др.).

4. Расщепление углеводов рекомендуется отмечать следующими знаками:

- кг - при образовании кислоты и газа;
- к - при образовании кислоты без газообразования;
- - расщепление отсутствует.

5. Ферментативную активность в отношении других веществ, а также образование индола и сероводорода и т.д. целесообразно отмечать знаками:

- (+) - реакция положительная;
- (-) - реакция отрицательная.

6. В графе 27 "Результат исследования" указать вид выделенных микроорганизмов и массивность обсеменения.

Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно - технической документацией (НТД перечислить) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 253/у

Дата	NN п/п	Регистра- ционный N	Наименование среды и характер роста	Микроско- пия	Тесты для							
					6	7	8	9	10	11	12	13
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

идентификации													Результат исследования	Дата окончания исследования. Подпись лица, проводившего исследование
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

 наименование учреждения

Медицинская документация
 Форма N 254/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
 регистрации исследований и результатов определения
 чувствительности микроорганизмов
 к химио-терапевтическим препаратам

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

1. В графе 3 "Регистрационный N" указываются номера анализов, соответствующие номерам регистрационного журнала. Анализ ведут на всех этапах под одним номером.
2. Графы 4-8 заполняются в том случае, если данный журнал служит и для первичной регистрации анализов.
3. В графах 9-27 "Чувствительность микроорганизмов" указываются названия химиопрепаратов и регистрируются зоны задержки роста или минимальные ингибирующие концентрации (МИК).
4. При заполнении журнала в лабораториях противотуберкулезных учреждений - графа 6 должна называться - "Ниациновый тест", графа 8 - "Рост в контроле".

Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно - технической документацией (НТД перечислить) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 254/у

Дата	NN п/п	Регистрационный N	Фамилия, имя, отчество. Возраст. Медицинская карта N	Учреждение, отделение, палата	Диагноз Дата заболевания	Материал	Выделено: (название микроорганизма)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 254/у

Чувствительность микроорганизмов	Дата выда-
----------------------------------	------------

																																							чи ответа _____ подпись лица, про- водившего исследова- ние	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																			

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

 наименование учреждения

Медицинская документация
 Форма N 255/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
 регистрации микробиологических исследований
 на туберкулез

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

Для типографии!
 при изготовлении документа
 формат А4

ф. N 255/у

Дата		NN п/п	Регистр. N	Фамилия, имя, отчество обследуемого	Учреждение, отделение, палата	Материал
взятия	пост.					
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Консервант	Диагноз	Группа диспан- серного учета	Цель иссле- дования	Результат исследования		N куль- туры
				культу- рального	бактерио- скопического	
8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 256/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
приготовления и контроля питательных сред

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

1. При заполнении графы 6 указываются данные о сухих питательных средах, пептоне и т.п.
2. В графах 7-11 могут приводиться данные о количестве засеваемых микробных клеток.
3. Для полного учета в журналах ежедневно ведутся записи о количестве приготовленных питательных сред, независимо от проведения контроля.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 256/у

NN п/п	Дата приготов- ления среды	Дата контроля	Наименование среды	Количество приготовленной среды в литрах	Серия и дата изготовления препарата, из которого приготовлена среда
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

продолжение

Тесты, применяемые для контроля сред					Заключение о пригодности	Дата и подпись врача
7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 257/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
контроля работы стерилизаторов
воздушного, парового (автоклава)

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

Указать нормативно-техническую документацию (НТД)
контроля работы стерилизаторов:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 257/у

Дата	Марка, N стерилизатора воздушного, парового (автоклава)	Стерилизуемые изделия		Упаковка	Время стерили- зации в мин.	
		наименование	кол-во		начало	конец

1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Режим		Тест-контроль			Подпись
давление	температура	биологический	термический	химический	
8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 258/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
исследований на стерильность

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

Методы отбора образцов и их лабораторные
исследования проводятся в соответствии со

следующей нормативно-технической документацией
(НТД перечислить) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 258/у

Дата	NN п/п	Регист- рацион- ный номер	Материал	Учреждение, место взятия материала	Обработка материала и дата посева	Исследование			
						в аэробных условиях			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

и т.д. до конца страницы

продолжение

Исследование в анаэробных условиях					Результат исследования	Дата окончания исследования. Подпись лица, провод. исслед.
11	12	13	14	15		

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 259/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований

вписать название исследований

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 259/у

Дата	N N п/ п	Регис- тра- цион- ный N	Фамилия, имя, отчество. Медицинская карта N	Учреждение, отделение, палата	Диагноз Дата заболе- вания	Наимено- вание исследо- вания, кратность	Наимено- вание анти- гена
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

продолжение

Результаты исследования											Дата окончания исследо- вания, подпись лица, провод. исслед.
1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600	1:3200	КС	КА			
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 260/у
Утверждена Минздравом СССР

наименование учреждения

04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований

_____ (диагностика сифилиса)

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 260/у

Дата	N анализа	Фамилия, имя, отчество	Учреждение, отделение, палата, участок	Медицинская карта N	Диагноз	Исследуемый материал
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Реакция Вассермана			КС
с антигенами (указать серию, титр)			
трепонемным	неспецифическим	кардиолипиновым	КС
8	9	10	11

--	--	--	--

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 260/у

Цитохоло- левая реакция	Реакция Кана	Количественный титр										РСК			Дата выдачи ответа. Подпись врача
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

и т.д. до конца страницы

Для типографии! Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____
 при изготовлении документа
 формат А4

Министерство здравоохранения
 СССР

 наименование учреждения

Медицинская документация
 Форма N 261/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА
 РАБОТЫ ВРАЧА-ЛАБОРАНТА

за _____ 19... г.

Врач-лаборант (медлаборант) _____

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 262/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
учета количества выполненных анализов в лаборатории

Начат "... " _____ 19 . . г. Окончен "... " _____ 19 . . г.

1. Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории ведется заведующим лабораторией.

2. Строки графы "Название анализа" заполняются согласно "Номенклатуре основных видов лабораторных анализов" по разделам: I - общеклинические анализы; II - гематологические; III - цитологические; IV - биохимические; V - микробиологические; VI - иммунологические анализы.

3. В графу "Лечебные подразделения" (подграфы 3-22) вносятся названия обслуживаемых лабораторией стационаров (лечебных отделений), амбулаторно-поликлинических учреждений.

Особо выделяется количество анализов, выполненных по помощи на дому.

Для типографии!

при изготовлении документа
формат А4

ф. N 262/у

_____ месяц _____ год

NN п/п	Название анализа	ЛЕЧЕБНЫЕ								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 262/у

ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ											Итого за
											месяц год
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

и т.д. до конца страницы

1.7. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения

Медицинская документация

СССР

Форма N 300-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
перечня объектов, подлежащих государственному
санитарному надзору

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ССР

(союзная республика)

АССР

область (край) _____

населенный пункт _____ район _____

Город _____

Раздел санитарного надзора _____

В журнале прошнуровано листов _____

оборот ф. 300-у

NN п.п.	Полное наименование предприятия (учреждения), зарегистрированного в исполкоме местных Советов народных депутатов	Адрес, номер телефона	Организация, которой подчинено учреждение (предприятие), министерство	Количество работающих	Номер карты объектов
1	2	3	4	5	6

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация

Форма N 301-у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ N _____

по отводу земельного участка под строительство

" _____ " _____ 19 _____ г.

I. Протокол рассмотрения проекта

1. Наименование объекта, для которого отводится участок, его ведомственная принадлежность _____

2. Место нахождения участка _____
республика, край, область, город, район

3. Наименование документов, на основании которых дано настоящее заключение _____

4. Производился ли осмотр участка в натуре _____
комиссией в составе: _____

5. Характеристика земельного участка (территории):

а) размеры (площади) _____ б) рельеф _____

в) вид грунта _____

г) высота стояния грунтовых вод _____

д) наличие заболоченности _____

е) наличие зеленых насаждений _____

6. Использование участка (территории) в прошлом _____

7. Размещение участка по отношению к окружающей территории, имеющимся строениям _____

8. Господствующее направление ветров _____

9. Характеристика возможных влияний указанного объекта строительства на окружающую среду и гигиенические условия жизни населения _____

10. Класс объекта по санитарной классификации, размеры санитарно-защитной зоны в соответствии с СН 245-71 и возможность ее организации _____

11. Источники водоснабжения, возможность организации зоны санитарной охраны _____

12. Возможность канализования объекта _____

13. Места спуска сточных вод (соответствие требованиям) _____

14. Возможность теплоснабжения объекта _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Земельный участок _____
_____ место расположения

_____ по санитарно-гигиеническим условиям:

а) пригоден для строительства _____

б) не пригоден (указать основания) _____

Настоящее заключение действительно _____

Главный государственный санитарный врач

Место печати

_____ (административная территория)

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 302-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации заключений по отводу земельных участков
под строительство

Начат " ____ " _____ 19__ г.

Окончен " ____ " _____ 19__ г.

об. ф. 302-у

NN п.п.	N заключения	Дата	Наименование объекта	Ведомственная принадлежность	Место нахождения участка	Результаты рассмотрения	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 303-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ N _____
по проекту _____
"_____" _____ 19__ г.

I. Протокол рассмотрения проекта

1. Наименование проекта _____

2. Наименование предприятия _____

3. Министерство (ведомство) _____

4. Место строительства _____
(адрес)

5. Представлены документы:

- а) _____
- б) _____
- в) _____
- г) _____
- д) _____
- е) _____
- ж) _____
- з) _____
- и) _____
- к) _____

6. Проект разработан _____
(наименование проектной организации)

7. Проект представлен _____
(наименование учреждения или предприятия)

при сопроводительном письме N _____ от "_____" _____ 19__ г.

8. Проектные материалы получены "_____" _____ 19__ г.

Входящий N _____

Заключение по проектным материалам в соответствии с пунктом 9
"б", "в" Положения о государственном санитарном надзоре в СССР,
утвержденного постановлением Совета Министров СССР 31 мая 1973 г.
N 361.

об. ф. 303-у

9. Экспертное заключение дано _____
(наименование учреждения, давшего заключение)

N _____ от "_____" _____ 19__ г.

10. При рассмотрении проекта _____

и экспертного заключения _____

установлено _____

II. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

на основании изложенного, проект _____

СОГЛАСОВЫВАЕТСЯ, ОТКЛОНЯЕТСЯ ОТ СОГЛАСОВАНИЯ (ненужное зачеркнуть)

На основании Положения о государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденном постановлением Совета Министров СССР 31 мая 1973 г. N 361 настоящее заключение имеет обязательную силу.

Место печати Государственный Главный санитарный врач _____

(наименование)

(административной территории)

(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация
Форма N 304-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации проектов и заключений по проектам

Начат "___" _____ 19__ г.

Окончен "___" _____ 19__ г.

об. ф. 304-у

N п.п.	Дата получения проекта	Наименование проекта	Заказчик Министерство (ведомство) предприятие	Наименование и адрес проектной организации, разработавшей проект	Учреждение, давшее экспертное заключение, N, дата	Заключение (проект согласован, отклонен,) N, дата

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 305-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

КАРТА N _____
предупредительного санитарного надзора строящегося,
реконструируемого объекта

1. Наименование объекта _____

2. Адрес _____

3. Министерство (ведомство) _____

4. Взято на контроль (дата) _____

5. Организация, выполняющая проект _____

6. Организация, осуществляющая строительство _____

7. Дата согласования с санитарно-эпидемиологической станцией и номер заключения:

а) отвода земельного участка _____

б) проекта _____

8. Сроки строительства:

плановые _____

фактические _____

об. ф. 305-у

9. Проводимый контроль

NN п.п.	Содержание работы (обследование, запросы, лабораторные и инструментальные методы исследования и т.д.)	Выявленные нарушения действующих норм и правил	Принятые меры	Ф.И.О. специалиста санэпидстанции
1	2	3	4	5

10. Дата ввода объекта в эксплуатацию _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 306-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПОСТАНОВЛЕНИЕ N _____
о запрещении, приостановлении

" ____ " _____ 19 ____ г.

Я, главный государственный санитарный врач _____
(наименование

административной территории, фамилия, имя, отчество)

рассмотрев материалы обследования _____

(наименование объекта, принадлежность)

(наименование документов)

установил: _____

Руководствуясь Положением о государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденным постановлением Совета Министров СССР 31 мая 1973 г. N 361, ПОСТАНОВИЛ:

Приостановить, запретить с " ____ " _____ 19 ____ г.

Впредь до _____

об. ф. 306-у

Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на _____

(должность, фамилия, имя, отчество)

Постановление может быть обжаловано в 10-дневный срок вышестоящему должностному лицу санитарно-эпидемиологической службы.

Место
печати

Главный государственный санитарный врач

(наименование административной

территории)

Дата составления карты

" ___ " _____ 19 ___ г.

Санитарный врач _____
(подпись)

Помощник санитарного врача

(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 308-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

КНИГА
для записи санитарного состояния учреждения
" ____ " _____ 19__ г.

об. ф. 308-у

Дата посещения	Обнаруженные нарушения санитарного состояния и противоэпидемического режима	Предложенные мероприятия	Назначенный срок выполнения	Фамилия санитарного врача	Дата и результат проверки выполнения
1	2	3	1	5	6

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 309-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПРОТОКОЛ
о нарушении санитарно-гигиенических и
санитарно-противоэпидемических правил
" ____ " _____ 198 ____ г.

Мною _____
(наименование должности - органа или учреждения

санитарно-эпидемиологической службы, адрес, телефон)

(фамилия, имя, отчество)

при санитарном обследовании _____
(наименование объекта, его подчинение)

обнаружено _____

что является нарушением _____
(наименование санитарно-гигиенических и
санитарно-противоэпидемических правил)

Ответственным за нарушение является:

1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
2. Возраст _____ 3. Семейное положение _____
4. Место работы, адрес предприятия (учреждения) _____
5. Занимаемая должность _____
6. Оклад заработной платы _____
7. Домашний адрес _____

Подпись лица, составившего протокол _____

Подпись лица, ответственного за нарушение _____

Фамилия, имя, отчество понятых _____

Должность и место работы, их местожительство _____

Объяснение лица, ответственного за нарушение _____

Протокол получил _____
(подпись ответственного за нарушение, дата получения)

Отметка об отказе от подписи ответственного лица, от дачи
объяснения или более позднем представлении объяснения _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация
Форма N 310-у

Главный государственный
санитарный врач

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПОСТАНОВЛЕНИЕ N _____
о наложении штрафа
" _____ " _____ 19__ г.

Главный государственный санитарный врач _____
(наименование административной территории)

(фамилия, имя, отчество)

Рассмотрев представленные материалы (перечислить) _____

установил _____

(указать характер нарушений, наименование санитарно-гигиенических
и санитарно-противоэпидемических правил)

На основании Положения о государственном санитарном надзоре в
СССР, утвержденного постановлением Совета Министров СССР от 31 мая
1973 года N 361, ПОСТАНОВИЛ:

подвергнуть штрафу в сумме _____ руб.
(прописью)

гражданина _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

являющегося _____
(занимаемая должность, предприятие, учреждение)

проживающего _____

Означенный штраф должен, быть внесен не позднее _____ в _____
отделение Госбанка в доход
Госбюджета, а квитанция об уплате штрафа представлена мне.

Настоящее постановление может быть обжаловано в 10-дневный
срок со дня вручения постановления в народный суд по месту
жительства. Копия заявления об этом направляется должностному
лицу, которое внесло постановление о наложении штрафа, для
приостановления взыскания штрафа.

Главный государственный санитарный врач _____
(подпись)

Постановление получил _____
(подпись оштрафованного, дата получения)

Фамилия, имя, отчество, должность и подпись другого лица,
получившего постановление для вручения оштрафованному _____

(дата)

Отметка о высылке постановления заказным письмом _____
(число, месяц, год. N квитанции)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 311-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации постановлений о наложении штрафов

Начат "___" _____ 19__ г. Окончен "___" _____ 19__ г.

ф. 311-у

N постановления	Дата вынесения постановления	Кем вынесено постановление (должность, фамилия, имя, отчество)	Фамилия, имя, отчество оштрафованного	Занимаемая должность, наименование предприятия учреждения, его подчиненность, адрес	Домашний адрес	Сумма штрафа	Существо нарушения по протоколу
1	2	3	4	5	6	7	8

разворот ф. 311-у

Кем составлен протокол (должность, ф., и., о., наименование органа или учреждения санитарно-эпидемиологической службы)	Дата составления протокола о санитарном нарушении и акта санитарного обследования	Дата вручения постановления (лично, послано заказным письмом по адресу)	Доведено до сведения общественности по месту работы или жительства	Срок добровольного внесения штрафа	Обжалование постановления в народный суд и принятое решение	Предложения о взыскании штрафа из заработной платы оштрафованного и через народный суд (обращение взысканию на имущество)	Отметка о взыскании штрафа
9	10	11	12	13	14	15	16

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация
Форма N 312-у

Наименование учреждения
Главный государственный
санитарный врач

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРЕДЛОЖЕНИЕ
об удержании неуплаченного штрафа

В бухгалтерию _____
(наименование предприятия, учреждения)

Адрес _____

На основании п. 12 "Положения о государственном санитарном надзоре
в СССР", утвержденного Постановлением Совета Министров СССР 31 мая
1973 года N 361, предлагаю взыскать в бесспорном порядке с _____

работавшего в _____
штраф в сумме _____

согласно постановлению о наложении штрафа главного
государственного санитарного врача _____

(наименование территории)
N _____ от "___" _____ 19___ года путем вычета из заработной
платы.

Удержанная сумма должна быть внесена в _____
отделение Госбанка в доход Госбюджета.

Главный государственный санитарный врач

_____ (подпись)

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 313-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПОВЕСТКА N _____

для дачи объяснения о нарушении санитарно-гигиенических
и санитарно-противоэпидемических правил

" ____ " _____ 19__ г.

Тов. _____

(фамилия, и., о.)

Занимаемая должность _____

Адрес _____

(служебный)

Прошу прибыть к _____ час. " ____ " _____ 19__ г.

в _____

(наименование санэпидстанции)

_____ (адрес санэпидстанции, телефон)

к _____

(ф., и., о. должностного лица)

для дачи объяснений по поводу нарушения санитарно-гигиенических и
противоэпидемических правил _____

(подпись лица, выписавшего повестку)

Повестку получил _____
(подпись) _____
(занимаемая должность)

" ____ " _____ 198__ г.
(дата получения повестки)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 314-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Главный государственный
санитарный врач

ПРЕДЛОЖЕНИЕ
об отстранении от работы

Руководителю предприятия (учреждения) _____

(адрес) _____
(телефон)

Руководствуясь инструкцией Министерства здравоохранения СССР от 6 февраля 1961 года, изданной на основании постановления Совнаркома СССР от 1 октября 1936 года (Сборник законов СССР, 1936, N 50, с. 410), ПРЕДЛАГАЮ не допускать к работе до получения письменного

разрешения _____
(наименование санэпидстанции)

тов. _____
(фамилия, имя, отчество)

работающего в должности _____
отстраняемого от работы по поводу _____

Главный государственный санитарный врач _____
(наименование)

Предложение получил _____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация
Форма N 315-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
санитарного обследования
" ____ " _____ 19 ____ г.

Мною _____

фамилия, имя, отчество, должность

В присутствии _____

(фамилия, имя, отчество, должность)

установлено: _____

об. ф. 315-у

На основании Положения о государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденном постановлением Совета Министров СССР 31 мая 1973 г. N 361, ПРЕДЛАГАЕТСЯ:

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
----------	--------------------------	--------------------	------------------------------

--	--	--	--

Акт составлен в _____ экз.

Подписи: _____

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 316-у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

АКТ

по приему оздоровительного учреждения _____

(наименование)

от "___" _____ 19__ г.

Организация _____

(наименование, адрес)

комиссия в составе: _____

произвела прием оздоровительного учреждения _____

1. Оздоровительное учреждение расположено (подробный адрес, удаленность от железной дороги, населенного пункта, больницы) _____

2. Подъездные пути (шоссе, проселочная дорога) _____

3. Оздоровительное учреждение (стационарное или арендованное - подчеркнуть) с какого года функционирует _____

4. Расчетная вместимость учреждения _____
количество смен _____

5. Площадь в кв. м на одного ребенка в спальне _____

6. Наличие основных и вспомогательных помещений для дневного пребывания, для работы кружков, клуба, эстрады, Ленинской комнаты, Совета дружины, для хранения чемоданов, умывальных, туалетов, сушки одежды и обуви, для чистки одежды и обуви и др. _____

ф. 316-у

7. Столовые: число посадочных мест в обеденном зале _____
площадь на 1 посадочное место _____
Необходимый набор помещений (их площадь): при обеденном зале _____
производственные, складские, технические помещения и помещения персонала _____

наличие подводки холодной и горячей воды к моечным ваннам _____

обеспеченность инвентарем, оборудованием, посудой _____

стр. 3 ф. 316-у

8. Условия хранения продуктов (скоропортящихся, сухих, овощей) _____

источники холода (холодильн. камеры, бытовые холодильники, ледники) их температурный режим _____

Наличие транспорта и специальной тары для перевозки продуктов _____

9. Помещения медицинского назначения (площадь):

ожидальная (навес) _____

кабинет врача - смотровая _____

кабинет зубного врача _____ процедурная _____

комната медицинской сестры _____ уборная с умывальником _____

в шлюзе _____

10. Изолятор: палаты (число, площадь) _____

число коек _____ наличие боксированных палат _____

подсобные помещения (какие, площадь) _____

их оборудование _____

стр. 4 ф. 316-у

11. Наличие бани _____ душевых гигиенических _____

(число рожков) _____ кабины личной гигиены девочек _____

прачечной _____ постирочный _____

12. Водоснабжение: центральное водоснабжение, артезианская скважина, шахтный колодец _____

дебет воды _____ количество воды на 1 человека в сутки _____

наличие питьевых фонтанчиков _____

13. Канализация: полная или частичная _____

тип очистных сооружений _____

14. Освещение помещений _____

территории _____

15. Территория оздоровительного учреждения: площадь _____

ограждение _____ благоустройство и оборудование _____

16. Наличие водоема и организация места купания _____

17. Общелагерная линейка _____

линейка для октябрятских групп _____

площадка для костра _____

18. Сооружения физкультуры и спорта, их оборудование _____

19. Игровые площадки, аттракционы, их оборудование _____

20. Уголок юного натуралиста, "живой уголок" _____

огород для опытных культур _____

площадки - географическая, астрономическая _____

21. Размещение обслуживающего персонала _____

22. Обеспеченность твердым инвентарем _____

мягким инвентарем (количество смен белья) _____

23. Обеспеченность инвентарем для работы кружков (какой, количество) _____

24. Укомплектованность штата (количество) педагогов-воспитателей

стр. 6 ф. N 316-у

пионервожатых _____, педагогов физической подготовки _____

_____ воспитателей, _____

медицинского персонала _____

административно-хозяйственного и обслуживающего персонала _____

25. Наличие договора о вывозе пищевых отходов, мусора, очистке
выгребов _____

26. Выполнение плана-задания по благоустройству оздоровительного
учреждения _____

27. Заключение комиссии _____

Подписи _____

ПРИМЕЧАНИЕ: Акт составляется в 3-х экземплярах - для районной лагерьной комиссии, санэпидстанции и оздоровительного учреждения.

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 317-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

РАЗРЕШЕНИЕ

на вывоз детей в оздоровительные учреждения,
выданное предприятию (организации), в ведении
которого находятся данные учреждения

от "___" _____ 19__ г.

Санэпидстанция _____

разрешает вывоз детей в _____

по адресу _____

количество детей в одну смену _____

Разрешение дано на основании документов:

1. Акта приема от "___" _____ 19__ г.

2. Анализа воды от "___" _____ 19___ г.

3. Разрешения санэпидстанции района по месту размещения учреждения

4. Штатной ведомости сотрудников учреждения в количестве:

5. Справок о прохождении учреждения:

медосмотра _____

веносмотра _____

анализа крови на _____

исследования на бациллоносительство кишечных инфекций _____

флюорографии _____

профилактических прививок _____

6. Справок о проведении дезинфекции, дезинсекции и дератизации в помещении и на территории учреждения _____

7. Заключение технического надзора о состоянии помещений _____

8. Заключение органов государственного пожарного надзора _____

Дата выезда "___" _____ 19___ г.

Главный врач санэпидстанции _____

(подпись)

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 318-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

АКТ
(санитарный паспорт)
по приему лагеря студенческого строительного,
сельскохозяйственного отряда и отряда трудовых
объединений старшеклассников

1. Название республики, края, области, района, города, совхоза _____

2. Название организации, принимающей отряд, фамилия руководителя _____

3. Название института, школы (полное и адрес), название отряда _____

4. Численность отряда _____

5. Фамилия командира отряда и медработника отряда _____

6. Характеристика территории лагеря _____

(площадь, озеленение

водоем и т.д.)

7. Характеристика жилой зоны лагеря:

а) где располагаются спальные помещения, их санитарное состояние и оборудование _____

б) площадь на 1 человека _____

в) наличие сушилок _____

камеры хранения _____

медпункта _____ комнаты отдыха _____

изолятора _____

стр. 2 ф. 318-у

Помещения для хранения инструментов _____

г) наличие противопожарного оборудования _____

8. Характеристика пищеблока

а) студенческий, школьный котлопункт _____

или обществ, столовая _____

б) соответствие санитарным нормам кухни _____

_____ и столовой _____

в) обеспечение инвентарем (полное, неполное, частичное, чего нет) _____

г) наличие погреба _____ кладовой _____

и их санитарное состояние _____

д) условия хранения продуктов _____

(хорошие, плохие, малопригодные)

е) организации, снабжающие лагерь продуктами _____

ж) наличие противопожарных щитов на пищеблоке и укомплектованность оборудованием _____

з) обеспеченность пищеблока питьевой водой _____

и) способ удаления пищевых отходов и промывочных вод _____

9. Характеристика водоснабжения лагеря:

а) характер водоисточника _____

б) заключение СЭС о его использовании с указанием КОЛИТИТРА _____

в) рекомендации СЭС по обработке воды _____

г) пункт забора, способ доставки, количество емкостей, их объем и пригодность (при отсутствии водоисточника) _____

стр. 3 ф. 318-у

д) обеспеченность лагеря бачками (количество) и их пригодность _____

10. Характеристика зоны санитарного благоустройства:

а) наличие умывальников, правильность их устройства и количество сосков (при централиз. водоснабжении количество кранов, исправность водопровода, наличие канализационной сети и ее исправность)

б) наличие бани и ее санитарное состояние, кто пользуется _____

(при отсутствии бани, где и как организ. помывки)

в) наличие душа _____

д) наличие туалетов, правильность их расположения и достаточность объема

ж) наличие запаса дезсредств _____

12. Наличие спортплощадки _____

13. Способ освещения в лагере, его достаточность и правильность устройства _____

14. Удаленность лагеря от:

а) населенного пункта _____

б) действующего медицинского учреждения (указать какого) _____

стр. 4 ф. 318-у

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

а) въезд отряда разрешается с _____ 19__ г.
(число, месяц)

б) въезд запрещается до проведения следующих мероприятий

_____ (указать какие мероприятия и в какой срок)

в) въезд запрещается вообще <*> _____ (указать причину)

Представитель _____
(назв. района)

СЭС _____

Представитель _____ (подпись) Представитель _____ (фамилия)
(наим. приним. орган.) (наим. отряда)

_____ (подпись) _____ (фамилия) _____ (подпись) _____ (фамилия)

Составлен _____ 19__ г. <*>

(число, месяц)

<*> В случае запрещения въезда отряда об этом немедленно извещается главный врач областной, краевой, республиканской СЭС и главный врач областного, краевого, республиканского штаба ССО.

<*> Паспорт составляется в трех экземплярах и передается на хранение каждой из подписавших организаций. По окончании работ районные СЭС сдают паспорта в областную, краевую, республиканскую СЭС для составления итогового отчета; мед. работники отрядов сдают паспорта главному (санитарному) врачу областного, краевого, республиканского штаба ССО. Паспорта уничтожаются через год.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 319-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

УЧЕТНАЯ КАРТОЧКА
общественного санитарного инспектора

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Удостоверение _____
(N, дата выдачи)
3. Домашний адрес _____

4. Год рождения _____
5. Образование _____

6. Место работы _____

7. Должность _____

8. Дата начала работы при _____
(наименование санэпидстанции)

9. Раздел работы _____

10. Наименование объектов, принятых под самостоятельный текущий санитарный надзор _____

оборот ф. 319-у

ПРОВЕДЕННАЯ РАБОТА				
Дата обследования	Цель обследования	Результат обследования	Принятые меры	Отметки санэпидстанции
1	2	3	4	5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР		Медицинская документация Форма N 320-у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. N 1030
Наименование учреждения		

АКТ
 обследования общественным санитарным
 инспектором
 " ___ " _____ 19 г.

Мною, _____
 (фамилия, имя, отчество)

общественным санитарным инспектором _____
 (наименование санэпидстанции)

в присутствии _____
 (фамилия, имя, отчество и
 должность должностного лица)

проведена проверка соблюдения санитарно-гигиенических и санитарно-
 противоэпидемических правил _____
 (наименование объекта и
 его подчиненность)

Обнаружено: _____

Предложено: _____

Подпись общественного санитарного инспектора _____

Ознакомлен: Представитель администрации _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 321-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации подготовки общественных
санитарных инспекторов и числа
инструктивных занятий с ними

ф. N 321-у

А. Учет подготовки общественных санитарных инспекторов			
Порядко- вый N группы	Дата проведения занятия (год, месяц, число)	Наименование профиля подготовки	Число слушателей в группе
1	2	3	4

стр. 3 ф. N 321-у

Б. Учет инструктивных занятий с общественными санитарными инспекторами

№ п.п.	Дата проведения занятий	Наименование инструктивного занятия (семинар, конференция и т.д.)	Ф.И.О., занимаемая должность проводившего занятия	Число ОСИ
1	2	3	4	5

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 322-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации проб и выдачи результатов исследований

Начат "___" _____ 19__ г. Окончен "___" _____ 19__ г.

Пробе придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются все виды исследования.

Журнал ведется лабораторией или лабораторными подразделениями в зависимости от объема работы.

оборот ф. 322-у

Лабо-	Дата, время	Название	Коли-	Место	Особые	Цель	Применяемые	Дата	Подпись	Дата
-------	-------------	----------	-------	-------	--------	------	-------------	------	---------	------

рапор- ный номер	отбор проб	посту- пления в лабо- раторию	пробы (образца и др.)	чество, объем	отбора проб (образца и др.)	условия при отборе	иссле- дования	при отборе консерванты, стабилизаторы и др.	начала иссле- дова- ния	оконча- ния иссле- дования	унич- тоже- ния пробы	проводившего исследование	подпи- санный получ- ителем результ- ата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 323-у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

АКТ ОТБОРА ПРОБ ВОДЫ N _____
от "___" _____ 19__ г.

Точка отбора _____

Цель отбора _____

НТД, согласно которой произведен отбор _____

Дата и время отбора _____

Дата и время доставки _____

Адрес, наименование лаборатории _____

Условия транспортировки _____, хранения _____

_____ Методы консервации _____

№ пробы	Наименование объекта (артскважина, колодец, водоем и др.)	Адрес	Место отбора, глубина отбора	Расстояние от берега	Упаковка, объем пробы	Метео-условия при отборе. Т воды в град. С	Вид пробы (разовая, средняя и др.)

ПРИМЕЧАНИЕ: для сточной воды указать характер (производственная, хозяйственно-бытовая, смешанная - нужное подчеркнуть).

Особые условия отбора _____
 Дополнительные сведения _____

Должность, ф., и., о. сотрудника, в присутствии которого произведен отбор _____
 _____ Подпись _____

Должность, ф., и., о. производившего отбор проб _____
 _____ Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
 Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 324-у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

 Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
 учета результатов исследований воды поверхностных водоемов, прибрежных зон морей, сточных вод

Начат "___" _____ 19 г. Окончен "___" _____ 19 г.

ПРИМЕЧАНИЕ:

1. Пробе придается единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются все виды исследования.
2. При большом объеме исследований воды поверхностных водоемов допускается ведение самостоятельного журнала.
3. При исследовании воды из открытых водоемов и прибрежных зон морей графы NN 11, 14, 15, 25 - не заполняются.

стр 2. ф. 324-у

NN п.п.	Лабораторный номер	Дата	Место отбора пробы и адрес	Температура в градусах С		Запах			Цветность в градусах	Цвет (описать)	Порог исчезновения цвета (в разведении)	Муть, осадок (описать)	Прозрачность в см	Плавающие примеси, пленка	Взвешенные вещества мг-куб. дм	РН
				воздуха	воды	Интенсивность в баллах	Характер (описать)	Порог исчезновения (в развед.)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

стр. 3 ф. 324/у

Кислот-	Жесткость	Сухой остаток	Кальций	Магний	Железо	Хлориды	Сульфаты	Азот мг - куб. дм	Фтор мг -	СПАВ мг -	Специфические вещества, характерные для местных условий, мг - куб. дм
---------	-----------	---------------	---------	--------	--------	---------	----------	-------------------	-----------	-----------	-----------------------------------------------------------------------

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 325-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПРОТОКОЛ N _____
исследования воды поверхностных водоемов,
прибрежных зон морей и сточных вод

от " ____ " _____ 198__ г.

Наименование источника _____
Место взятия пробы _____
Дата и время взятия пробы _____
Температура воздуха в градусах С _____
Температура воды в градусах С _____

Запах | Интенсивность в баллах _____
| Характер (описать) _____
| Порог исчезновения (в разведении) _____

Цветность в градусах _____
Цвет (описать) _____
Порог исчезновения цвета (в разведении) _____
Муть, осадок (описать) _____
Прозрачность _____ см
Плавающие примеси, пленка _____
Взвешенные вещества _____ мг-куб. дм.
РН _____

Растворенный кислород _____ мг-куб. дм
БПК-5 _____ мг O₂-куб. дм
БПК-20 _____ мг O₂-куб. дм
Окисляемость _____ мг O₂-куб. дм
ХПК _____ мг O₂-куб. дм
Щелочность _____ мг-экв.
Кислотность _____ мг-экв.
Жесткость общая _____ мг-куб. дм
Сухой остаток _____ мг-куб. дм
Кальций _____ мг-куб. дм
Магний _____ мг-куб. дм
Железо общее _____ мг-куб. дм
Хлориды _____ мг-куб. дм
Сульфаты _____ мг-куб. дм

оборот ф. 325-у

Азот | Аммиака _____ мг-куб. дм
| Нитритов _____ мг-куб. дм
| Нитратов _____ мг-куб. дм

Фтор _____ мг-куб. дм

Специфические вещества, характерные для местных условий:
Нефтепродукты _____ мг-куб. дм
Фенолы _____ мг-куб. дм
Цианиды _____ мг-куб. дм
Медь _____ мг-куб. дм
Свинец _____ мг-куб. дм
Цинк _____ мг-куб. дм
Хром трехвалентный _____ мг-куб. дм

Хром шестивалентный _____ мг-куб. дм
другие _____ м _____

НТД на методы исследования _____

Подпись проводившего исследования _____

Заключение врача _____

Подпись заведующего отделением коммунальной гигиены _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 327-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения _____

ПРОТОКОЛ N _____
исследования питьевой воды

от "___" _____ 198__ г.

Место взятия пробы _____

Наименование водоисточника _____

Дата и время взятия пробы _____

Запах _____ баллы при 20 гр. С, _____

Баллы при 60 град. С _____

Привкус _____ баллы при 20 град. С,

цветность _____ градусы _____

Мутность _____ по станд. шкале мг-куб. дм

ГОСТ
3351-74

Осадок (описать) _____

Прозрачность _____ см

РН _____

Остаточный хлор

Свободный _____ мг-дм ГОСТ 18190-72

Связанный _____ мг-дм ГОСТ " "

Остаточный озон _____ мг-дм ГОСТ 18301-72

Окисляемость _____ мг O₂-дм

Азот в аммиака _____ мг-дм ГОСТ 4192-48

мг-л нитритов _____ мг-дм ГОСТ " "

нитратов _____ мг-дм ГОСТ 18826-73

Общая жесткость _____ мг-экв.-дм ГОСТ 4151-72

Сухой остаток _____ мг-дм ГОСТ 18164-72

Хлориды _____ мг-дм ГОСТ 4245-72

Сульфаты _____ мг-дм ГОСТ 4389-72

Железо _____ мг-дм ГОСТ 4011-72

Медь _____ мг-дм ГОСТ 4388-72
Цинк _____ мг-дм ГОСТ 18293-72
Молибден _____ мг-дм ГОСТ 18308-72
Мышьяк _____ мг-дм ГОСТ 4152-72
Свинец _____ мг-дм ГОСТ 18293-72
Фтор _____ мг-дм ГОСТ 4386-72

стр. 2 ф. 327-у

Остаточный алюминий _____ мг-дм ГОСТ 18165-72
Полиакриламид _____ мг-дм ГОСТ 19413-74
Полифосфаты _____ мг-дм ГОСТ 18309-72
Бериллий _____ мг-дм ГОСТ 18294-72
Селен _____ мг-дм ГОСТ 19413-74
Марганец _____ мг-дм ГОСТ 4974-72
Стронций стабильный _____ мг-дм ГОСТ 23950-80

Специфические вещества, характерные для местных условий, мг-дм

Подпись проводившего исследования _____

Заключение врача _____

Подпись заведующего отделением коммунальной гигиены _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 328-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации результатов исследования воздуха

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Пробе воздуха придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются поглотители и фильтры в протоколах исследования воздуха.

Журнал ведется лабораторными подразделениями, проводящими исследования воздуха.

ф. 328-у

Лабораторный номер	Дата отбора	Время отбора	Наименование обследуемого объекта	Определение метеорологических условий						Источник загрязнения и расстояние от источника загрязнения и места отбора	Определяемые вещества
				атмосферное давление	Т гр. воздуха	влажность	ветер		состояние погоды		
направление	скорость										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

разворот ф. 328-у

Обнаруженная концентрация	ПДК	НТД,	Количество	Подписи
---------------------------	-----	------	------------	---------

Максимально-разовая концентрация	Среднесуточная концентрация	Максимально разовая концентрация	Среднесуточная концентрация	согласно которой проводилось исследование	исследований в пробе	Проводившего исследование	Получившего результат исследования
13	14	15	16	17	18	19	20

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 329-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПРОТОКОЛ N _____
исследования воздуха населенных мест

от " __ " _____ 19__ г.

Место отбора воздуха _____

Цель отбора _____

Вид пробы (разовая, среднесуточная) _____

НТД, согласно которой произведен отбор _____

Дата и время отбора _____ доставки _____

Условия транспортировки _____ хранения _____

Методы консервации _____

Средства измерений, применяемые при отборе _____

Сведения о государственной проверке _____

Характеристика местности: рельеф _____, зеленый массив _____

его высота _____ расстояние от источника загрязнения _____

Планировочная ситуация _____

Характеристика источника загрязнения _____

высота и мощность выброса _____

форма факела _____

Эскиз местности с указанием источника загрязнения и точек отбора проб воздуха (порядкового номера точек отбора):

Должность, фамилия, и., о., проводившего отбор проб _____

_____ Подпись _____

Протокол составляется в двух экземплярах

стр. 2 ф. 329-у

Номера		Точка отбора проб	Метеофакторы				Время отбора (час., мин.)		
погло-	точек		атмо-	темпе-	влаж-	ветер	состо-	начало	конец

тителей фильтров	отбора по эскизу		сферное давление в мм рт. ст.	ратура воздуха в град. С	ность в проц.	направ- ление	ско- рость в м/сек.	яние погоды			аспирации в л-мин.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Номера поглотителей и фильтров переписываются из

стр. 3 ф. 329-у

Наименование определяемого вещества, ингредиента	Результат исследования концентрации в единицах измерения				НТД на методики исследования
	максимально-разовая		среднесуточная		
	обнаруженная	ПДК	обнаруженная	ПДК	
13	14	15	16	17	18

Подпись проводившего исследование _____

журнала регистрации результатов исследования воздуха

стр. 4 ф. 329-у

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА: _____

Подпись санитарного врача _____

Подпись заведующего отделением _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 330-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
исследования воздуха закрытых помещений

от " _ " _____ 19__ г.

Место отбора воздуха _____
(наименование объекта, адрес, цех, участок,

отделение, помещение, здание, комната, класс и др.)

Цель отбора _____

НТД, согласно которой произведен отбор _____

Дата и время отбора _____ доставки _____

Условия транспортировки _____ хранения _____

Методы консервации _____

Средства измерений, применяемые при отборе _____

Сведения о государственной проверке _____

Характеристика помещения: площадь _____ кв. м, кубатура _____

куб. м, количество живущих или работающих _____, условия

отбора _____

(окна открыты, закрыты и др.)

Характеристика технологического процесса: проц. работающего

оборудования _____

_____ режим _____

наличие ручных операций _____

основные источники загрязнения _____

Эскиз помещения (территории, площадки, рабочего места и др.) с
указанием источников загрязнения и точек отбора проб воздуха
(порядковые номера точек отбора):

Должность, фамилия, и., о. представителя обследуемого объекта,
присутствующего при отборе воздуха _____

_____ Подпись _____

Должность, фамилия, и., о. проводившего отбор воздуха _____

_____ Подпись _____

Протокол составляется в двух экземплярах

стр. 2 ф. 330-у

Результаты измерения метеорологических факторов атмосферного воздуха:

Температура град. С		Относительная влажность				Давление мм рт. ст.					
Номера		Точка отбора проб	Условия отбора воздуха помещений								
поглотителей и фильтров	точек отбора по эскизу		Метеофакторы				Расстояние в м, см		Время отбора час., мин.		Скорость аспирации л-мин.
			температура град. С показан. термометр.		относительная влажность	скорость движения воздуха	от пола	от источника загрязнения	начало	окончание	
1	2	4	5	6							7

Номера поглотителей и фильтров переписываются

разворот ф. 330-у

Наименование определяемого показателя, ингредиента вещества в мг/куб. м	Результат исследования в мг-куб. м		НТД на методику исследования
	обнаруженная концентрация	ПДК, ОБУВ и др. по НТД в мг-куб. м	
13	14	15	16

Подпись проводившего исследование _____

Из журнала регистрации результатов исследования воды.

стр. 4 ф. 330-у

Заключение врача:

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация

Форма N 332-у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПРОТОКОЛ N _____
исследования проб почвы
от " ____ " _____ 198__ г.

Наименование объекта, адрес _____

Время отбора _____ доставки _____

Цель исследования _____

Дополнительные сведения _____

NN проб	Место и точка отбора	Количество в гр.	Глубина отбора в см	НТД на метод отбора
1	2	3	4	5

стр. 2 ф. 332-у

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1	Наименование показателей	НТД на метод исследования	Результат исследования в пробах в ед. измерения			
			N 1	N 2	N 3	N 4
2	3	4	5	6	7	

Фамилия и подпись проводившего исследование _____

Заключение санитарного врача _____

Фамилия и подпись санитарного врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 333-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПРОТОКОЛ N _____
измерений напряженности электромагнитного поля
от " ____ " _____ 198 ____ г.

1. Место проведения измерений _____
(наименование объекта, адрес,

цех, участок, отделение)

2. Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого
объекта _____
(должность, фамилия, имя, отчество)

3. Средства измерений _____
(наименование, марка, инвентарный номер)

4. Сведения о государственной проверке _____
(дата, и номер

свидетельства, справки)

5. Нормативно-техническая документация, в соответствии с которой
проводились измерения и давалось заключение _____
(перечислить)

6. Эскиз помещения с указанием размещения оборудования, источников
электромагнитных излучений (обозначенных номерами предприятий-
изготовителей) и нанесением точек замеров

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация

Форма N 334-у

Наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
измерений шума и вибрации
от " _ " _____ 19__ г.

1. Место проведения измерений _____
(наименование объекта, цех,
участок, отделение, адрес)
2. Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого
объекта _____
(должность, фамилия, имя, отчество)
3. Средства измерений _____
(наименование, тип, инвентарный номер)
4. Сведения о государственной поверке _____
дата и номер свидетельства (справки)
5. Нормативно-техническая документация, в соответствии с которой
проводились измерения и давалось заключение _____
6. Основные источники шума (вибрации) и характер создаваемого ими
шума (вибрации) _____
7. Количество работающих человек _____
8. Эскиз помещения (территории, рабочего места, ручной машины) с
нанесением источников шума (вибрации) и указанием стрелками мест
установки и ориентации микрофонов (датчиков). Порядковые номера
точек замеров.

Подпись _____

стр. 4 ф. 334-у

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Санитарный врач (инженер) _____
(фамилия, имя, отчество)

Подпись _____

Руководитель отделения _____
(фамилия, имя, отчество)

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 335-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПРОТОКОЛ
измерений освещенности
от " ____ " _____ 198__ г.

1. Место проведения измерений _____
(наименование объекта,

адрес, цех, участок, класс, комната и т.д.)

2. Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого
объекта _____

(должность, фамилия, имя, отчество)

3. Фотоэлектрический люксметр типа _____,
инвентарный N _____

4. Сведения о государственной поверке _____
(дата и N свидетельства,

справки)

5. Нормативно-техническая документация, в соответствии с которой
проводились измерения и давалось заключение _____

(перечислить)

6. Эскиз помещения с указаниями расстановки оборудования,
размещения светильников, расположения светонесущих конструкций
(окон, световых фонарей и пр.) и нанесением точек замеров.

7. Результаты измерений искусственной освещенности

NN п.п.	NN точек по эскизу	Место измерений	Разряд работы	Подразряд	Система освещения (комбинированная, общая)	Вид (люминисцентная, накаливания и тип) марка ламп	Освещенность в люксах			Допустимая по нормам
							1	2	3	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Измерение проводил _____
(должность, фамилия, подпись)

стр. 3 ф. 335-у

8. Результаты измерений естественной освещенности

NN п.п.	NN точек по эскизу	Место измерений	Разряд работы	Время суток проведения замеров	При верхнем и комбинированном освещении				При боковом освещении			
					освещен. внутри помещения	наружная освещенность	КЕО среднее значение	допустимая по нормам	освещен. внутри помещения	наружная освещенность	КЕО среднее значение	допустимая по нормам
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

(Фамилия, должность)

(подпись)

стр. 4 ф. 335-у

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Санитарный врач _____
(должность, фамилия, имя, отчество)

Руководитель подразделения _____
(подпись)

(должность, фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 336-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ
измерений метеорологических факторов
от " ____ " _____ 19__ г.

1. Место проведения измерений _____

(наименование объекта, адрес, цех,
участок, отделение, здание и др.)

2. Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого
объекта _____

(должность, фамилия, имя, отчество)

3. Средство измерений _____
(наименование, марка, инвентарный номер)

4. Сведения о Государственной поверке _____
(дата и номер

свидетельства, справки)

5. Нормативно-техническая документация, в соответствии с которой
проводились измерения и давалось заключение _____
(перечислить)

6. Характеристика помещения: а) площадь _____ кв. м,

б) кубатура _____ куб. м,

в) количество работающих человек _____,

г) влаговыделение: значительное, незначительное

д) избытки явного тепла: отсутствуют, незначительные,
значительные.

7. Эскиз помещения с указаниями размещения оборудования и
нанесением точек замеров.

8. Результаты измерений метеорологических факторов атмосферного воздуха:

а) температура С град. _____

б) относительная влажность проц. _____

в) давление в мм ртутного столба _____

9. Результаты измерений метеорологических факторов закрытых помещений

NN п.п.	N точек по эскизу	Место проведения измерений	Категория работ по тяжести	Время суток проведения измерений	Температура воздуха град. С		Относительная влажность воздуха проц.		Скорость движения воздуха м-с.		Тепловое излучение ккал-куб. м ч.			Примечание
					Измеренная	Допустимая по нормам	Измеренная	Допустимая по нормам	Измеренная	Допустимая по нормам	Наименование источн. теплоиз.	Расстояние от источн. в см	Показания актинометра	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Измерения проводил _____
(должность, фамилия, подпись)

Заключение _____

Подпись санитарного врача _____

Руководитель подразделения _____
(фамилия, имя, отчество, должность)

(подпись)

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 337-у

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

АКТ N _____

отбора изделий (посуда, игрушки, одежда и др.)

из полимерных и других материалов

от "___" _____ 198_ г.

Наименование объекта, адрес _____

Место отбора _____

Наименование материала, изделия _____

Дата изготовления _____ количество проб _____

партия _____ назначение изделия _____

НТД на материалы, его марка и химические названия _____

Рецептура изделия _____

Характеристика технологического процесса _____

Область применения _____

Время отбора проб _____ доставки _____

Условия транспортировки и хранения _____

Дополнительные сведения _____

Фамилия и подпись проводившего отбор _____

Фамилия и подпись, должность представителя обследуемого объекта,
присутствующего при отборе проб _____

Акт отбора проб составляется в двух экземплярах.

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации проб и результатов исследований
(посудохозяйственных изделий, одежды, игрушек и т.д.)
из полимерных и других материалов

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Пробе придается порядковый единый лабораторный
(регистрационный) номер, под которым
регистрируются токсикологические исследования.

ф. 338-у

NN п.п.	Дата		Место отбора, наименование предприятия, его ведомственная принадлежность	Наименование изделия	НТД, по которой проводилась исследо- вание
	начала анализа	окончания анализа			
1	2	3	4	5	6

разворот ф. 338-у

Результаты исследования			Подпись лица, проводившего исследование
органолептические		физико-химические	
изделия	вытяжки		
7	8	9	10

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация
Форма N 339-у

Наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ N
исследования изделия из полимерных и
других материалов
от " __ " _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____

Наименование изделия _____

НТД на материал, из которого выполнено изделие _____

Дата начала исследования _____ Окончание _____

Описание пробы (образца) _____

Физико-химические показатели:

Наименование показателя ингредиента и др.	Обнаруженная концентрация	Единицы измерений	НТД на методы исследований

Фамилия и подпись проводившего исследование _____

Заключение санитарного врача _____

Фамилия и подпись санитарного врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 340-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
кумулятивных свойств вещества

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

оборот ф. 340-у

Лабораторный номер	Дата исследования	Число животных в эксперименте	Дни от начала эксперимента	Доза в долях, ЛД50				Суммарная	Погибло животных	Кумулятивная гибель	Эффект				Разность между 7 и 9	Слагаемые для x2	Коэффициент кумуляции
				однократная	от ЛД50	кумулятивная доза					обнаруженный		ожидаемый				
						ЛД50	мг-кг				пробиты	проц.	пробиты	проц.			

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 341-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
токсикологических исследований

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

оборот ф. 341-у

Лабораторный номер	Наименование вещества, его состав	Исследуемая доза (концентрация)	Вид животных	Характеристика животных				Дата исследования										Подпись проводившего исследование		
				вид	вес	групповая метка	индивидуальная метка	начало												окончание

Код формы по ОКУД _____
 Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 342-у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

 Наименование учреждения

АКТ N _____
 отбора проб пищевых продуктов
 от " __ " _____ 198__ г.

Наименование объекта и его адрес _____

Время отбора проб _____, доставки _____; условия
 транспортировки и хранения _____, причина отбора проб _____

Дополнительные сведения _____

NN пробы	Наименование пробы (вид, сорт)	Завод изготовитель	Дата выработки и N смены	Величина и N партии	Вес, объем пробы	N документа, по которому получен продукт	Вид тары, упаковки	НТД, в соответствии с которой отобрана проба	Цель исследования	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Должность, фамилия отобравшего пробу _____

_____ Подпись _____

Должность, фамилия представителя обследуемого объекта, в присутствии которого отобраны пробы _____

_____ Подпись _____

Акт составляется в двух экземплярах

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация

Форма N 343-у

Наименование учреждения _____

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ

исследования проб пищевых продуктов

от "___" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____

Наименование пробы _____, количество _____

Время отбора _____ величина партии _____

Дополнительные сведения _____

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наименование показателей ингредиентов и др.	Обнаруженная концентрация	Единицы измерений	НТД на методы исследований

Фамилия и подпись проводившего исследование _____

Заключение санитарного врача _____

Фамилия и подпись санитарного врача _____

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация

Форма N 344-у

Наименование учреждения _____

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

АКТ N _____

отбора кулинарных изделий

от "___" _____ 199__ г.

Наименование объекта, адрес _____

Время отбора _____ Время доставки _____

Условия транспортировки и хранения _____

Место отбора _____

Наименование изделия _____

Цель исследования _____

Данные раскладки (брутто, нетто):

1	2	3	4

Данные о закладке витамина "С" _____

Время витаминизации _____ Количество приготовленных порций _____

Количество заложенных таблеток _____

Активность одной таблетки _____

Дополнительные сведения _____

Должность, фамилия производившего отбор _____
Подпись _____

Должность, фамилия представителя обследуемого объекта,
присутствующего при отборе проб _____

Подпись _____

Акт составляется в двух экземплярах

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 345-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПРОТОКОЛ
исследования готовых блюд и полуфабрикатов
от "___" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____

Наименование блюда, полуфабриката _____

Дата и время отбора _____

Дата и время доставки _____

Дата и время исследования _____

стр. 2 ф. 345-у

NN п.п.	Название блюда	Вес пор- ции в грам- мах	Вес в граммах			Химический состав в единицах измерения						Минеральный состав в единицах измерения				Калорийность		
			плот- ной части	гарнира	мяса, рыбы	сухие веще- ства	белки + угле- воды	белки	угле- воды	жиры	золы	каль- ций	маг- ний	фос- фор	желе- зо	тео- рети- чес- кая	мини- маль- ная, допус- тимая	факти- чес- кая

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Фамилия и подпись проводящего исследование _____

Заключение санитарного врача _____

Фамилия и подпись санитарного врача _____

Дата выдачи результатов _____

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 346-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ УЧЕТА
результатов исследования проб пищевых продуктов

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 346-у

NN п.п.	N по реги- стра-	Дата проведения анализов	Место отбора, адрес и наименование	Наимено- вание пробы	Номер иссле- дования	Пере- чень иссле-	НТД на метод опреде-	Результаты исследований		Норма по НТД на	Подпись проводив- шего
								органо-	физ.-		

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 348-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

НАРЯД N _____
на эвакуацию инфекционного больного
от "___" _____ 19__ г.

Эпид. N <*>

Перенесенные инфекционные заболевания: _____

_____ (указать)

Фамилия, имя, отчество _____

_____ пол М возраст _____

Ж

Адрес _____

Диагноз _____

Назначен в больницу _____

Имел контакт с инфекционным больным _____

_____ (указать заболевание)

<*> Указывается только в случае централизованной регистрации
инфекционных заболеваний.

ф. 348-у

Заявка поступила от _____
(наименование учреждения)

_____ (фамилия медицинского работника)

Дата _____ час. _____ мин. _____

Наряд вручен "___" _____ 19__ г. _____ час. _____ мин.

Наряд выдал _____

Наряд получил _____

Номер машины _____

Эвакуация осуществлена: дата _____ час. _____ мин.

Дезинфекция транспорта: проведена, не проведена (подчеркнуть)

(подпись младшего медперсонала
отделения больницы)

Врач, принявший больного _____

Госпитализация не состоялась, причины: _____

Доставлен(а) по месту жительства: _____ час. _____ мин.

Эвакуатор _____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 349-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета эвакуации инфекционных больных

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 349-у

NN п.п.	Наименование учреждения или фамилия медра- ботника, от ко- торого поступи- ла заявка	Эпи- деми- ческий номер <*>	Фамилия, имя, отчество больного	Воз- раст	Адрес больного	Дата	
						заболе- вания	обраще- ния
1	2	3	4	5	6	7	8

<*> Указывается только в случае централизованной регистрации инфекционных заболеваний

разворот ф. 349-у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация

Форма N 350-у

Наименование учреждения _____

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

СПРАВКА

о проведении дезинфекции по наряду N _____

от "___" _____ 19__ г. _____ час. _____ мин.

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____

Адрес _____

Диагноз _____

Дезинфекцию производил _____

должность, фамилия

Подпись _____

стр. 2 ф. 350-у

ПАМЯТКА НАСЕЛЕНИЮ!

1. Проветрите помещение не менее 2-часов.
2. После проветривания проведите тщательную уборку помещения.
3. Замоченное белье отожмите и выстирайте.
4. Постельные принадлежности, по возможности, проветрите на открытом воздухе.

стр. 3 ф. 350-у

Выполнение наряда					Причины не состоявшейся или поздней дезинфекции
"___" _____ 19__ г.					
Дезинфекция начата _____ час. _____ мин.					
окончена _____ час. _____ мин.					
Перечень объектов	единица измерения	выполнено	наименование израсходованных дезсредств	количество в кг	
Жилых помеще-	кв. м				

ний					
Мест общего пользования	кв. м				
Уборных дворовых	шт.				
Мусорных ящиков	шт.				

Количество вещей для камерной дезинфекции (кг) _____

Сообщено в СЭС

подлежат санитарной обработке

" ____ " _____ 19__ г.

_____ человек, обработано _____ чел.

_____ час. _____ мин.

Дезинфектор _____

Подпись _____

Владелец квартиры претензий не имеет, с памяткой ознакомлен

Подпись _____

стр 4 ф. 350-у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация

Форма N 350-у

Наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

НАРЯД N _____
на заключительную дезинфекцию

Заявка на дезинфекцию принята _____ 19__ г.

_____ час. _____ мин. _____ от _____
наименование учреждения

_____ фамилия медицинского работника

Фамилия, имя, отчество больного _____ возраст _____

Адрес _____

Диагноз _____

Госпитализация состоялась " ____ " _____ 19__ г.

_____ час. _____ мин.

в больницу _____

оставлен дома _____

Наряд на эвакуацию N _____ Наряд на дезинфекцию вручен

"__" _____ 19__ г. _____ час. _____ мин.

Дезбригада: _____

Дезинструктор _____

Дезинфектор _____

Диспетчер _____

Примечание: Заполняется при его выполнении дезинфекционной или санитарно-эпидемиологической станцией.

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 351-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

Наименование учреждения

СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ В ДЕЗКАМЕРЫ N _____

По наряду N _____ приняты от гр. _____

_____ адрес _____

_____ для дезинфекции по поводу

	Наименование вещей	Кол-во
1.		
2.		
3.		

"__" _____ 19__ г.

Вещи сдал в дезкамеры _____
(подпись дезинфектора)

"__" _____ 19__ г.

Вещи из камеры принял _____
(подпись дезинфектора)

Сопроводительная в дезкамеру сохраняется в делах в течение 6-ти мес., а затем передается в архив.

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 351-у
Утверждена Минздравом СССР

КВИТАНЦИЯ N _____ на вещи

По наряду N _____ приняты от гр. _____

_____ адрес _____

_____ для дезинфекции по поводу

	Наименование вещей	Кол-во
1.		
2.		
3.		

" ___ " _____ 19__ г.

Вещи сдал в дезинфекцию _____
(подпись граждан)

" ___ " _____ 19__ г. Вещи для камерной дезинфекции

принял _____
(подпись дезинфектора)Претензий не имею _____
(подпись владельца о получении вещей)После доставки обеззараженных вещей владельцу, квитанция
возвращается дезинфектору.Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____Министерство здравоохранения
СССРМедицинская документация
Форма N 351-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030_____
Наименование учреждения

КОРЕШОК N _____ на вещи

По наряду N _____ приняты от гр. _____

_____ адрес _____

_____ для дезинфекции по поводу

	Наименование вещей	Кол-во
1.		
2.		
3.		

" ___ " _____ 19__ г.

Вещи принял в дезкамеру _____
(подпись дезинструктора по камерной дезинфекции)

" ___ " _____ 19__ г.

Вещи полностью получил _____
(подпись граждан)

Корешок прикладывается к наряду на дезинфекцию и хранится в делах вместе с нарядом на дезинфекцию.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 352-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
контроля работы дезинфекционной камеры
от " ___ " _____ 198__ г.

Наименование проверяемого учреждения _____

Адрес _____

Должностное лицо, осуществляющее контроль _____
(ф., и., о.)

в присутствии _____ произвел контроль
(ф., и., о. представителя учреждения)

камера системы _____

В камеру (полезная площадь ____ кв. м, общая кубатура ____ куб. м,
загружено _____ комплектов, вещей _____
(указать какие)

общим весом _____ кг.

Обеззараживание вещей производилось по поводу _____

Метод дезинфекции _____

Время (час.,	Процесс работы	Показания		Примечание
		термометров	манометров	

мин.)		угло- вого	угло- вого влаж- ного	на исхо- дящей трубе	на распре- делитель- ной ребенке	на котле	

об. ф. 352-у

В вещи заложено _____ максимальных термометров вместе с тестами _____

номера _____ и один термометр завешен свободно на уровне углового термометра камеры.

Загрузочное

Контрольный тест N _____

1		4
2		5
3		6
	7	
	8	
	9	
10		13
11		14
12		15

Показания максимальных термометров:
 а) на уровне углового _____
 б) в вещах - максимальная температура _____
 _____ минимальная температура _____
 разница _____
 Техническое состояние камеры _____

Загрузочное

Результат термического контроля _____

Результат лабораторного анализа N _____ от _____ 198_ г.

Заключение: _____

Подписи: _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 353-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации дезинфекции (дезинсекции)
одежды, постельных принадлежностей,
обуви и др. в дезинфекционных камерах

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Ф. 353-у

Дата проведения дезинфекции (дезинсекции)	Фамилия, инициалы больного, адрес, N квитанции (учреждение, отделение, корпус)	Инфекция (инсекция)	Объекты дезинфекции (дезинсекции), их количество или вес	Условное обозначение камеры	Режим дезинфекции (дезинсекции)	Время прогрева незагруженной камеры		Время прогрева загруженной камеры		Температура дезинфекции (дезинсекции) град. С	Время дезинфекционной выдержки		Расход формальдегида
						начало час., мин.	конец час., мин.	начало час., мин.	конец час., мин.		начало час., мин.	конец час., мин.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 354-у

Наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета дезинфекции в инфекционных очагах

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 354-у

№ п.п.	Дата регистрации (час., мин.)	Наименование учреждения или медработника, от которого поступила заявка	Эпид. номер <*>	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Адрес больного	Наименование и адрес детского учреждения, школы, (класс, группа и др.)	Диагноз	Дата госпитализации (час., мин.)	Номер наряда на дезинфекцию	Фамилия лица, получившего наряд	Сроки обработки с момента госпитализации (одномоментно с госпитализацией, до 6 час., от 6 до 12 час., позднее 12 час.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

<*> Для городов, в которых организован централизованный учет инфекционных заболеваний.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 355-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

КАРТА
контроля проведения текущей дезинфекции в
очаге _____ (эпид. N <*>)

1. Диагноз - предварительный, окончательный (подчеркнуть)
2. Фамилия, имя, отчество больного _____
3. Возраст _____ 4. Профессия _____
5. Место работы _____
6. Домашний адрес: _____
улица _____ дом. _____ корп. _____ кв. _____
7. Больной оставлен до выздоровления, до госпитализации
(подчеркнуть)
8. Обслуживается врачом _____ сестрой _____
поликлиники N _____ диспансера N _____
9. Дата заболевания _____
10. Дата обращения _____
11. Дата установления диагноза _____
12. Дата начала проведения текущей дезинфекции _____
13. Выявлены нарушения режима _____

<*> Для городов, в которых организован централизованный учет инфекционных заболеваний.

об. ф. 355-у

14. Бактериологический контроль			Химический контроль		
Дата посещения очага мед. работником	Число отобран-ных проб	Из них неудов-летвори-тельных	Число отобран-ных проб	из них	
				заниженных концентраций	завышенных концентраций

15. Контроль текущей дезинфекции проводил (фамилия, должность)

16. Дезинфекция прекращена (выздоровел, изменен диагноз, госпитализирован, умер (подчеркнуть, указать дату))

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 356-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПРОТОКОЛ N _____
исследования дезинфекционных средств

от "___" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____

Время отбора _____ доставки _____

Дополнительные сведения _____

Цель исследования _____

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ

NN пробы	Место отбора проб	Агрегатное состояние вещества	Содержание активного хлора в проц.

Фамилия и подпись проводившего исследование _____

Заключение врача _____

Фамилия и подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 357-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

КАРТА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ N ____
очага инфекционного заболевания

I. Сведения о больном

1. Окончательный диагноз _____
2. Вид, тип возбудителя _____
3. Больной: местный (1), приезжий (2) _____
4. Фамилия, имя, отчество _____
5. Пол: муж. (1), жен. (2) 6. Дата рождения _____
число, месяц, год
7. Домашний адрес: населенный пункт _____ город (1), село (2),
ул. _____ дом N ____ корп. N ____ кв. N _____
8. Место работы, учебы, N дет. учреждения _____
Род занятий _____
9. Дата последнего посещения места работы, учебы, дет. учреждения _____
10. Лечебное учреждение по месту жительства _____
11. Сообщение о больном получено (дата, час.) _____
устное (телефон),
письменное
12. Кем направлено (учреждение) _____
13. Диагноз по экстренному извещению _____
14. Основные симптомы в первые дни болезни _____
15. Больной (б-н) выявлен: при профобследовании (1), обследовании
по эпидпоказаниям (2), обращении за медпомощью (3).
16. Дата и час эпидобследования _____ Дата окончания
наблюдения _____

17. Дата заболевания	18. Дата обращения	19. Дата установления диагн. по поводу кот. присл. экстр. изв.	20. Дата госпитализации	21. Дата оконч. диагноза

22. Место госпитализации, транспорт _____

23. Оставлен на дому (причина) отсутствие: эпидпоказаний (1), клинических показаний (2), мест в стационаре (3), отказ от госпитализации (4).

24. Причина поздней госпитализации: отсутствие эпидпоказаний (1), клинических показаний (2), мест в стационаре (3), позднее обращение (4), поздняя диагностика (5), отказ (6).

25. Лабораторные исследования проводились (1), не проводились (2).

26. Диагноз подтвержден:

только клинически		Дата		Результат обследования
		1		
лабораторно:	бактериологич.	2		
	микроскопически	3		
	серологически	4		
	биохимически	5		
Другими методами		6		

27. Данные о последней иммунизации (плановой, по эпидпоказаниям, дата, доза препарат, серия _____

27а. Вакцинация _____ Ревакцинация _____

стр. 2 ф. N 357-у

Нет	Больной привит
-----	----------------

сведений (1)	По схеме (2)	С нарушением интервалов между прививками (3)	С нарушением сроков после перенес. заболев. (4)	С др. наруше- ниями схемы прививок (5)
Больной не привит				
по мед. показаниям (7)		из-за отказа (8)		по другим причинам (9)

II. Поиск источника и фактора передачи инфекции

28. Ориентировочные сроки заражения: с _____ по _____

29. Необычные обстоятельства и условия, в которых находился больной в пределах срока заражения, важные с точки зрения возникновения заболевания:

	Адрес, место	Период времени, дата
Нахождение в другом населенном пункте Посещение родственников, знакомых Выезд на строительные, сельскохозяйственные и другие работы Отдых в природных условиях (турпоход, охота, рыбн. ловля, купание и т.д.) Пребывание в пионерском лагере, на даче Нахождение в стационаре Переливание крови, плазмы Медицинские манипуляции (какие)		

Общение с животными (птицами) Аварии на водопроводе, канализации Прочие		
----------------------------------------------------------------------------------	--	--

30. Лица, которые могли явиться источником заражения (больные или подозрительные на эту инфекцию, реконвалесценты, носители инфекции, доноры)

Фамилия, имя, отчество	Диагноз и клиническая форма (или донорство)	Место, время и характер общения, адрес донора	Результат обследования

31. Сведения о пищевых продуктах, воде, в результате употребления которых могло возникнуть данное заболевание (сведения вписываются о наиболее вероятных факторах)

Наименование продукта вид водоисточника	Дата и место приобретения	Дата и место употребления	Условия хранения	Качество со слов больного или других лиц

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНЫХ
ОЧАГОВ, СВЯЗАННЫХ С ДАННЫМ БОЛЬНЫМ

А. По месту жительства

32. Жилищные условия: отдельная квартира (1), частный дом (2), комната в общей квартире (3), общежитие (4), гостиница (5), пансионат (6), прочие (7).

33. Плотность заселения: _____ человек в _____ комнатах площадью _____ кв. метров

34. Водоснабжение: водопровод, колонка, колодец буровой, шахтный (общественный, частный), привозная вода, открытый водоем. Качество

- воды (со слов) _____ Регулярность подачи _____
35. Вид сбора и удаления нечистот: канализация, выгребная яма, надворный туалет, др. способом _____
36. Удаление мусора: мусоропровод, мусоровоз, мусоросборник, контейнер, др. способом _____
37. Санитарное содержание квартиры _____ территории _____ туалета _____
38. Наличие педикулеза _____ других насекомых _____ грызунов _____
39. Прочие факторы, важные с точки зрения возникновения заболевания _____

Б. По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения

40. Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы и т.д.), в котором находился больной _____

стр. 3 ф. 357-у

41. Соответствие санитарно-гигиеническим и противозидемическим требованиям в:
- плотности размещения _____
- изолированности _____
- водообеспечении _____
- канализации _____
- санитарном содержании _____
- хранении пищевой продукции _____
- приготовлении пищи _____
42. Факторы, способствовавшие возникновению заболевания _____

43. Лабораторное исследование материала из внешней среды (включая членистоногих):

Дата	Наименование объекта, вид членистоногого, животного	Материал	Число проб	Вид исследования и результат

46. Меры по разрыву механизма передачи инфекции в очагах:

Мероприятия	Вид, препарат	Время проведения		Исполнители	Контроль исполнения (включая лабораторный) и результат
		по месту жительства	по месту работы и т.д.		
Карантин					
Текущая дезинфекция					
Заключительная дезинф.					
Дезинсекция					

Больной госпитализирован в _____ больницу

стр. 4 ф. 357-у

IV. Выводы из эпидемиологического обследования

1. Заражение произошло на территории: 1. Республика _____

2. Область _____

3. Район (город) _____ 4. Населенный пункт (район, город) _____

4а. Город (1), село (2) _____

2. Наиболее вероятное место заражения

Неизвестно	По месту жительства	По месту работы	В дошк. детском учрежд.	В школе	В лет-нем дет. оздоров. учрежд.	В специа-лизир. учебном заведении	В строит. отряде лагере труд. и отд.	Лечебн. стацио-наре	В пункте общест. питан.	По пути следо-вания	В при-родных усло-виях	В проч. местах времен. пребы-вания
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13

3. Вероятный источник икфекции

Источ. выявить не удалось	Человек (Ф., И., О.)				Животное (вид)				
	больной острой формой болезни	больной хронич. формой болезни	реконвалесцент	носитель инфекции	домашние животные	дикие животные	грызуны	птицы	прочие
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

4. Вероятный основной фактор передачи возбудителя инфекции

Не установлен	Вода				Напитки, соки	Молоко	Сметана, сливки	Творожные изделия	Проч. молоч. продукты	Мясные продукты	Рыбные продукты
	водопроводная	колодезная	открыт. водоемов	канализацион.							
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

Винегрет, салаты	Готовые горячие блюда	Др. кулинарные изделия	Фрукты, овощи, ягоды	Др. пищ. продукты	Контактно-быт. путь передачи	Возд.-кап. путь	Кровь, плазма, сывор.	Жив. сырье	Животн. переносчик	Др. факторы передачи
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

5. Условия, способствовавшие заражению

Обстоятельства выявить не удалось	Несвоевременное выявление и изоляция источника	Переуплотненность	Несоблюдение дезрежима	Несвоевр. проведения иммунизации	Др. наруш. противоэпидемич. правил	Выход в природный очаг
01	02	03	04	05	06	07

Нарушение санитарных правил при							Аварии на водопроводно-канализ. сети	Несобл. правил личной гигиены	Др. обстоятельства
изгот. пищ. прод.	хранение и трансп.	пригот. пищи	реализац. пищ. пр.	обработке сырья	обработ. инструм.	содержан. помещен.			
08	09	10	11	12	13	14	15	16	17

6. Заболевание в очаге

А. По месту жительства _____ первичное (1) _____
последовательное (2)

Б. По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения:
первичное (1) _____ последовательное (2)

Обследование проводили _____ Дата сдачи карты медстатистику _____

Подписи: врач-эпидемиолог _____

помощник-эпидемиолога _____ подпись _____

др. специалисты _____

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 358-у

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

КАРТА N
контроля организации и проведения текущей
дезинфекции по лечебно-профилактическому учреждению,
детскому, подростковому учреждению и др.

Начата " __ " _____ 19__ г. Окончена " __ " _____ 19__ г.

1. Адрес: улица _____ дом N _____ телефон _____

2. Наименование объекта или его структурного подразделения _____

3. Обеспеченность водопроводом, канализацией, газом (подчеркнуть).

Прачечная механизированная, полумеханизированная, с ручным трудом
(подчеркнуть, вписать) _____

Дезкамера системы (вписать) _____ исправная,
нет (подчеркнуть)

Наличие дезсредств (наименование, кг) _____

4. Руководитель учреждения (отделения) _____

5. Ответственный за организацию дезинфекционных мероприятий _____

должность, фамилия, имя, отчество

6. Результаты бактериологических и химических анализов

Даты посещений объекта	Бактериологический контроль		Химический контроль		
	число отобранных проб	из них с неудов- летвори- тельным результ- татом	число отобранных проб	заниженной концентра- ции	завышенной концентра- ции
(месяц, число)					

об. ф. 358-у

7. При проверке установлено	Предложено (с уточнением сроков)	Проверил (должность, фамилия)
-----------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------

--	--	--

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 359-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
регистрации лабораторного контроля качества
дезинфекции

Начат " __ " _____ 19 __ г. Окончен " __ " _____ 19 __ г.

ф. 359-у

NN п.п.	Дата поступления контролируемого материала	Фамилия лица, проводившего лабораторный контроль	Вид дезинфекции (текущая, заключительная)	Адрес контролируемого очага объекта	N наряда на дезинфекцию (час., мин. окончания дезинфекции)
1	2	3	4	5	6

разворот. ф. 359-у

Диагноз	Вид контроля	Результат	Приме-
---------	--------------	-----------	--------

	количество поступивших смывов (проб)	порядковый номер смыва (пробы)	наименование контролируемого предмета (дезсредства)	срок взятия смыва после дезинфекции (час., мин.)	срок поступления в лабораторию после взятия смыва (час., мин.)	дата посева	исследования	чание
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 360-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
пищевых отравлений за 19__ г.

Начат " __ " _____ 19 г. Окончен " __ " _____ 19 г.

ф. 360-у

№ п.п.	Дата	Наименование населенного пункта	Место, где произошло пищевое отравление (столовая, ресторан, буфет, больница, на дому и т.п.)	Ведомственная принадлежность предприятия	Число пострадавших <*>	Число госпитализированных <*>	Число умерших	Продукт, вызвавший пищевое отравление	Данные пищевых продуктов
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 <*> В том числе детей до 14 лет указывать в скобках.

разворот ф. 360-у

Лабораторного исследования				Санитарные и технологические нарушения, повлекшие возникновение пищевых отравлений	Дата извещения о случае пищевого отравлен.	Дата направления окончательных материалов расследования пищевых отравлений	Принятые меры, в т.ч. меры административно-дисциплинарного воздействия и т.д.
выделений больных	крови	смывов	трупных материалов				
11	12	13	14	15	16	17	18

Код формы по ОКУД _____
 Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 361-у
 Утверждена Минздравом СССР

Наименование учреждения

04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации экстренных извещений о пищевых
и профессиональных отравлениях

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 361-у

NN п.п.	Дата получения экстренного извещения	Фамилия, имя, отчество, возраст, адрес пострадавшего	Наименование предприятия, учреждения, где произошло отравление	Дата отравления	Причина отравления	Дата и место госпитализации	Фамилия лиц, проводивших обследование	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 362-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

АКТ
расследования профотравления и профзаболевания

составлен " __ " _____ 19__ г.

Должность, фамилия, имя, отчество _____

_____ района _____

области _____

При расследовании присутствовали _____

1. Название предприятия, учреждения или хозяйства _____

2. Его адрес _____

3. Название цеха, отделения или мастерской _____

4. Дата происшествия " ____ " _____ 198_ г.

5. Обстоятельства, при которых оно произошло _____

стр. 2 ф. 362-у

6. Список пострадавших										
NN п.п.	Фамилия и инициалы	пол	возраст	Детальная профессия	Стаж работы			Диагноз	Исход профотрав- ления (остался на работе, освобожден от работы, отправлен в больницу, умер)	Примечание
					в данном цехе	в данной профес.	предшест- вовавшие производ- ственные работы			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

стр. 3. ф. 362-у

7. Причины _____

8. Предложенные мероприятия и сроки исполнения _____

Подпись участников обследования:

Госсанинспектор _____

Санитарный врач _____

Врач здравпункта _____

врач

Рабзавком _____ здравпункта _____

копия акта вручена представителю администрации (подпись
ответственного лица) _____

отметки о дальнейшем направлении дела _____

стр. 4 ф. 362-у

Указания к составлению акта расследования

Обстоятельства и причины отравления необходимо изложить в акте, придерживаясь, в основном, следующей схемы:

1. Когда рабочие приступили к работе, на которой произошло отравление.
2. В чем состояла эта работа.
3. На каком оборудовании или аппаратуре работа выполняется.
4. Каковы опасности и вредности данной работы.
5. Были ли рабочие ознакомлены с опасностями и вредностями работы.
6. Были ли организованы администрацией контроль и руководство работой и как они осуществлялись.
7. Какие оздоровительные мероприятия (гермитизация, вентиляция, механизация и т.п.) имеются на данной работе.
8. Были ли какие-нибудь нарушения нормального хода работы оборудования и обслуживания его рабочих во время отравления и какие именно.
9. Имеет ли обычно место применения индивидуальных защитных приспособлений на данной работе и каких.
10. Применялись ли таковые на работе и во время отравления.
11. Были ли они испытаны или проверены и когда.
12. Необходимо ли было предусмотреть меры спасательного характера на случай отравления и какие именно, были ли таковые предусмотрены, были они применены и с каким эффектом.

В заключительной части акта должны быть подчеркнуты следующие моменты:

1. Чем (каким ядом) вызвано и каким путем произошло отравление.
2. Что именно явилось причиной отравления (авария, изменение технологического процесса, неправильная организация работ, отсутствие контроля и руководства, отсутствие или неисправность оздоровительных приспособлений, неприменение или негодность индивидуальных защитных приспособлений).
3. На чьей обязанности лежало в данном случае обеспечить безопасность работ или принять предупредительные меры безопасности.
4. На ком лежит ответственность за возникновение данного отравления.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 363-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ

учета лиц, у которых впервые обнаружено профессиональное отравление или профессиональное заболевание

Начат " __ " _____ 19 __ г. Окончен " __ " _____ 19 __ г.

стр. 2 ф. 363-у

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 364-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

КАРТА
учета носителя бактерий брюшного тифа,
паратифов А, В

Дата взятия на учет " __ " _____ 19 __ г.

Дата и обоснование снятия с учета " __ " _____ 19 __ г.

Вид возбудителя брюшного тифа, паратифов А, В в кв. _____

1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

2. Год рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Место работы, учебы _____

_____ 5. Профессия _____

6. Краткие анамнестические данные: когда и где переболел брюшным тифом, паратифом или заболевание отрицает _____

7. Дата выявления бактерионосительства, при каком виде обследования (для диагностики, профилактическое); материал, из которого выделена культура (кал, моча, желчь) _____

8. Учет заразившихся в окружении носителя

Фамилия	Семья, квартира, место работы и др.	Дата заболевания	Фаготип

При перемене места жительства указать, куда и кому сообщено об этом.

ф. 364-у

9. Жилищные и коммунальные условия бактерионосителя (водопровод, канализация) _____

10. Мероприятия в отношении носителя (разъяснительная работа, улучшение санитарного режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация, лечение и др.) _____ по датам _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 365-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения _____

ЖУРНАЛ
регистрации обследуемых на возбудителей
паразитарных заболеваний

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 365-у

NN п.п.	Фамилия, имя, отчество	Год рожде- ния	Домашний адрес	Место работы, учебы, наимено- вание детского дошколь- ного учрежде- ния	Дата и результ- тат обследо- вания, вид возбу- дителя	Дата лечения и доза препарата	Наимено- вание препарата	Дата конт- роль- ного обсле- дования и ре- зультат	Дата повтор- ного лечения и доза препа- рата	Наимено- вание препарата при повторном лечении	Результаты обследования семьи			
											число членов семьи	из них		
	обсле- довано, дата	выяв- лено	п ч											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	1

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 366-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета качества предстерилизационной обработки

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 366-у

Дата	Способ обработки	Применяемое средство	Результаты выборочного химического контроля обработанных изделий				Фамилия лица, проводившего контроль
			наименование изделий	количество (штук)	из них загрязненных		
					кровью	моющими средствами	
1	2	3	4	5	6	7	8

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 367-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

УЧЕТНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
N объекта (строения) на 19__ г., 19__ г., 19__ г.

Район (город) _____

Наименование организации (ведомства) _____

Адрес _____

Ответственное лицо администрации объекта _____

Номер договора	Срок договора	Телефон	Виды работ		Площадь кв. м	
					физическая	оперативная
			Дератизация			
			Дезинсекция	Борьба с тараканами		
				Борьба с клопами		
Работающая бригада:			Противомушинные мероприятия	В помещениях кв. м		
Дезинфектор _____				В надворных установках	шт.	шт.
Дезинструктор _____				В мусоросборниках		
Биолог (врач-дезинфекционист) _____						

стр. 2 ф. 367-у

Краткая характеристика санитарно-технического состояния объекта на день заключения договора (соответствующее подчеркнуть).

Здание: каменное, деревянное, подвал - есть, нет.
Грызунонепроницаемость - создана, не создана. Стены внутренних перегородок каменные, деревянные, оштукатурены, сухая штукатурка, оклеены обоями, окрашены масляной, клеевой краской. Полы - из твердого покрытия, деревянные. Дефекты: в полах, вдоль плинтусов, технической проводке, местах общего пользования - есть, нет, значительные, небольшие.

Санитарное состояние помещений, мест общего пользования - удовлетворительное, неудовлетворительное.

Содержание мусоропроводов, мусороприемников, контейнеров, баков - удовлетворительное, неудовлетворительное.

Площадка для мусоросборников - есть, нет. Тип надворных уборных, люки выгребов с плотными крышками. Двор - не захламлен, содержится чисто, грязно, не асфальтирован. Система очистки: поквартирная, заявочная, плановая и т.д.

стр. 3 ф. 367-у

Для заметок биолога (врача-дезинфекциониста), помэпидемиолога, дезинструктора.

стр. 4 ф. 367-у

1. Дератизация

Учетные данные		январь	февраль	март
Дата обработки				
Площадь	обработанная			
	проконтролированная			
Проверено квартир, цехов				
Наименование и количество израсходованных дезсредств	ядов (без приманки)			
	приманки			
Количество долгодействующих точек отравления				
Опылено нор				
Другие методы обработок				
Сделано контрольно-истребительных и контрольных площадок				
Количество заслеженных площадок				
Расставлено	вершей			
	капканов			
Выловлено	крыс			
	мышей			
Дата контроля				
Площадь, проверенная контрольными площадками, капканами и другими объективными методами				
Количество и площадь строений, заселенных грызунами				
Количество и площадь строений, освобожденных от грызунов				
Предложения по достижению грызунонепроницаемости				

Выполнение этих предложений			
Подпись проводившего работы			
Подпись проводившего контроль			

стр. 5 ф. 367-у

апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь

стр. 6 ф. 367-у

2. Дезинсекция

Вид насекомого _____

Обрабатываемые помещения _____

Особенности объекта и помещений _____

Площадь (физическая) _____

Учетные данные	январь	февраль	март
Дата			
Количество и площадь освобожденных строений			
Количество и площадь заселенных строений			
Где обнаружены насекомые (помещение, место)			
Фактически обработанная площадь			
Примененные дезсредства и их количество			
Предложения по улучшению сан. состояния объекта			
Выполнение предложений			
Подпись выполнившего работу			
Дата контроля			
Применяемые объективные методы контроля			
Результаты контроля			
Подпись проводившего контроль			

стр. 7 ф. 367-у

апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь

стр. 8 ф. 367-у

3. Противомушинные мероприятия	январь	февраль	март
--------------------------------	--------	---------	------

Учетные данные				
Дата обследования				
Результат обследования				
Дата обработки				
Применяемые методы обработки				
Обработано кв. м				
Применены дезсредства	наименование			
	количество			
Предложения по улучшению санитарного состояния				
Выполнение предложений				
Подпись проводившего работу				
Дата контроля				
Разложено листов липкой бумаги				
Число мух (в среднем на один липкий лист)				
Расставлено ловушек вне помещений				
Число мух (в среднем на одну ловушку)				
Подпись проводившего контроль				

стр. 9 ф. 367-у

апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь

стр. 10 ф. 367-у

4. Обработка надворных установок

	По месяцам в течение сезона
Даты обработок	
Неканализованных уборных	
Мусоросборников	
Наименование и количество израсходованных дезсредств	
Взято проб почвы	
Обнаружено личинок и куколок	
Предложения по улучшению санитарно-технического состояния объекта	
Выполнение предложений	
Подпись проводившего работу	

5. Истребительные работы (без договора)

б. Подпись в печать ответственного лица от администрации _____

Претензий по качеству обработок не имеется,
о ядовитости дезсредств предупрежден:

январь		
февраль		
март		
апрель		
май		
июнь		
июль		
август		
сентябрь		
октябрь		
ноябрь		
декабрь		

	средний показатель численности на учет																
2-ой учет	Число обследованных объектов																
	из них с членистоногими																
	средний показатель численности на учет																

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 369-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета работ по борьбе с личиночными стадиями
малярийных комаров и других кровососущих двукрылых

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Примечание:
Следующие пункты заполняются по шкале:
пункт 5 - наличие больных малярией или паразитоносителей "+",
интенсивное нападение гнуса (в том числе комаров р. Анофелас)
"++",
пункт 15 - нет "0",
есть "+".

ф. 369-у

NN	Дата	Поряд-	Физичес-	Обследование	Обработка водоема	Контроль эффективности
----	------	--------	----------	--------------	-------------------	------------------------

п.п.	обсле- дования	ковый N водо- ема	кая площадь водоема, га	водоема		индекс обилия личинок (на 1 кв. м водоема)	дата обра- ботки	наиме- нование препа- рата	форма приме- нения (назем- ная, авиа)	дозиров- ка по препа- рату (к-во на ед. площади)	факти- ческий расход препа- рата	дата обсле- дования	индекс обилия личинок (на 1 кв. м)	наличие личинок 3-4 возраста и кукол
				показа- ния к обра- ботке	заселен- ная площадь водоема, га									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 370-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета истребительных мероприятий против
имаго кровососущих членистоногих

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Примечание:

Форма заполняется отдельно на работы по малярийным и
немалярийным комарам, по мошкам, мокрицам, москитам и клещам.

Пункт 3 заполняется по следующей шкале: наличие больных

малярией или паразитоносителей есть "+", нет "0".

Наличие природного очага инфекции "++".

Пункт 4 - данные учетов при обследовании по кровососущим двукрылым в зонах отдыха более 30 особей комаров за 15 мин. сбора на себе, в производственных зонах при малой эффективности репеллентов; по клещам при наличии на маршруте в природном очаге инфекции более одного клеща на 1 км маршрута в зоне летних детских оздоровительных учреждений (указываются шифровые данные на единицу учета).

Пункт 13 - данные учета численности членистоногих, проведенного аналогично учету по учетной ф. N 374-у (сезонная динамика).

ф. 370-у

NN п.п.	Характеристика объекта с указанием адреса и кратким описанием биотопа	Показания к работе			Проведение истребительных мероприятий						Контроль эффективности		Примечание
		эпидпоказания	санитарно-энтомологические показания	жалобы населения	дата обработки	обработанная площадь, га, кв. м	наименование препарата	форма его применения	дозировка по препарату (к-во на ед. площади)	фактический расход препарата, кг	дата обследования	данные учета численности членистоногих	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 371-у

Наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета результатов рекогносцировочных обследований
территории _____ района, области,
края на наличие иксодовых клещей-переносчиков
КЭ, ОГЛ, КГЛ, КСТА в сезон 19__ г.

ф. 371-у

NN п.п.	Ландшафтная характерис- тика района	Тип станции	Объем обсле- дова- ний в км	Виды клещей	Собрано клещей		Показатели численности клещей на 1 км учета		Данные лабораторного исследования		
					в абсо- лютных числах	проц. от сбора	имаго	другие фазы	число обсле- дова- ных партий клещей	выделенные патогенные агенты	проц. положи- тельных партий клещей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Итого		км ____		____ видов	экз.	100 проц.	-	-	партий	агентов	

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССРМедицинская документация
Форма N 372-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

Наименование учреждения _____

ЖУРНАЛ
учета основных фенологических явлений энтомофауны
и клещей в сезон 19__ г.

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 372-у

Основные феноявления	Ано-фелес	Аедес	Ку-лекс	Мошки	Слеп-ни	Мос-киты	Прочее
Для кровососущих двукрылых							
1. Начало вылета с зимовок		X		X	X	X	
2. Массовый вылет с зимовок		X		X	X	X	
3. Первые самки с кровью		X		X	X	X	
4. Массовое появление самок с кровью		X		X	X	X	
5. Первые самки с созревшими яичниками		X		X	X	X	
6. Первые личинки 1 возраста					X	X	
7. "- 2 возраста					X	X	
8. "- 3 возраста					X	X	
9. "- 4 возраста					X	X	
10. Первые куколки				X	X	X	
11. Вылет первой генерации							
12. Начало массового кровососания					-		
13. Конец массового кровососания	X					X	
14. Пик численности личинок				X	X	X	
15. Последние самки с кровью		X		X	X	X	
16. Последние личинки в водоемах				X	X	X	
17. Первые диапаузирующие самки		X		X	X	X	

18. Массовый уход в диапаузу		X		X	X	X	
19. Сроки последней регистрации							
Мухи	в помещении			в открытых станциях			
1. Появление летающих мух							
2. Личинки первой генерации	X						
3. Вылет мух первой генерации	X						
4. Сезонный максимум численности							
5. Конец активности							
Клещи	биотопы						
1. Первые клещи на маршруте							
2. Начало массовой активности							
3. Пик численности							
4. Конец массовой активности							
5. Период массовой активности (в днях)							
6. Последние клещи в природе							
7. Период активности за сезон (в днях)							

Примечание: X - не регистрируется

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
форма N 373-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ПАСПОРТ ВОДОЕМА ПО СОСТОЯНИЮ на 19__ г.

Порядковый номер водоема	Место расположения водоема, район, населенный пункт	Тип водоема	Физическая площадь
Площадь с личинками, в т.ч.		анофелогенная	неанофелогенная
Видовой состав личинок			
Хозяйственное назначение		Расстояние от жилых домов	

	м.
--	----

Ландшафтная характеристика _____

Глубина водоема: у берегов _____ м в середине _____ м	Дно: глинистое, песчаное, илистое (нужное подчеркнуть)
Зарастание: есть, нет (нужное подчеркнуть)	Характер растительности

Источник питания водоема: пойменные, грунтовые воды, атмосферные осадки _____

(нужное подчеркнуть, вписать)

Сведения о санитарно-гидротехнических мероприятиях; рекомендуются осушение, засыпка, очистка дна, расчистка от растительности, ремонт водостоков укрепление берегов _____

(нужное вписать, подчеркнуть)

стр. 2 ф. 373-у

Объем работ: _____ га _____ кв. м. _____ куб. м.
(нужное подчеркнуть)

Работы плановые, внеплановые (нужное подчеркнуть)

Финансирует _____	Срок проведения работ плановый _____
Выполняет _____	фактический _____

Доступность для обследования

Обработка	Доступность; с берега, с лодки, с самолета (нужное подчеркнуть)
	Способ: ручной, механизированный, комбинированный (нужное подчеркнуть)

Метод борьбы с личинками: химический, биологический, механический
(нужное подчеркнуть)

Карту составил _____
(должность, фамилия)

"__" _____ 198__ г. (дата заполнения)

Схема водоема:

Год	Площадь в га	
	максимум	минимум

Примечание: паспорт водоема действителен до изменения площади водной поверхности на 25 проц.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 374-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ УЧЕТА
сезонной динамики численности основных
представителей энтомофауны и клещей

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Примечание: Все учеты нападающих на человека кровососов проводятся в суточный пик активности, москитов и мух на протяжении целых суток, комаров на дневках, личинок мошек, комаров и клещей - в утренние часы.

На дневках - число самок на 1 помещение, сачком - число кровососов, собранных за 10 взмахов вокруг себя или вблизи мест их скоплений, в 3-х повторностях, размеры сачка: диаметр 30 см, глубина 70 см, длина ручки 20 см, на себе - пробиркой или экстраустером суммарно за 15 мин. (3 раза по 5 мин. с открытых частей тела).

Водным сачком - размерами: диаметр 20 см, глубина 35 см, длина ручки 1 м, пересчет на 1 кв. м водной площади (10 проб), кюветой - 13x18 см не менее 3-х проб, на "Веничек" - связка из 10 прутьев длиной 40 см устанавливается на сутки, ловушкой Скуфьина - учеты проводятся при малых численностях кровососов 24 часа, средних - 4 часа, высоких (более тысячи на учет) - 1 час, результаты берутся с пересчетом на 1 час, на липкий лист - лист пергаментной бумаги с штампом липкой массы (для москитов - касторовое масло) размером 20x26 см из расчета 1 липкий лист на 20 кв. м пола, на флаго - км и на учетчика - число клещей в среднем на 1 км фиксированного маршрута длиной не менее 3-х км, размер флага 60x100 см, с одной головы крупного рогатого скота - при условии осмотра не менее 10 животных, с одного зверька - при условии обработки не менее 100

7.																			
8.																			
9.																			
10.																			
11.																			
12.																			
13.																			
14.																			
15.																			
16.																			
17.																			
Итого видов:																			100 проц.

Подпись _____

Примечание: видовой состав определяется по всем видам сборов, проводимых на контрольных объектах, при маршрутных и экстенсивных обследованиях. При определении клещей включаются сборы с растительности, с животных и людей (в том числе лиц, обратившихся по поводу присасывания клещей). Проценты вычисляются отдельно для каждой группы членистоногих по имаго и по преимагинальным фазам.

Код формы по ОКУД _____
 Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 376-у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

ЖУРНАЛ УЧЕТА
 показателей прокормления преимагинальных стадий
 клещей мелкими млекопитающими

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Наименование стационара _____

№ маршрута _____

Дата отлова зверьков (декада, месяц)	Число ловушко-ночей	Общее число пойманных зверьков	Виды отловленных зверьков	Число зверьков каждого вида на 100 лов.-ночей	Число зверьков		Виды собранных клещей	Обилие		Число клещей на 100 лов.-ночей (показатель прокормления)	
					личинками	нимфами		личинок	нимф	личинок	нимф
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Код формы по ОКУД _____
 Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация

Форма № 377-у

 Наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

КАРТА

учета численности иксодовых клещей на крупном рогатом скоте

1. Зона _____

2. Область, район, населенный пункт _____

3. Дата сбора _____ часы сбора _____

4. Характеристика выпасов (пастбища) _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация

Форма N 378-у

Наименование учреждения _____

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
на исследование

от "___" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____

время отбора _____ доставки _____

Условия транспортировки и хранения _____

Цель исследования _____

Дополнительные сведения _____

Вид упаковки _____

НТД на метод отбора _____

№ пробы	Наименование пробы, образца	Количество	Место и точка отбора

Фамилия и подпись отобравшего пробы _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР

Медицинская документация

Форма N 378-у

Наименование учреждения _____

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

КОРЕШОК НАПРАВЛЕНИЯ N
на производство исследования

от "___" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____

время отбора _____ доставки _____

Условия транспортировки и хранения _____

Цель исследования _____

Дополнительные сведения _____

Вид упаковки _____

НТД на метод отбора _____

N пробы	Наименование пробы, образца	Количество	Место и точка отбора

Фамилия и подпись отобравшего пробы _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

При санитарно-гельминтологических исследованиях указать:

<*> Количество исследуемого материала.

<***> Число обнаруженных яиц и личинок по видам инвазии, выделяя под дробью жизнеспособных в т.ч. деформированных.

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 380-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологического исследования воздуха

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Методы отбора проб и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ф. 380-у

Дата и время отбора	NN п.п.	Регистрационный	Учреждение, место и метод	Наименование питательных сред	Экспозиция, скорость	Объем пропущенного	Общее число колоний	Исследование на:		Результат исследования	Другие микроорга-
								стафилококки	другие		
										количество микро-	

1	2	номер 3	отбора 4	5	6	воздуха 7	на чашке 8	9 10 11			микро- орга- низмы 12	организмов в 1 куб. м воздуха		15
												общее 13	золотистый стафилококк 14	

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 381-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологического исследования смывов

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

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

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 383-у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения _____

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований воды по
ГОСТ "вода-питьевая"

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 383-у

Регист- рацион- ный номер	Дата и время			Наимено- вание проб воды, цель исследова- ния	Место нахож- дения объекта, кем взята проба воды	Общая обсемененность		Коли-индекс							Пря- море- пл. сред- ства харак- тис
	забора	поступ- ления пробы	начало иссле- дова- ния			коли- чество вырос- ших ко- лоний	микроб- ное число	харак- тер роста на среде Эндо	микро- скопия	окси- дазный тест	среды коли				
											с глю- козой	с лак- тозой	титр	индекс	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

разворот ф. 383-у

Ср. Олькеницкого, Рессель с моч.			Подвиж- ность	4-10 проц. Ферментация										Образо- вание индола	Разло- жение мало- ната	Декарбоксил	
глю- коза	моче- вина	серово- дород		лактоза	сахара- роза	ман- нита	кси- лозы	рам- нозы	наль- тозы	дуль- цита	гли- церин	сали- цина	ино- цита			лизина	глутам кислот
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 384-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований консервов

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

ф. 384-у

NN п.п.	Дата	Наимено- вание продукта	Откуда доставлена и кем взята проба	Выявление аэробных микроорганизмов															
				МП разведенный бульон, МПБ или рыбопептонный бульон (сутки)							среда тариици с 0,15 проц. агар-агар, 1-2 проц. прогрет., непрогрет.,							микро- скопия	Среда Вильсон-Бл
				1-е	2-е	3-е	4-е	5-е	микро- скопия	высев на квяном агаре	учет роста (сутки)								
											1-е	2-е	3-е	4-е	5-е				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		

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

разворот ф. 384-у

Глюкозы		Термофильные бактерии			Возбудители ботулизма, среда Тароцци				Дата окончания исследования	Результаты исследования	Подпись
молоко	среда Робинсона	0,04 проц. стерильно-водный раствор бром крезол	микроскопия	проц. МПА с 1 проц. глюкозы 0,004 проц. бром крезол	28 град. С		35 град. С				
					не прогретый материал	прогретый при 60 град. С	не прогретый материал	прогретый при 60 град. С			
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 385-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований пищевых продуктов

Начат " __ " _____ 19__ г. Окончен " __ " _____ 19__ г.

Примечание: На исследование различных видов продуктов (молочные продукты, продукция молочных детских кухонь, пищевые продукты и пр.) могут вестись самостоятельные журналы.

ф. 385-у

Реги-	Дата и время	Наимено-	Общая обсемененность	Определение коли-титра
-------	--------------	----------	----------------------	------------------------

| | | | | | | | | | | | | | |

тоза

роза

коза

вина

водо-
род

индола

нита

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 387-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Наименование учреждения

НАРЯД N _____

Наименование организации _____

Адрес _____

Вид насекомого _____

Выполнена дезинсекция по договору на площади _____ кв. м

В т.ч. работа _____ кв. м

наблюдения _____ кв. м

Выполнена дезинсекция по заявке на площади _____ кв. м

Дата обработки " __ " _____ 19__ г.

Обработаны помещения	Расход инсектицидов	
	наименование	количество (кг)

Подпись выполнившего дезинсекцию _____

(расшифровка подписи) _____

Работа выполнена, претензий нет.

Подпись ответственного представителя заказчика _____

(расшифровка подписи) _____
