



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
(МИНЗДРАВ ЛНР)

ПРИКАЗ

«28» декабря 2020 г.

№ 973

г. Луганск

Зарегистрировано в Министерстве юстиции
Луганской Народной Республики
28.01.2021 за № 25/3686

**Об утверждении форм первичной учетной медицинской документации
и инструкций по их заполнению, используемых в медицинских
организациях независимо от форм собственности и подчиненности**

В целях обеспечения единообразия информации для оценки деятельности медицинских учреждениях Луганской Народной Республики, на основании подпункта 190 подпункта 3.1.2 пункта 3.1, подпункта 1 пункта 4.1 Положения о Министерстве здравоохранения Луганской Народной Республики, утвержденного постановлением Совета Министров Луганской Народной Республики от 11.04.2017 № 172/17 (с изменениями), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить следующие формы документов:

1.1. Форма первичной учетной медицинской документации № 069-4/у «Журнал регистрации исследований кариотипов» (приложение № 1).

1.2. Форма первичной учетной медицинской документации 110/у «Карта вызова экстренной медицинской помощи» (приложение № 2).

1.3. Форма первичной учетной медицинской документации № 110-1/у «Протокол сердечно-легочной реанимации» (приложение № 3).

1.4. Форма первичной учетной медицинской документации № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (приложение № 4).

1.5. Форма первичной учетной медицинской документации № 113/у «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (приложение № 5).

1.6. Форма первичной учетной медицинской документации № 114/у «Сопроводительный лист. Талон к сопроводительному листу» (приложение № 6).

1.7. Форма первичной учетной медицинской документации № 147/у «Справка для назначения и выплаты единовременного пособия по беременности и родам» (приложение № 7).

1.8. Форма первичной учетной медицинской документации № 147-1/у «Журнал регистрации выданных (полученных) справок для назначения и выплаты единовременного пособия по беременности и родам» (приложение № 8).

1.9. Форма первичной учетной медицинской документации № 200/у «Направление на анализ» (приложение № 9).

1.10. Форма первичной учетной медицинской документации № 203/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования» (приложение № 10).

1.11. Форма первичной учетной медицинской документации № 206/у «Исследование крови (проба Кумбса)» (приложение № 11).

1.12. Форма первичной учетной медицинской документации № 206-1/у «Результат исследования крови (проба Кумбса)» (приложение № 12).

1.13. Форма первичной учетной медицинской документации № 207/у «Направление на исследование крови на определение групповой и резус-принадлежности» (приложение № 13).

1.14. Форма первичной учетной медицинской документации № 207-1/у «Результат исследования крови на определение групповой и резус-принадлежности, иммунных антител» (приложение № 14).

1.15. Форма первичной учетной медицинской документации № 207-2/у «Направление в СПК (ОПК) на определение групповой и резус-принадлежности, иммунных антител, индивидуальный подбор» (приложение № 15).

1.16. Форма первичной учетной медицинской документации № 207-3/у «Результат исследования крови в СПК (ОПК) на определение групповой и резус-принадлежности, иммунных антител, индивидуальный подбор» (приложение № 16).

1.17. Форма первичной учетной медицинской документации № 207-4/у «Журнал регистрации результатов определения групповой и резус-принадлежности, иммунных антител» (приложение № 17).

1.18. Форма первичной учетной медицинской документации № 207-5/у «Журнал регистрации результатов первичного определения группы крови по системе АВО» (приложение № 18).

1.19. Форма первичной учетной медицинской документации № 208/у «Общеклиническое исследование эякулята» (приложение № 19).

1.20. Форма первичной учетной медицинской документации № 209-1/у «Направление на бактериоскопическое исследование биоматериала (мокроты) на КУБ (ТБ 05)» (приложение № 20).

1.21. Форма первичной учетной медицинской документации № 209-2/у «Направление на бактериологическое исследование биоматериала на МБТ (ТБ 06)» (приложение № 21).

1.22. Форма первичной учетной медицинской документации № 210/у «Анализ мочи общий» (приложение № 22).

1.23. Форма первичной учетной медицинской документации № 211/у «Анализ мочи по Зимницкому» (приложение № 23).

1.24. Форма первичной учетной медицинской документации № 212/у «Анализ мочи по Нечипоренко» (приложение № 24).

1.25. Форма первичной учетной медицинской документации № 215/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования гинекологического материала (материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге)» (приложение № 25).

1.26. Форма первичной учетной медицинской документации № 216/у «Анализ мокроты» (приложение № 26).

1.27. Форма первичной учетной медицинской документации № 217/у «Анализ секрета предстательной железы» (приложение № 27).

1.28. Форма первичной учетной медицинской документации № 218/у «Анализ выделений из мочеполовых органов» (приложение № 28).

1.29. Форма первичной учетной медицинской документации № 219/у «Анализ кала (копрограмма)» (приложение № 29).

1.30. Форма первичной учетной медицинской документации № 220/у «Анализ кала на гельминты и простейшие» (приложение № 30).

1.31. Форма первичной учетной медицинской документации № 223/у «Анализ спинномозговой жидкости» (приложение № 31).

1.32. Форма первичной учетной медицинской документации № 224/у «Клинический анализ крови» (приложение № 32).

1.33. Форма первичной учетной медицинской документации № 225/у «Клинический анализ крови на гематологическом анализаторе» (приложение № 33).

1.34. Форма первичной учетной медицинской документации № 227/у «Анализ пунктата костного мозга» (приложение № 34).

1.35. Форма первичной учетной медицинской документации № 228/у «Биохимический анализ крови» (приложение № 35).

1.36. Форма первичной учетной медицинской документации № 230/у «Анализ крови» (приложение № 36).

1.37. Форма первичной учетной медицинской документации № 231/у «Журнал регистрации цитологических исследований» (приложение № 37).

1.38. Форма первичной учетной медицинской документации № 232/у «Журнал регистрации допущенных преаналитических цитологических ошибок» (приложение № 38).

1.39. Форма первичной учетной медицинской документации № 233/у «Протокол регистрации допущенных преаналитических цитологических ошибок» (приложение № 39).

1.40. Форма первичной учетной медицинской документации № 234/у «Журнал консультации цитологических препаратов из других медицинских организаций» (приложение № 40).

1.41. Форма первичной учетной медицинской документации № 235/у «Журнал учета результатов проведения цитологического исследования гинекологического материала» (приложение № 41).

1.42. Форма первичной учетной медицинской документации № 236/у «Журнал учета работы сотрудника лаборатории при проведении цитологического скрининга» (приложение № 42).

1.43. Форма первичной учетной медицинской документации № 237/у «Журнал выдачи цитологических препаратов для консультации в других медицинских организациях» (приложение № 43).

1.44. Форма первичной учетной медицинской документации № 238/у «Журнал учета несовпадений цитологических и гистологических ответов» (приложение № 44).

1.45. Форма первичной учетной медицинской документации № 241/у «Направление для серологических нетрепонемных исследований на сифилис» (приложение № 45).

1.46. Форма первичной учетной медицинской документации № 241-1/у «Результат серологических нетрепонемных исследований на сифилис» (приложение № 46).

1.47. Форма первичной учетной медицинской документации № 250/у «Журнал регистрации анализов и их результатов» (приложение № 47).

1.48. Форма первичной учетной медицинской документации № 250-1/у «Журнал регистрации результатов биохимического скрининга I и II триместра» (приложение № 48).

1.49. Форма первичной учетной медицинской документации № 252/у «Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований» (приложение № 49).

1.50. Форма первичной учетной медицинской документации № 255/у «Журнал регистрации бактериоскопических исследований на КУБ (ТБ 04/1)» (приложение № 51).

1.51. Форма первичной учетной медицинской документации № 255-1/у «Журнал регистрации бактериологических исследований на МБТ (ТБ 04/2)» (приложение № 51).

1.52. Форма первичной учетной медицинской документации № 260/у «Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)» (приложение № 52).

1.53. Форма первичной учетной медицинской документации № 260-1/у «Журнал регистрации забора материала для проведения серологических исследований на сифилис» (приложение № 53).

1.54. Форма первичной учетной медицинской документации № 260-2/у «Журнал протоколов серологических исследований на сифилис» (приложение № 54).

1.55. Форма первичной учетной медицинской документации № 260-3/у «Журнал протоколов серологических исследований на сифилис методом иммуноферментного анализа (ИФА)/методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА)» (приложение № 55).

1.56. Форма первичной учетной медицинской документации № 260-4/у «Журнал протоколов серологических исследований на сифилис методом иммуноблотинга (ИМБЛ)» (приложение № 56).

1.57. Форма первичной учетной медицинской документации № 261/у «Журнал регистрации допущенных преаналитических ошибок» (приложение № 57).

1.58. Форма первичной учетной медицинской документации № 262/у «Журнал учета анализов, выполненных в лаборатории» (приложение № 58).

1.59. Форма первичной учетной медицинской документации № 262-1/у «Журнал учета анализов биохимического скрининга беременных» (приложение № 59).

1.60. Форма первичной учетной медицинской документации № 263/у «Дневник учета работы лаборатории» (приложение № 60).

1.61. Форма первичной учетной медицинской документации № 266/у «Направление для серологических трепонемных исследований на сифилис» (приложение № 61).

1.62. Форма первичной учетной медицинской документации № 266-1/у «Результат серологических трепонемных исследований на сифилис» (приложение № 62).

1.63. Форма первичной учетной медицинской документации № 267/у «Журнал регистрации отбора образцов биологического материала для проведения химико-токсикологических исследований» (приложение № 63).

1.64. Форма первичной учетной медицинской документации № 268/у «Направление на химико-токсикологические исследования на наличие наркотических средств и психотропных веществ» (приложение № 64).

1.65. Форма первичной учетной медицинской документации № 269/у «Справка о доставке образцов биологического материала на химико-токсикологические исследования» (приложение № 65).

1.66. Форма первичной учетной медицинской документации № 270/у «Журнал регистрации результатов химико-токсикологических исследований» (приложение № 66).

1.67. Форма первичной учетной медицинской документации № 271/у «Результат химико-токсикологических исследований» (приложение № 67).

1.68. Форма первичной учетной медицинской документации № 272/у «Направление на химико-токсикологическое исследование на наличие этилового и алифатических спиртов» (приложение № 68).

2. Утвердить прилагаемые:

2.1. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 069-4/у «Журнал регистрации исследований кариотипов».

2.2. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 110/у «Карта вызова экстренной медицинской помощи».

2.3. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 110-1/у «Протокол сердечно-легочной реанимации».

2.4. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы».

2.5. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 113/у «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы».

2.6. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 114/у «Сопроводительный лист. Талон к сопроводительному листу».

2.7. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 147/у «Справка для назначения и выплаты единовременного пособия по беременности и родам».

2.8. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 147-1/у «Журнал регистрации выданных (полученных) справок для назначения и выплаты единовременного пособия по беременности и родам».

2.9. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 200/у «Направление на анализ».

2.10. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 203/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования».

2.11. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 206/у «Исследование крови (проба Кумбса)».

2.12. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 206-1/у «Результат исследования крови (проба Кумбса)».

2.13. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 207/у «Направление на исследование крови на определение групповой и резус-принадлежности».

2.14. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 207-1/у «Результат исследования крови на определение групповой и резус-принадлежности, иммунных антител».

2.15. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 207-2/у «Направление в СПК (ОПК) на определение групповой и резус принадлежности, иммунных антител, индивидуальный подбор».

2.16. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 207-3/у «Результат исследования крови в СПК (ОПК) на определение групповой и резус-принадлежности, иммунных антител, индивидуальный подбор».

2.17. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 207-4/у «Журнал регистрации результатов определения групповой и резус-принадлежности, иммунных антител».

2.18. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 207-5/у «Журнал регистрации результатов первичного определения группы крови по системе АВО».

2.19. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 208/у «Общеклиническое исследование эякулята».

2.20. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 209-1/у «Направление на бактериоскопическое исследование биоматериала (мокроты) на КУБ (ТБ 05)».

2.21. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 209-2/у «Направление на бактериологическое исследование биоматериала на МБТ (ТБ 06)».

2.22. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 210/у «Анализ мочи общий».

2.23. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 211/у «Анализ мочи по Зимницкому».

2.24. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 212/у «Анализ мочи по Нечипоренко».

2.25. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 215/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования гинекологического материала (материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге)».

2.26. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 216/у «Анализ мокроты».

2.27. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 217/у «Анализ секрета предстательной железы».

2.28. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 218/у «Анализ выделений из мочеполовых органов».

2.29. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 219/у «Анализ кала (копрограмма)».

2.30. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 220/у «Анализ кала на гельминты и простейшие».

2.31. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 223/у «Анализ спинномозговой жидкости».

2.32. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 224/у «Клинический анализ крови».

2.33. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 225/у «Клинический анализ крови на гематологическом анализаторе».

2.34. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 227/у «Анализ пунктата костного мозга».

2.35. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 228/у «Биохимический анализ крови».

2.36. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 230/у «Анализ крови».

2.37. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 231/у «Журнал регистрации цитологических исследований».

2.38. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 232/у «Журнал регистрации допущенных преаналитических цитологических ошибок».

2.39. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 233/у «Протокол регистрации допущенных преаналитических цитологических ошибок».

2.40. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 234/у «Журнал консультации цитологических препаратов из других медицинских организаций».

2.41. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 235/у «Журнал учета результатов проведения цитологического исследования гинекологического материала».

2.42. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 236/у «Журнал учета работы сотрудника лаборатории при проведении цитологического скрининга».

2.43. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 237/у «Журнал выдачи цитологических препаратов для консультации в других медицинских организациях».

2.44. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 238/у «Журнал учета несовпадений цитологических и гистологических ответов».

2.45. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 241/у «Направление для серологических нетрепонемных исследований на сифилис».

2.46. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 241-1/у «Результат серологических нетрепонемных исследований на сифилис».

2.47. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 250/у «Журнал регистрации анализов и их результатов».

2.48. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 250-1/у «Журнал регистрации результатов биохимического скрининга I и II триместра».

2.49. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 252/у «Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований».

2.50. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 255/у «Журнал регистрации бактериоскопических исследований на КУБ (ТБ 04/1)».

2.51. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 255-1/у «Журнал регистрации бактериологических исследований на МБТ (ТБ 04/2)».

2.52. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 260/у «Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)».

2.53. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 260-1/у «Журнал регистрации забора материала для проведения серологических исследований на сифилис».

2.54. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 260-2/у «Журнал протоколов серологических исследований на сифилис».

2.55. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 260-3/у «Журнал протоколов серологических исследований

на сифилис методом иммуноферментного анализа (ИФА)/методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА)».

2.56. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 260-4/у «Журнал протоколов серологических исследований на сифилис методом иммуноблотинга (ИМБЛ)».

2.57. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 261/у «Журнал регистрации допущенных преаналитических ошибок».

2.58. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 262/у «Журнал учета анализов, выполненных в лаборатории».

2.59. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 262-1/у «Журнал учета анализов биохимического скрининга беременных».

2.60. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 263/у «Дневник учета работы лаборатории».

2.61. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 266/у «Направление для серологических трепонемных исследований на сифилис».

2.62. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 266-1/у «Результат серологических трепонемных исследований на сифилис».

2.63. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 267/у «Журнал регистрации отбора образцов биологического материала для проведения химико-токсикологических исследований».

2.64. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 268/у «Направление на химико-токсикологические исследования на наличие наркотических средств и психотропных веществ».

2.65. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 269/у «Справка о доставке образцов биологического материала на химико-токсикологические исследования».

2.66. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 270/у «Журнал регистрации результатов химико-токсикологических исследований».

2.67. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 271/у «Результат химико-токсикологических исследований».

2.68. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 272/у «Направление на химико-токсикологическое исследование на наличие этилового и алифатических спиртов».

3. Установить, что персональные данные, которые содержатся в формах первичной учетной медицинской документации, утвержденных настоящим приказом, обрабатываются в соответствии с требованиями действующего законодательства Луганской Народной Республики о защите персональных данных.

4. Руководителям медицинских учреждений Луганской Народной Республики независимо от формы собственности и подчиненности обеспечить внедрение указанных в пункте 1 настоящего приказа форм первичной учетной медицинской документации и инструкций по их заполнению, указанных в пункте 2 настоящего приказа.

5. Разрешить медицинским учреждениям использование форм первичной учетной медицинской документации, изготовленных до вступления в силу настоящего приказа.

6. Юридическому отделу Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики подать настоящий приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Луганской Народной Республики в установленном порядке.

7. Настоящий приказ вступает в силу с момента его государственной регистрации в Министерстве юстиции Луганской Народной Республики

8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр здравоохранения
Луганской Народной Республики

Н. А. Пащенко

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ									
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма										
ОГРН ЕГРЮЛ	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Форма первичной учетной медицинской документации № 069-4/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № ____

**ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ
ИССЛЕДОВАНИЙ КАРИОТИПОВ № ____**

Начат «__» _____ 20__ г.

Окончен «__» _____ 20__ г.

21. ЖАЛОБЫ:

22. АНАМНЕЗ:

ИБС ГБ ИМ когда _____ ОНМК когда _____ Судороги Диабет _____ тип
 БА Онко Акушерско-гинекологический _____ Вирусный гепатит
 Чесотка Педикулез Туберкулез МА
 Медикаментозная аллергия: нет да _____

23. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ:

АД _____, раб. _____, SpO₂ _____, Сахар крови _____
 ЧСС _____, PS _____, ЧДД _____, T⁰ _____
Общее состояние: удовлетворительное средней тяжести тяжелое крайне тяжелое
 терминальное смерть **Поведение:** спокойное возбужденное агрессивное депрессивное
Сознание: ясное оглушение сопор изменено кома по ШГ баллов ТШ баллов
Положение: активное пассивное вынужденное _____ **Зев:** _____
Кожные покровы: обычные гиперемированы _____ бледные цианоз _____
 желтушные сухие влажные теплые холодные
Акроцианоз: нет есть **Мраморность:** нет есть
Отеки: нет есть локализация _____
Сыпь: нет есть локализация _____
Пульс: нормальный ритмичный аритмичный напряженный нитевидный
 слабого наполнения твердый мягкий отсутствует
 Дефицит пульса: _____ **Шоковый индекс:** _____ (ЧСС/АД сист.)
Тоны сердца: ритмичные аритмичные ясные глухие не выслушиваются
 акцент _____ тона на _____ **Шум:** систолический диастолический трение перикарда нет
Дыхание: свободное везикулярное затрудненное жесткое поверхностное апноэ
 ослабленное _____ патологическое _____ нет
Одышка: инспираторная экспираторная смешанная нет **Хрипы:** сухие влажные
 справа слева крепитация _____ шум трения плевры _____ нет
Дополнительно: _____
Язык: влажный сухой чистый обложен _____
Живот: участвует в акте дыхания мягкий напряженный вздут безболезненный
 болезненный в области _____
Перистальтика: да нет **Симптомы раздражения брюшины:** нет да
Печень: относительно края реберной дуги не выступает выступает на _____ см, _____
Диурез (со слов) _____ **Стул (со слов)** _____
Другие симптомы: _____
Неврологический статус: зрачки: норма миоз мидриаз анизокория D S птоз века _____
Реакция на свет: да нет **Глазные яблоки отведены** _____ **Нистагм:** нет да _____
Речь: сохранена нарушена отсутствует **Глотание:** свободное нарушено
Лицо: симметричное ассиметричное, носогубная складка сглажена _____
Девияция языка: _____ **Прикусывание языка:** нет да **Тонус мышц D S** _____
Патологические рефлексы: _____
Плегии, параличи _____ **Менингеальные знаки:** нет да сомнительны

24. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ:Локальный статус: _____

_____ЭКГ до оказания медицинской помощи (указать время проведения): _____

_____**25. Отказ от медицинского вмешательства:**_____
(ФИО больного (законного представителя))_____
(подпись)_____
(ФИО свидетеля)_____
(подпись)_____
(ФИО свидетеля)_____
(подпись)**26. Согласие на медицинское вмешательство:**_____
(ФИО больного (законного представителя))_____
(подпись)_____
(ФИО, должность медработника, получившего разрешение)_____
(подпись)**27. Оказанная помощь:**

Наименование препарата	Дозировка	Путь введения	<input type="checkbox"/> Инъекции. <input type="checkbox"/> НМС. <input type="checkbox"/> ЭИТ, <input type="checkbox"/> ЭКС, <input type="checkbox"/> ИВЛ, <input type="checkbox"/> ЭКГ, <input type="checkbox"/> Интубация. <input type="checkbox"/> санация ВДП. <input type="checkbox"/> дефибрилляция, <input type="checkbox"/> ингаляция O ₂ , <input type="checkbox"/> инфузии, <input type="checkbox"/> жгут, <input type="checkbox"/> повязка, <input type="checkbox"/> обработка раны,	<input type="checkbox"/> иммобилизация, <input type="checkbox"/> воротник Шанца. <input type="checkbox"/> промывание желудка, <input type="checkbox"/> тампонада носа, <input type="checkbox"/> воздуховод, <input type="checkbox"/> небулайзер, <input type="checkbox"/> таблетированные препараты, <input type="checkbox"/> катетеризация магистральных вен, <input type="checkbox"/> катетеризация периферических вен, <input type="checkbox"/> катетеризация мочевого пузыря, <input type="checkbox"/> глюкозетст, <input type="checkbox"/> пульсоксиметрия

Эффективность проведенных мероприятий: _____

АД _____	ЧСС _____	PS _____	ЧДД _____
SpO ₂ _____	t° _____	Сахар крови _____	Другое _____

28. Результат выезда:

<p>Дальнейшее местонахождение больного: Наименование ЛПУ: _____ Отделение: _____ время: прибытия _____ убытия _____ (Ф.И.О., подпись дежурного врача ЛПУ)</p> <p>Наименование ЛПУ: _____ Отделение: _____ время: прибытия _____ убытия _____ (Ф.И.О., подпись дежурного врача ЛПУ)</p> <p><input type="checkbox"/> отказ от госпитализации</p>	<p>Результативный выезд: 1 - оказана помощь, больной оставлен на месте 2 - подвезен домой 3 - доставлен в травматологический пункт (поликлинику) 4 - госпитализирован в ЛПУ 5 - перевезен по направлению других ЛПУ направление ЛПУ: _____ 6 - смерть в присутствии бригады (время смерти) _____ 7 - передан специализированной бригаде № _____ время: _____ 8 - смерть до приезда бригады (время констатации смерти) _____ <input type="checkbox"/></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Отказ от транспортировки для госпитализации в стационар

Возможные осложнения и последствия отказа в доступной для меня форме разъяснены

_____ 20__ г. в _____ часов _____ минут
 (число) (месяц)

 (Ф.И.О. больного (законного представителя)) _____ (подпись)

 (Ф.И.О. свидетеля) _____ (подпись)

 (Ф.И.О. свидетеля) _____ (подпись)

 (Ф.И.О., должность медработника, получившего отказ) _____ (подпись)

Безрезультатный выезд:

1 - не найден на месте, 2 - отказ от помощи, 3 - адрес не найден, 4 - больному увезен до прибытия бригады
 5 - вызов отменен, 6 - ложный вызов, 7 - пациент практически здоров, 8 - обслужен врачом поликлиники

29. Способ доставки больного в автомобиль: 1 - на носилках, 2 - сидя, 3 - на щите, 4 - на руках

5 - передвигался самостоятельно

30. С пациентом передано: _____

Сдал: _____ Принял: _____

31. Диагноз основной: _____

код по МКБ-10

Осложнения: _____

код по МКБ-10

Диагноз сопутствующий: _____

код по МКБ-10

32. Извещение	Телефон	Время	Принял	Извещение	Телефон	Время	Принял
Старший врач				Командатура			
Поликлиника				Родственникам			
СЭС				Стол справок СМП			
Полиция (ГИБДД)				Другое место			

Врач (фельдшер): _____
 (Ф.И.О.) _____ (подпись)

33. Карта проверена (результат экспертной оценки)

Старший врач: _____
 (Ф.И.О.) _____ (подпись)

Эксперт: _____
 (Ф.И.О.) _____ (подпись)

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма

ОГРН ЕГРЮЛ

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

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной медицинской документации

**№ 110-1/у
УТВЕРЖДЕНА**

приказом Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «___» _____ 2020 года № _____

ПРОТОКОЛ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Реанимация до СМП	Безопасности	ИИЛ	СЭЛ
Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Протокол сердечно-легочной реанимации																					
Бригада		Подстанция		ФНО пациента			Карта №			Дата приема вызова											
Время определения клинической смерти				час		мин.*		Наступление клинической смерти:													
								При бригаде СМП <input type="checkbox"/>			До бригады СМП <input type="checkbox"/>										
Реанимационные мероприятия начаты с:				Компрессии грудной клетки <input type="checkbox"/>			ИВЛ (з искусственных вдохов для детей) <input type="checkbox"/>			Дефибрилляция <input type="checkbox"/>											
Обеспечение проходимости ВДП		По времени СЛР <input type="checkbox"/>		До СЛР <input type="checkbox"/>		Оценка эффективности обеспечения проходимости ВДП		Ручная ИВЛ (дыхательный аппарат)													
Способ:		Время		успешно		безуспешно		Признаки успешности проведения		Масочный		После интубации/герметизации ИДП									
Снижение верхних дыхательных путей								Дыхание проводится с 2-х сторон		Экспурирует гр. клетки		3/1 <input type="checkbox"/>		15/2 <input type="checkbox"/>		30/2 <input type="checkbox"/>			Частота, в мин		
Фарингеальный воздуховод								Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>			
Герметизирующее устройство**								Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>			
Интубация трубки								Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>			
Коникотомия								Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/>		Нет <input type="checkbox"/>			
Применение устройства для контроля реанимации				Да <input type="checkbox"/>			Нет <input type="checkbox"/>														
Сосудистый доступ (выполненный во время СЛР)																					
Обеспечение сосудистого доступа		Вид доступа		Время выполнения		Количество попыток		успешно		безуспешно											
До начала СЛР		Во время СЛР		Периферическая вена ()																	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Центральная вена ()																	
				Внутрикостный доступ ()																	
Время начала СЛР		час		мин***		Хронометраж реанимационных мероприятий (минуты от начала СЛР бригадой, (формулировки в Протоколе))															
						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 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35															
Частота компрессий гр. клетки		в мин																			
Компрессии гр. клетки ручные																					
Компрессии гр. клетки автомат. (аппарат)																					
ИВЛ масочный																					
ИВЛ после интубации или приклем. герметиз. уст-ва																					
Электростимуляторы																					
Асистолия																					
Фибрилляция желудочков с ампл. менее 0.25 мВ																					
Фибрилляция желудочков с ампл. 0.25 мВ и больше																					
Желудочковая тахикардия без пульса																					
Организованный средний ритм без пульса (СМР)																					
Нерегулярный ритм ЭКС (при асистолии, ЭКС фибрилляции)																					
Организованный средний ритм с пульсом																					
Для детей брадикардия менее 60 в мин.																					
Для детей сердечный ритм с пульсом более 60 в мин.																					
Дефибрилляция (указать энергию разряда в Дж.)																					
Аппарат:																					
Медикаментозная поддержка:																					

Продолжение приложения № 3

Состав бригады:	Врач	Фельдшер / медсестра	Фельдшер / медсестра
Карта №	Дата приема вызова:		

Подпись _____ Проверил _____

* В графу «Время определения клинической смерти» вносится время той бригады (или другого медицинского работника), при которой она наступила.

** В графу «Герметизирующее устройство» вносится информация о применении ларингеальной трубки, ларингеальной маски, трахеостомической трубки Combitube и других методов, не требующих прямой ларингоскопии.

*** В графу «Время начала СЛР» вносится время начала реанимационных мероприятий той бригадой, которая оформляет «Протокол». Хронометраж СЛР отсчитывается с этого времени.

**** В графе «Дефибриляция» при использовании автоматического режима допустимо заполнение поля хронометража аббревиатурой «АИД» вместо указания энергии разряда.

***** В случае применения устройства для автоматических компрессий грудной клетки.

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 111/y УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА
БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ**

Группа крови _____ Резус-принадлежность беременной _____ Ее мужа _____ 1. Взята на учет <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> (число, месяц, год)								Реакция Вассермана I «___» _____ г. II «___» _____ г.	ВИЧ I «___» _____ г. II «___» _____ г.													
Результат исследования на гонококки _____ УЗИ																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>№ п/п</th> <th>Дата</th> <th>Срок б-ти</th> <th>где проведено</th> <th>Заключение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			№ п/п	Дата	Срок б-ти	где проведено	Заключение	1.					2.					3.				
№ п/п	Дата	Срок б-ти	где проведено	Заключение																		
1.																						
2.																						
3.																						

Фамилия, имя, отчество _____
 Дата рождения

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

 (число, месяц, год)
 Семейное положение: брак зарегистрирован – 1, не зарегистрирован – 2, одинокая – 3
 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 (№) _____ Роды (№) _____
 Осложнения данной беременности _____
 Экстрагенитальные заболевания (диагноз) _____

3. Результат беременности: аборт, роды в срок, преждевременные (подчеркнуть) _____ недель.
 Дата _____
 Особенности родов _____
 Ребенок: живой, мертвый, масса (вес) _____ г, рост _____ см
 Выписалась, переведена в больницу, умерла в родильном доме (подчеркнуть)
 Диагноз _____

4. Анамнез

Перенесенные заболевания: общие _____

Гинекологические: _____

Операции _____

Половая жизнь с _____ лет. Здоровье мужа _____

Менструация с _____ лет и особенности _____

Последняя менструация с _____ по _____ г.

Первое шевеление плода « _____ » _____ г.

РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

№ п/п	Год	Чем закончилась беременность, в каком сроке				Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Ребенок жив, умер, в каком возрасте	Особенности течения предыдущих беременностей
		Абортами		Родами				
		Искусственным	Самостоятельными	Преждевременными	В срок			

5. Первое обследование беременной

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

Состояние молочных желез _____

Сердечно-сосудистой системы _____

Артериальное давление: на правой руке _____ на левой _____

Другие органы _____

Размеры таза: D.Sp. _____ D.Cr. _____ D. troch. _____ C.ext. _____

C. diag. _____ C. vera _____

Внешнее акушерское исследование: высота дна матки _____ см

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

Предлежание _____

Сердцебиение плода _____

ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Внешние половые органы _____

Влагалище _____

Шейка матки _____

Тело матки _____

Придатки _____

Особенности _____

Диагноз: срок беременности _____ недель

Предполагаемый срок родов _____

НАЗНАЧЕНИЯ

Подпись врача

Дата

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДДК № _____ от _____

Ф.И.О. _____

Общее состояние _____

Жалобы _____

PST (-) _____	Головные боли _____ зрение _____
ATD _____ мм.рт.ст.	Движение плода _____
ATS _____ мм.рт.ст.	Кожа, слизистые оболочки _____
PD _____ уд. в мин.	Отеки _____
PS _____ уд. в мин.	Высота стояния дна матки _____ см. Тонус _____
T° _____	Окружность живота _____
U голеней _____	Положение плода в матке _____
D _____ см.	Предлежание плода в матке _____
S _____	Сердцебиение плода _____ уд. в мин.
Вес _____	Предполагаемый вес плода _____

За беременность:

За неделю:

Срок беременности, предполагаемый срок родов:

а) по дате последней менструации _____ нед. _____

б) по первому шевелению плода _____ нед. _____

в) по первому посещению Ж.К. _____ нед. _____

г) по объективным данным _____ нед. _____

д) по данным УЗИ _____ нед. _____

РЕЗЮМЕ: _____ беременность _____ нед. _____

ОТПУСК в связи с беременностью и родами с _____ по _____

Предполагаемый срок родов: _____

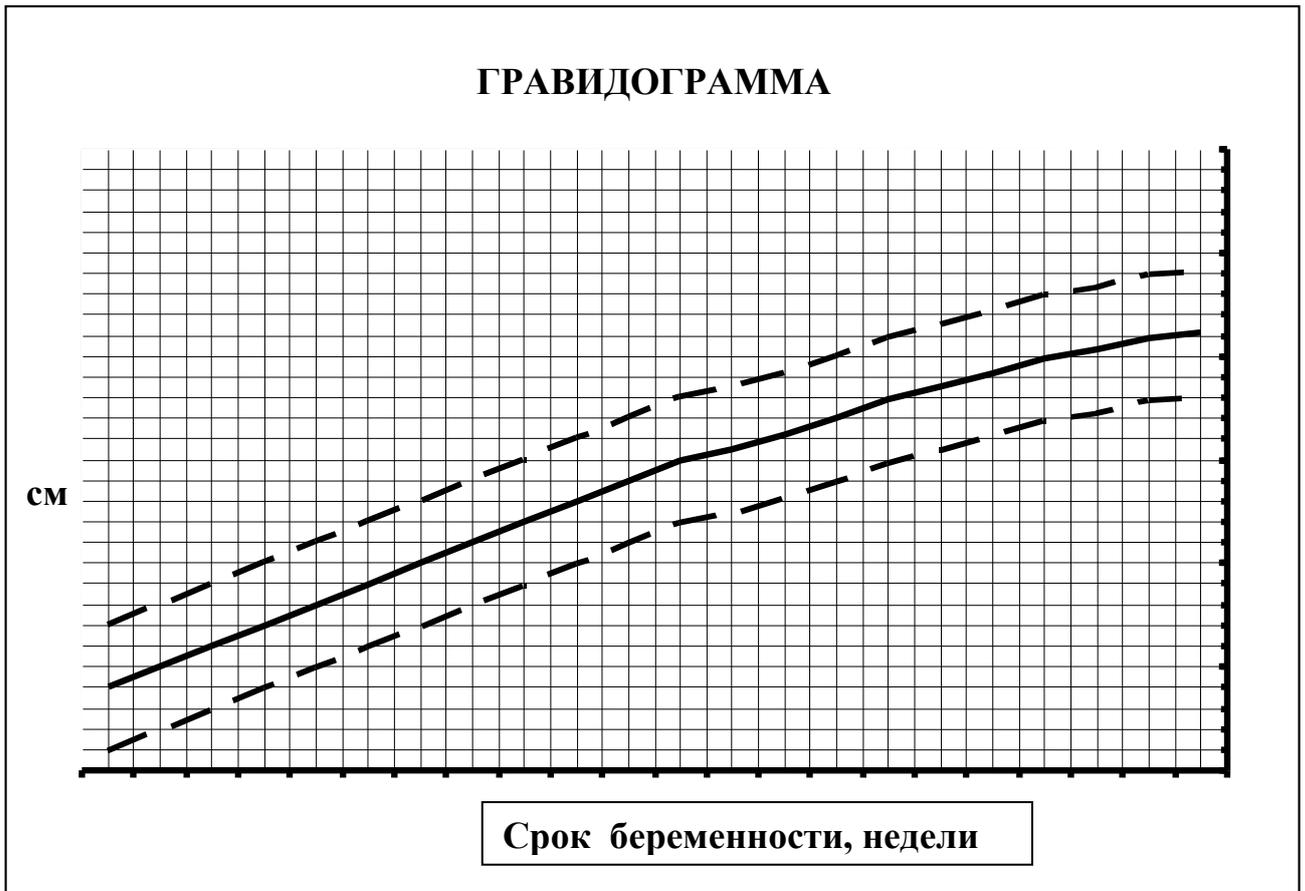
Выдан листок нетрудоспособности, справка № _____

НАЗНАЧЕНИЯ: _____

Председатель ДДК: _____

Члены ДДК: _____

6. Течение беременности



Дата _____ Жалобы _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. Общее состояние _____

PSD _____ уд. в мин. Головные боли _____ зрение _____

PSS _____ уд. в мин. Симптом кольца _____

T° _____ Высота стояния дна матки _____

U голеней D _____ см. Окружность живота _____

S _____ см. Положение плода _____

Pst (-) _____ Предлежащая часть _____

Вес _____ Движение плода _____

Вес за неделю _____ Сердцебиение плода _____

Отеки _____

Назначения: _____ **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

Дата _____ Жалобы _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. Общее состояние _____

PSD _____ уд. в мин. Головные боли _____ зрение _____

PSS _____ уд.в мин. Симптом кольца _____

T° _____ Высота стояния дна матки _____

U голеней D _____ см. Окружность живота _____

S _____ см. Положение плода _____

Pst (-) _____ Предлежащая часть _____

Вес _____ Движение плода _____

Вес за неделю _____ Сердцебиение плода _____

Отеки _____

Назначения: _____ **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

Дата _____ Жалобы _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. Общее состояние _____

PSD _____ уд. в мин. Головные боли _____ зрение _____

PSS _____ уд.в мин. Симптом кольца _____

T° _____ Высота стояния дна матки _____

U голеней D _____ см. Окружность живота _____

S _____ см. Положение плода _____

Pst (-) _____ Предлежащая часть _____

Вес _____ Движение плода _____

Вес за неделю _____ Сердцебиение плода _____

Отеки _____

Назначения: _____ **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

Дата _____ Жалобы _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. Общее состояние _____

PSD _____ уд. в мин. Головные боли _____ зрение _____

PSS _____ уд. в мин. Симптом кольца _____

T° _____ Высота стояния дна матки _____

U голеней D _____ см. Окружность живота _____

S _____ см. Положение плода _____

Pst (-) _____ Предлежащая часть _____

Вес _____ Движение плода _____

Вес за неделю _____ Сердцебиение плода _____

Отеки _____

Назначения: **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

Дата _____ Жалобы _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. Общее состояние _____

PSD _____ уд. в мин. Головные боли _____ зрение _____

PSS _____ уд. в мин. Симптом кольца _____

T° _____ Высота стояния дна матки _____

U голеней D _____ см. Окружность живота _____

S _____ см. Положение плода _____

Pst (-) _____ Предлежащая часть _____

Вес _____ Движение плода _____

Вес за неделю _____ Сердцебиение плода _____

Отеки _____

Назначения: **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

Дата _____ **Жалобы** _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. **Общее состояние** _____

PSD _____ уд. в мин. **Головные боли** _____ **зрение** _____

PSS _____ уд.в мин. **Симптом кольца** _____

T° _____ **Высота стояния дна матки** _____

U голеней D _____ см. **Окружность живота** _____

S _____ см. **Положение плода** _____

Pst (-) _____ **Предлежащая часть** _____

Вес _____ **Движение плода** _____

Вес за неделю _____ **Сердцебиение плода** _____

Отеки _____

Назначения: _____ **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

Дата _____ **Жалобы** _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. **Общее состояние** _____

PSD _____ уд. в мин. **Головные боли** _____ **зрение** _____

PSS _____ уд.в мин. **Симптом кольца** _____

T° _____ **Высота стояния дна матки** _____

U голеней D _____ см. **Окружность живота** _____

S _____ см. **Положение плода** _____

Pst (-) _____ **Предлежащая часть** _____

Вес _____ **Движение плода** _____

Вес за неделю _____ **Сердцебиение плода** _____

Отеки _____

Назначения: _____ **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

Дата _____ Жалобы _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. Общее состояние _____

PSD _____ уд. в мин. Головные боли _____ зрение _____

PSS _____ уд.в мин. Симптом кольца _____

T° _____ Высота стояния дна матки _____

U голеней D _____ см. Окружность живота _____

S _____ см. Положение плода _____

Pst (-) _____ Предлежащая часть _____

Вес _____ Движение плода _____

Вес за неделю _____ Сердцебиение плода _____

Отеки _____

Назначения: **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

Дата _____ Жалобы _____

ATD _____ мм.рт.ст. _____

ATS _____ мм.рт.ст. Общее состояние _____

PSD _____ уд. в мин. Головные боли _____ зрение _____

PSS _____ уд.в мин. Симптом кольца _____

T° _____ Высота стояния дна матки _____

U голеней D _____ см. Окружность живота _____

S _____ см. Положение плода _____

Pst (-) _____ Предлежащая часть _____

Вес _____ Движение плода _____

Вес за неделю _____ Сердцебиение плода _____

Отеки _____

Назначения: **Диагноз:** _____

Дата явки _____

Врач: _____

7. Подготовка к родам

№ п/п	Теми занять	Часов		Ответственный	Дата проведения	Провел
		Теор.	Практ.			
1.	<p>О течении беременности в первом триместре:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Физиологические и психологические изменения во время беременности: *Внутриутробное развитие плода *Питание и здоровый образ жизни. *Физическая активность *Гигиена в период беременности *Тревожные симптомы в период беременности *Половая жизнь *Роль отца - партнера *Особенности наблюдения *Влияние алкоголя, курения на состояние беременной и плод *Профилактика заболеваний передающихся половым путем, ВИЧ/СПИД *Ведение дневника самонаблюдения 	1 час		врач акушерка		
2.	<p>О течении беременности во втором и третьем триместре:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Внутриутробное развитие плода *Тревожные симптомы во время беременности *Половая жизнь *Особенности наблюдения *Профилактика вирусных инфекций *Профилактика отравления дикими грибами 	1 час		врач акушерка		
3.	<p>О рождении ребенка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Физиология родов, «роды без страха» • Партнерские роды и роль партнера • Первый период родов и практические упражнения: альтернативные методы обезболивания родов, релаксация, свободный выбор позиции • Второй период родов и практические упражнения: рациональное положение женщины во втором периоде родов, контакт «кожа к коже» • Третий период родов (активное и физиологическое ведение, преимущества и недостатки) 	1 час	1 час	врач акушерка		
4.	<ul style="list-style-type: none"> • Раннее грудное вскармливание • Принципы грудного вскармливания • 12 принципов грудного вскармливания 	1 час	1 час	врач акушерка		
5.	<p>О послеродовом периоде:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гигиена послеродового периода • Планирование семьи, методы контрацепции • Метод лактационной аменореи • Уход за новорожденным • Тревожные симптомы для матери и ребенка • Профилактика синдрома внезапной смерти ребенка 	1 час		врач акушерка Детская медицинская сестра		

Беременная предупреждена о прохождении занятий в «Школе ответственного родительства», и о ведении дневника самонаблюдения.

Дата « ___ » _____ 20___ г.

Подпись _____

Занятия проведены: **в группе беременных /индивидуально**

Ответственный за проведение занятий:

8. Патронажные посещения						
Дата						
Срок беременности						
Жалобы						
Общее состояние						
АД на правой руке						
АД на левой руке						
Отеки (да или нет)						
Положение плода						
Сердцебиение плода						
Рекомендации						
Подпись _____						

9. Листок для подклеивания анализов, обменной карты и других документов

10 Временная нетрудоспособность в связи с беременностью и родами с «____» _____ г.
 по «____» _____ г.

Листок нетрудоспособности № _____
 Роды «____» _____ г. в срок, раньше, позже на _____ дней (подчеркнуть)
 Роды состоялись в _____

11. Наблюдение за роженицей

Дата	Жалобы	Данные обследования	Советы, назначения

Подпись врача _____

Подпись зав. консультацией _____

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="557 770 1008 815"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 113/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

<p align="center">ОБМЕННАЯ КАРТА родильного дома, родильного отделения больницы (заполняется на каждую беременную и выдается на руки с момента взятия на учет)</p>
1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____
3. Место жительства _____

Талон 1. Сведения женской консультации о беременной

(заполняется на каждую беременную и выдается на руки с момента взятия на учет)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Возраст _____ 3. Место жительства _____

4. Перенесенные общие, гинекологические заболевания, операции _____

5. Какая беременность _____, какие роды _____

6. Роды: срочные (год) _____

преждевременные (год, в каком сроке) _____

Ребенок родился с массой _____, живой, мертвый, умер (нужное подчеркнуть)

7. Было абортов _____ искусственные (год, в каком сроке) _____

самопроизвольные (год, в каком сроке) _____

8. Особенности течения предыдущих беременностей, родов, послеродового периода _____

9. Последняя менструация _____
(число, месяц, год)
10. Первое шевеление плода _____
(число, месяц, год)
11. Срок беременности _____ недель при первом посещении «_____» _____ 20__ г.
12. Сделано посещений до 30 недель _____, после 30 недель _____
13. Размеры таза D.sp. _____ D.cr. _____ D. torch. _____
C.ext. _____ C.diag. _____ C.vera. _____ Индекс Соловьева _____
14. Рост _____ Вес (масса) _____ 15. U голеней D _____ см. S _____ см.
(при первом обращении)
16. Положение плода _____
Предлежащая часть: головка, ягодицы, не определяется (подчеркнуть)
Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, ударов _____ в минуту, слева, справа (подчеркнуть)
17. Выдан листок нетрудоспособности, справка по беременности и родам № _____ с «_____» _____ 20__ г.
по «_____» _____ 20__ г.
18. Предполагаемый срок родов _____

Лабораторные и другие исследования

19. Группа крови беременной _____ Rh-принадлежность _____
Титр антител (дата) _____
Группа крови отца ребенка _____ Rh-принадлежность _____
20. Введен иммуноглобулин антирезус-Д при б-ти 28 - 29 нед. серия _____ «_____» _____ 20__ г.

21. RW	22. ВИЧ	23. HbsAg
« _____ » _____ 20__ г. р-т № _____	« _____ » _____ 20__ г. р-т № _____	« _____ » _____ 20__ г. р-т № _____
« _____ » _____ 20__ г. р-т № _____	« _____ » _____ 20__ г. р-т № _____	« _____ » _____ 20__ г.

25. Общий анализ мочи													
Дата													
Сахар													
Белок													
Лейкоциты													
Эритроциты													
Соли													
Бактерии													
26. Бактериологическое исследование мочи: _____													

(при первом обращении)							(по показаниям)						
27. Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища													
Дата													
	С	V	U	С	V	U	С	V	U				
Гонококки													
Лейкоциты													
Эпителий													
Флора													
Трихомонады													
Кандиды													
Ключевые клетки													

28. Биохимические исследования (по показаниям)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

29. Результаты обследования на TORCH-инфекции

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

30. Другие методы обследования

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

31. Обследования у других специалистов _____

Терапевт I. _____

II. _____

Стоматолог _____

Окулист _____

ЛОР _____

Эндокринолог _____

Другие _____

32. Консультация врача-генетика :**33. Первый биохимический скрининг на врожденные пороки развития плода (11 -13 нед. + 6 дней):**

РАРР _____

ВХГЧ _____

34. Второй биохимический скрининг на врожденные пороки развития плода (18 - 21 нед.):

АФП _____

ХГТ _____

Эстриол _____

35. Исследования семьи на туберкулез:

муж (ФЛГ) _____

дети (р. Манту) _____

36. Ультразвуковое обследование

1. (11-13 недель + 6 дней) _____

Ф.И.О. врача _____ Дата « ____ » ____ 20__ г. Медицинское учреждение _____

2. (16-21 недель) _____

Ф.И.О. врача _____ Дата « ____ » ____ 20__ г. Медицинское учреждение _____

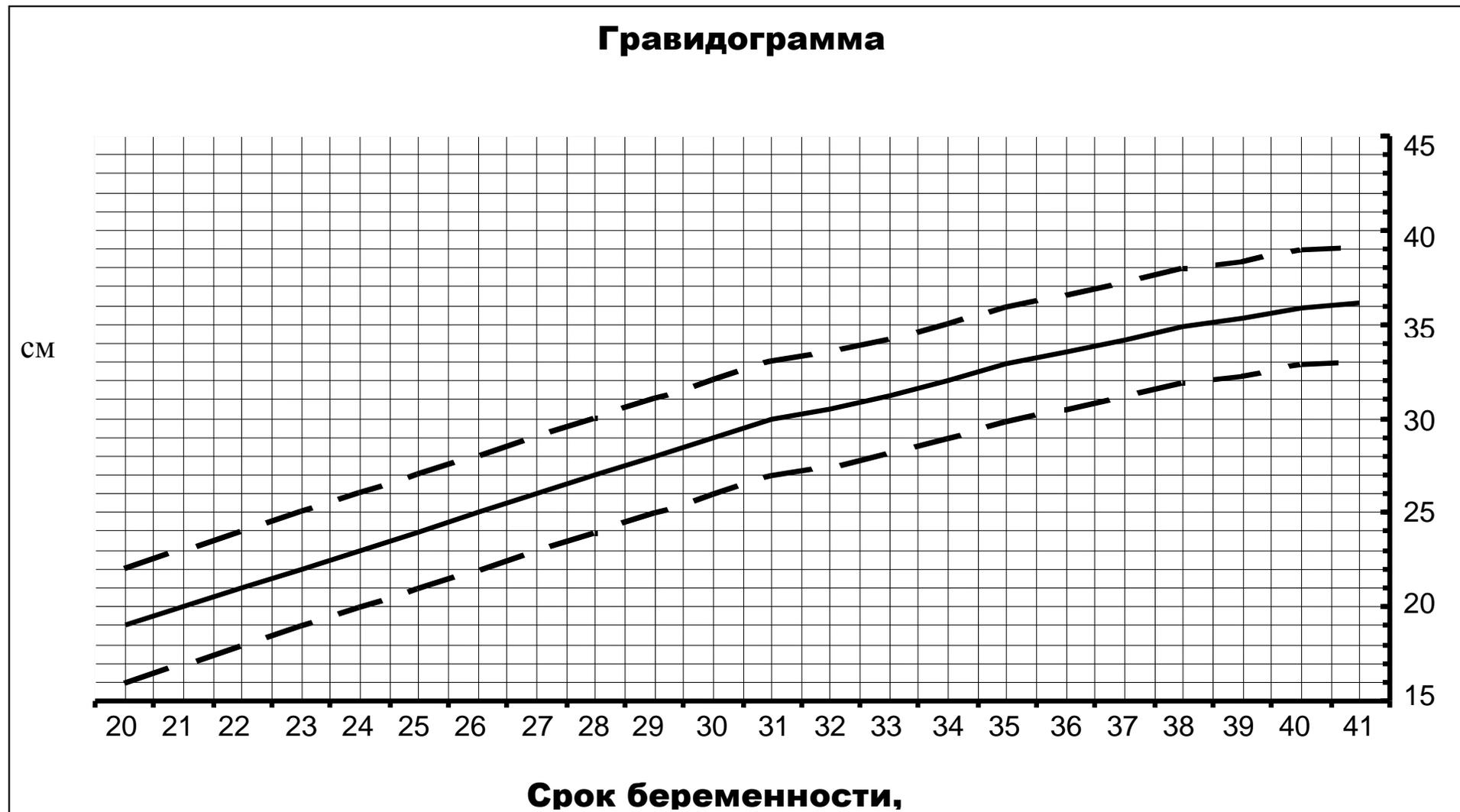
3. (32-36 недель, по показаниям) _____

Ф.И.О. врача _____ Дата « ____ » ____ 20__ г. Медицинское учреждение _____

37. «Школа ответственного родительства»			
№ п/п	Тема занятия	Дата	Кто проводил
1.	О течении беременности в первом триместре : (физиологические и психологические изменения в период беременности, внутриутробное развитие плода, питание и здоровый образ жизни, гигиена в период беременности, половая жизнь, роль отца-партнера, влияние алкоголя, курения на состояние беременной и плод, профилактика заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИД).		
2.	О течении беременности во втором триместре : (внутриутробное развитие плода, тревожные симптомы в период беременности, особенности наблюдения, профилактика вирусных инфекций).		
3.	О рождении ребенка: (Физиология родов, «роды без страха», партнерские роды и роль партнера, периоды родов, контакт «кожа к коже», третий период родов - активное и физиологическое ведение, преимущества и недостатки)		
4.	Раннее грудное вскармливание: (принципы грудного вскармливания, 12 принципов грудного вскармливания)		
5.	Послеродовый период: (гигиена послеродового периода, планирование семьи, методы контрацепции, уход за новорожденным, тревожные симптомы для матери и ребенка, профилактика синдрома внезапной смерти).		

ПОКАЗАНИЯ К НЕМЕДЛЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

1. Кровянистые выделения из половых путей;
2. Повышение температуры тела выше 38° ;
3. Отхождение околоплодных вод;
4. Диастолическое АД >110 мм рт.ст.;
5. Головная боль;
6. Нарушение зрения;
7. Боль в эпигастральной области или правом подреберье;
8. Отсутствие мочи;
9. Состояния, которые сопровождаются нарушением жизненно важных функций;



Тест движений плода (ТДП)

В комплексной оценке состояния плода большое значение имеет его двигательная активность. Уменьшение движений плода или изменение их характера необходимо рассматривать как симптом нарушения его состояния. Тест движения «Считай до 10» регистрирует сама беременная, начиная с 28 недель и до родов на специальной карте. Во время очередного посещения беременная предъявляет карту теста движений плода врачу.

Кроме теста «Считай до 10», можно использовать подсчет числа движений в течение одного часа 3 раза в день (7.00-8.00, 12.00-13.00, 18.00-19.00). Снижение числа движений плода до 10 и меньше за 12 часов или 3 и меньше за один час (в каждом интервале, который измеряется) рассматривается как сигнал тревоги и требует кардиомониторного контроля.

Часы		« _____ » недель						
	09.00							
	09.30							
	10.00							
	10.30							
	11.00							
	11.30							
	12.00							
	12.30							
	13.00							
	13.30							
	14.00							
	14.30							
	15.00							
	15.30							
	16.00							
	16.30							
	17.00							
	17.30							

	18.00								
	18.30								
	19.00								
	19.30								
	20.00								
	20.30								
	21.00								
Число движений (меньше 10)	Число движений (меньше 10)								
	9								
	8								
	7								
	6								
	5								
	4								
	3								
	2								
	1								
0									

Фамилия, имя, отчество

Место жительства

Домашний телефон

Начато _____ 20__ г. При сроке беременности _____ недель.

Движения плода начинайте считать в 9.00. Когда почувствуете 10-е движение, отметьте в таблице час.

Например: 10-й раз зарегистрирован Вами между 13.00 и 13.30 и отмечено в графе 1. На следующее утро начинайте считать движения снова.

Если с 9.00 до 20.00 вы почувствовали менее 10 движений, отметьте только их число за это время в нижней части таблицы.

Запомните, если в течение дня вы наблюдаете менее 10 движений плода, обратитесь к врачу за консультацией.

Продолжение приложения № 5

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ								
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____		Форма первичной учетной медицинской документации № 113/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ____ » _____ 2020 года № _____								
ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="539 675 965 719" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

ОБМЕННАЯ КАРТА родильного дома, родильного отделения больницы Талон 2. Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице	
1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. Место жительства _____ 3. Роды прошли (число, месяц, год) _____ 4. От какой беременности по счету родился ребенок _____ со сроком беременности _____ недель, Предыдущие беременности закончились: аборт(ами) (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. Выписана на _____ день после родов

10. Состояние матери при выписке _____

11. Состояние ребенка при рождении _____

в роддоме _____

при выписке _____

12. Вес ребенка: при рождении _____, при выписке _____

13. Рост ребенка при рождении _____

14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть), показания _____

15. Особые замечания _____

« _____ » _____ 20__ г.

Врач акушер-гинеколог _____

(фамилия, подпись)

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ							
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="539 683 965 730" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

ОБМЕННАЯ КАРТА**родильного дома, родильного отделения больницы****Талон 3. Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном**

1. Фамилия, имя, отчество родильницы _____
2. Место жительства _____
3. Роды состоялись _____ (число, месяц, год)
4. От какой беременности по счету родился ребенок _____ со сроком беременности _____ недель, Предыдущие 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 беременности _____

7. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) _____

8. Обезболивание применялось, нет (*подчеркнуть*), какое, эффективность _____

9. Течение послеродового периода (заболевания) _____

10. Выписан на _____ день после родов

11. Состояние матери при выписке _____

Сведения о новорожденном

12. Пол ребенка: мальчик, девочка (*подчеркнуть*), рост при рождении _____ см,

вес при рождении _____ г, при выписке _____ г.

13. Физиологическая потеря массы тела _____ г, вес стабилизировался на _____ сутки.

14. Состояние ребенка:

при рождении - оценка по шкале Апгар - кричал: сразу, нет (*подчеркнуть*),

применялись ли средства по оживлению (какие) _____

совместное пребывание с матерью с _____ часов после родов,

прикладывание к груди на _____ час после родов, кормление грудью достаточное: да, нет (*подчеркнуть*),

вскармливание - грудное, сцеженным молоком матери (*подчеркнуть*), в случае перевода на искусственное вскармливание – указать причину

вскармливание молочной смесью, докорм (указать, чем именно) в объеме _____

пупочный остаток

15. Течение периода адаптации _____

16. Дополнительные обследования _____

17. Терапия, режим _____

18. Вакцинация БЦЖ _____ 20__ г. 0,05 мг. в 1 мл; серия _____, контроль _____. Если нет, то указать причину _____, ВГВ _____

Срок годности _____, производитель _____

19. Скрининг на ФКУ: дата _____, результат _____

20. Лекция по уходу за ребенком и вскармливанию проведена _____ кем (врач - неонатолог, медсестра) _____

21. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на _____ сутки с массой тела _____ г.

22. Диагноз _____

23. Рекомендовано: осмотр участкового врача в первые двое суток после выписки, консультации.

24. Группа здоровья _____

25. Рекомендации _____

26. Особые замечания _____

« _____ » _____ 20__ г.

Врач акушер-гинеколог _____

(фамилия, подпись)

Врач педиатр - неонатолог _____

(фамилия, подпись)

Зав. родильным отделением _____

(фамилия, подпись)

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Лицевая сторона

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация <hr/> Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма <hr/> ОГРН ЕГРЮЛ	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 114/у УТВЕРЖДЕНА	Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация <hr/> Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма <hr/> ОГРН ЕГРЮЛ	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 114/у УТВЕРЖДЕНА																																																																																																																																											
<p align="center">СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ № _____</p> Фамилия <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> Имя <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> Отчество <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> <small>(печатными буквами)</small>																																																													<p align="center">ТАЛОН к сопроводительному листу № _____ (после выписки или смерти пациента / потерпевшего срочно передается на станцию скорой медицинской помощи)</p> Фамилия <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> Имя <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> Отчество <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> <small>(печатными буквами)</small>																																																														Возраст _____ <small>(полных лет)</small> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <small>(число)</small> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <small>(месяц)</small> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <small>(год рождения)</small>								Возраст _____ <small>(полных лет)</small> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <small>(число)</small> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <small>(месяц)</small> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <small>(год рождения)</small>								Домашний адрес _____ _____ _____		Домашний адрес _____ _____ _____	
Данные от лица, свидетеля, из документа <small>(подчеркнуть и указать)</small>		Данные от лица, свидетеля, из документа <small>(подчеркнуть и указать)</small>		Данные от лица, свидетеля, из документа <small>(подчеркнуть и указать)</small>																																																																																																																																										
Доставлен с улицы, квартиры, рабочего места, ЛПУ, другое <small>(подчеркнуть и вписать)</small>		Доставлен с улицы, квартиры, рабочего места, ЛПУ, другое <small>(подчеркнуть и вписать)</small>		Обстоятельства несчастного случая																																																																																																																																										
Предварительный диагноз СМП: _____ _____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____ _____		в _____ часов _____ мин. _____ 20 _____ года																																																																																																																																										
Доставлен: в ЛПУ _____ № _____, отделения _____ _____ 20 _____ года в _____ часов _____ мин.		Доставлен: на носилках, на руках, пешком в ЛПУ _____ № _____ <small>(подчеркнуть)</small> отделение _____ _____ 20 _____ года в _____ часов _____ мин.		по вызову № _____, принятым в _____ часов _____ мин.																																																																																																																																										
По вызову № _____, принятым в _____ часов _____ мин.		По вызову № _____, принятым в _____ часов _____ мин.		По вызову № _____, принятым в _____ часов _____ мин.																																																																																																																																										
Врач/фельдшер _____ <small>(фамилия, четко)</small> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <small>(личный номер)</small>				Врач/фельдшер _____ <small>(фамилия, четко)</small> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <small>(личный номер)</small>				Подстанция № _____ Тел. № _____																																																																																																																																						
Подстанция № _____ Тел. № _____		Подстанция № _____ Тел. № _____		Подстанция № _____ Тел. № _____																																																																																																																																										

Линия отрыва

Продолжение приложения № 6

Оборотная сторона

Предварительный диагноз СМП: _____	При необходимости получить дополнительную информацию, уведомить ответственного работника дежурной смены станции СМП.
_____	Все лица, доставленные бригадами СМП, подлежат обязательному приему в приемном отделении ЛПУ
_____	Доставлен в сопровождении: _____
_____	_____
Предварительный диагноз приемного отделения (отделения экстренной медицинской помощи) ЛПУ: _____	_____
_____	Лечебные мероприятия, проведенные бригадой СМП:
_____	АД: _____ / _____ мм рт.ст.
Заключительный диагноз ЛПУ: _____	Пульс _____ мин. t°C _____ по ШГ _____ б., по ТШ _____ б.
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Медицинская карта стационарного больного № _____	_____
проведено: _____ дней _____ часов	_____
Операция в _____ часов _____ мин. _____ 20 _____ года	_____
Выписан(а) с улучшением, без улучшения, здоровым (подчеркнуть)	_____
Оказана амбулаторная помощь: _____	_____
_____	_____
Умер(ла) в _____ часов _____ мин. _____ 20 _____ года	Дополнительные сведения:
Замечания медицинского учреждения к оказанной медицинской помощи бригадой СМП _____	Вместе с пациентом передано: _____
_____	_____
Врач _____ Отделение _____	_____
_____	_____

Линия отрыва

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	Форма первичной учетной медицинской документации № 147/у УТВЕРЖДЕНА Приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ___ » _____ 2020 года № ___	Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	Форма первичной учетной медицинской документации № 147/у УТВЕРЖДЕНА Приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ___ » _____ 2020 года № ___
ОГРН ЕГРЮЛ		ОГРН ЕГРЮЛ	

<p>КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ № _____ для назначения и выплаты единовременного пособия по беременности и родам</p> <p>первичная, продолжение справки № _____ (необходимое подчеркнуть) Дата выдачи « _____ » _____ 20__ г.</p> <p>Фамилия, имя, отчество: _____ Год рождения: _____ Место жительства: _____ Период предоставления единовременного пособия: с _____ 20__ г. (число и месяц писать словами) по _____ 20__ г. (число и месяц писать словами) Подпись лица, выдавшего справку _____ (подпись, фамилия полностью) Подпись лица, получившего справку _____ (подпись, фамилия полностью)</p>	<i>Линия отреза</i>	<p>СПРАВКА № _____ для назначения и выплаты единовременного пособия по беременности и родам</p> <p>первичная, продолжение справки № _____ (необходимое подчеркнуть) Дата выдачи « _____ » _____ 20__ г.</p> <p>Выдана _____ (фамилия, имя, отчество женщины)</p> <p>Год рождения: _____ Место жительства _____ в том, что она находится на учете по поводу беременности/ у нее произошли роды - _____ (необходимое подчеркнуть) _____ (дата) _____ (название учреждения здравоохранения) и на « _____ » _____ 20__ г. срок беременности _____ недель Период предоставления единовременного пособия: с _____ 20__ г. (число и месяц писать словами) по _____ 20__ г. (число и месяц писать словами) М.П. _____ Врач _____ учреждения _____ (подпись, фамилия полностью) здравоохранения _____ Руководитель учреждения здравоохранения _____ (подпись, фамилия полностью)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="586 769 976 810"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p style="text-align: center;">№ 147-1/у</p> <p style="text-align: center;">УТВЕРЖДЕНА</p> <p style="text-align: center;">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p style="text-align: center;">от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>Журнал регистрации выданных (полученных) справок для назначения и выплаты единовременного пособия по беременности и родам</p> <p>Начат «___» _____ 20__ Окончен «___» _____ 20__</p>									

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="435 750 778 795"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>											<p style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первичной учетной медицинской документации № 200/у</p> <p style="text-align: center;">УТВЕРЖДЕНА</p> <p style="text-align: center;">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ № _____</p> <p>« _____ » _____ 20 ____ г. (дата взятия биоматериала)</p>											
<p>Ф.И.О. _____</p>											
<p>Возраст (для детей до 1-го года – месяцев, дней) _____</p>											
<p>Пол _____</p>											
<p>Наименование медицинской организации _____</p>											
<p>Отделение _____</p>											
<p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p>											
<p>Диагноз _____</p>											
<p>Домашний адрес, место работы (для серологического исследования на сифилис, ВИЧ) _____</p>											
<p>Направляемый материал _____</p>											
<p>_____</p>											
<p>Вид исследования _____</p>											
<p>_____</p>											
<p>Результат _____</p>											
<p>_____</p>											
<p>_____</p>											
<p>« _____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О. _____ (дата выдачи анализа) (подпись)</p>											

Приложение № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 203/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020года № _____								
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____									
ОГРН ЕГРЮЛ	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ № _____**

1. Первично/повторно (подчеркнуть) Медицинская карта больного № _____

2. Ф.И.О. больного (полностью) _____

3. Дата рождения _____ Пол: _____

4. Отделение _____

5. Лечащий врач (ФИО, тел.) _____

6. Клинический диагноз _____

7. Краткие сведения о заболевании (краткий анамнез и важнейшие клинические симптомы, данные инструментального обследования): _____

8. Проведенное лечение (оперативное, лучевое, химиотерапия; доза, дата начала и окончания лечения)

9. Локализация процесса _____

10. Метод получения материала: пункция, соскоб, мазок-отпечаток, отпечаток (нужное подчеркнуть)

11. Объем и макроскопическое описание биологического материала, маркировка препаратов _____

12. Дата поступления материала _____

13. Результат цитологического исследования

«___» _____ 20__ г. _____
(дата выдачи материала) (ФИО и подпись врача, смотревшего материал)

Врач, смотревший материал не несет ответственности за правильность ответа при: не заполнении всех граф направления и несоблюдении правил сдачи, забора и доставки материала.

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 206/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «__» _____ 2020 года № _____
ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ № _____ (проба Кумбса) «_____» _____ 20__ г. (дата взятия биоматериала)									
Ф.И.О. пациента _____ Дата рождения _____ Пол _____ Наименование медицинской организации _____ Отделение _____ Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____ Ф.И.О. врача, направившего образец крови _____ Контактный телефон _____ Клинический диагноз _____ _____ Трансфузионный анамнез (кол-во трансфузий и реакции на них) _____ _____ Акушерский анамнез (кол-во беременностей, родов, ГБН, выкидыши, мертворождения, аборт) _____ _____									
Результаты исследования крови, полученные в учреждении здравоохранения: Группа крови АВО _____ (прописью) Резус-принадлежность _____ Резус-антитела: не найдены, найдены, полные, неполные (нужное подчеркнуть) Титр _____ «_____» _____ 20__ г. Подпись _____ (дата)									
Примечание: пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты)									

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 206-1/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ № _____ (проба Кумбса)</p> <p>«___» _____ 20__ г. (дата взятия биоматериала)</p>									
<p>Ф.И.О. пациента _____</p> <p>Дата рождения _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Ф.И.О. врача, направившего образец крови _____</p> <p>Результаты исследования крови, полученные в медицинской организации:</p> <p>Группа крови АВО _____ (прописью)</p> <p>Резус-принадлежность _____</p> <p>Резус-антитела: не найдены, найдены, полные, неполные (нужное подчеркнуть)</p> <p>Титр _____</p> <p>Результат лабораторного исследования:</p> <p>Группа крови АВО _____ (прописью)</p> <p>Резус-принадлежность _____</p> <p>Резус-антитела: не найдены, найдены, полные, неполные (нужное подчеркнуть)</p> <p>Титр _____</p> <p>Прямая проба Кумбса _____ Непрямая проба Кумбса _____</p> <p>«___» _____ 20__ г. (дата)</p> <p>Ф.И.О. специалиста, проводившего исследования _____ (подпись)</p> <p>Примечание: пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты)</p>									

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="477 748 876 786"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первичной учетной медицинской документации № 207/у</p> <p style="text-align: center;">УТВЕРЖДЕНА</p> <p style="text-align: center;">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>НАПРАВЛЕНИЕ № _____ на исследование крови на определение групповой и резус-принадлежности «___» _____ 20__ г.</p>									
<p>Ф. И. О. _____</p> <p>Возраст _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____ Медицинская карта № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p> <p>Группа крови при первичном определении _____</p> <p>Врач, проводивший исследование _____</p> <p style="text-align: right;">(Ф.И.О., подпись)</p>									

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; text-align: center; width: 100px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>											<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 207-1/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ № _____ на определение групповой и резус-принадлежности, иммунных антител «___» _____ 20___ г. (дата взятия биоматериала)</p>											
<p>Ф. И. О. пациента _____</p> <p>Дата рождения _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Результат первичного определения, полученного в отделении медицинской организации:</p> <p>Группа крови АВО _____ (прописью)</p> <p>Результат лабораторного исследования:</p> <p>Группа крови АВО _____ (прописью)</p> <p>Резус-принадлежность _____</p> <p>Резус-антитела: не найдены, найдены, полные, неполные (нужное подчеркнуть)</p> <p>Титр _____</p> <p>«___» _____ 20___ г. (дата выдачи анализа)</p> <p>Ф.И.О. специалиста, проводившего исследования _____ (подпись)</p> <p>Примечание: пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты)</p>											

Приложение № 15
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ </p>	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 207-2/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>НАПРАВЛЕНИЕ в СПК (ОПК)</p> <p>на определение групповой и резус-принадлежности, иммунных антител, индивидуальный подбор (нужное подчеркнуть) № _____ «___» _____ 20 г. (дата взятия биоматериала)</p>	
<p>Ф.И.О. пациента _____</p> <p>Дата рождения _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Ф.И.О. врача, направившего образец крови _____</p> <p>Контактный телефон _____</p> <p>Диагноз _____</p> <p>Трансфузионный анамнез (кол-во трансфузий и реакции на них) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Акушерский анамнез (кол-во беременностей, родов, ГБН, выкидыши, мертворождения, аборт) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Результаты исследования крови, полученные в медицинской организации: Группа крови АВО _____ (прописью)</p> <p>Резус-принадлежность _____</p> <p>Резус-антитела: не найдены, найдены, полные, неполные (нужное подчеркнуть)</p> <p>Титр _____</p> <p>Наименование и количество компонентов крови, необходимых для трансфузии: _____</p> <p>«___» _____ 20__ г. Подпись врача _____ (дата)</p> <p>Примечание: 1. пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты) 2. Если гемоглобин (Hb) пациента ниже 70 г/л, для определения групповой и резус-принадлежности, проведения индивидуального подбора необходимо взять две пробирки: 1 пробирка с консервантом (гепарин, ЭДТА) - 3,0 мл, 2 пробирка без консерванта - 7,0 мл.</p>	

Приложение № 16
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ </p>	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 207-3/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ в СПК (ОПК) № _____ на определение групповой и резус-принадлежности, иммунных антител, индивидуальный подбор «___» _____ 20__ г. (дата взятия биоматериала)</p>	
<p>Ф.И.О. пациента _____</p> <p>Дата рождения _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>_____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Ф.И.О. врача, направившего образец крови _____</p> <p>Результаты исследования крови, полученные в медицинской организации:</p> <p>Группа крови АВО _____ (прописью)</p> <p>Резус-принадлежность _____</p> <p>Резус-антитела: не найдены, найдены, полные, неполные (нужное подчеркнуть)</p> <p>Титр _____</p> <p>Результат лабораторного исследования:</p> <p>Группа крови АВО _____ (прописью)</p> <p>Резус-принадлежность _____</p> <p>Резус-антитела: не найдены, найдены, полные, неполные (нужное подчеркнуть)</p> <p>Титр _____</p> <p>Подобраны: _____</p> <p>1. Группа _____ резус _____ № гемакона _____ от _____</p> <p>2. Группа _____ резус _____ № гемакона _____ от _____</p> <p>3. Группа _____ резус _____ № гемакона _____ от _____</p> <p>«___» _____ 20__ г. (дата)</p> <p>Ф.И.О. специалиста, проводившего исследования _____ (подпись)</p>	

Приложение № 17
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="728 783 1117 831"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>										<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 207-4/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p style="text-align: center;">ЖУРНАЛ регистрации результатов определения групповой и резус-принадлежности, иммунных антител</p> <p>Начат «___» _____ 20__ г. Окончен «___» _____ 20__ г.</p>										

Приложение № 18
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="584 810 976 855"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>								<p style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p style="text-align: center;">№ 207-5/y</p> <p style="text-align: center;">УТВЕРЖДЕНА</p> <p style="text-align: center;">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p style="text-align: center;">от «___» _____ 2020 года № _____</p>

<p style="text-align: center;">ЖУРНАЛ</p> <p style="text-align: center;">регистрации результатов первичного определения группы крови</p> <p style="text-align: center;">по системе АВО</p> <p>Начат «___» _____ 20___ г. Окончен «___» _____ 20___ г.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Приложение № 19
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 208/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «___» _____ 2020 года № _____</p>																																																		
<p>ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЯКУЛЯТА № _____</p> <p style="text-align: center;">«___» _____ 20___ г.</p> <p style="text-align: center;">(дата взятия биоматериала)</p>																																																			
<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Возраст _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p> <p>Количество дней воздержания (норма 2-7 дней) _____</p> <p>Время эякуляции _____</p>																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Показатель</th> <th style="width: 25%;">Значение</th> <th style="width: 25%;">Единицы измерения</th> <th style="width: 25%;">Норма</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА</td> </tr> <tr> <td>Объем</td> <td></td> <td style="text-align: center;">мл</td> <td style="text-align: center;">2-5</td> </tr> <tr> <td>Цвет</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">серовато-белый</td> </tr> <tr> <td>Прозрачность</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">мутный</td> </tr> <tr> <td>Запах</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">специфический</td> </tr> <tr> <td>Консистенция</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">до 60 мин от момента получения редкий</td> </tr> <tr> <td>Вязкость (после полного разжижения)</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">длина нити до 0,5см</td> </tr> <tr> <td>Реакция (рН)</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">7,2-7,8</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</td> </tr> <tr> <td>Количество сперматозоидов в 1 мл</td> <td></td> <td style="text-align: center;">млн</td> <td style="text-align: center;">20-120</td> </tr> <tr> <td>Общее количество сперматозоидов в эякуляте</td> <td></td> <td style="text-align: center;">млн</td> <td style="text-align: center;">≥40</td> </tr> </tbody> </table>				Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма	ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА				Объем		мл	2-5	Цвет			серовато-белый	Прозрачность			мутный	Запах			специфический	Консистенция			до 60 мин от момента получения редкий	Вязкость (после полного разжижения)			длина нити до 0,5см	Реакция (рН)			7,2-7,8	МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ				Количество сперматозоидов в 1 мл		млн	20-120	Общее количество сперматозоидов в эякуляте		млн	≥40
Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма																																																
ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА																																																			
Объем		мл	2-5																																																
Цвет			серовато-белый																																																
Прозрачность			мутный																																																
Запах			специфический																																																
Консистенция			до 60 мин от момента получения редкий																																																
Вязкость (после полного разжижения)			длина нити до 0,5см																																																
Реакция (рН)			7,2-7,8																																																
МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ																																																			
Количество сперматозоидов в 1 мл		млн	20-120																																																
Общее количество сперматозоидов в эякуляте		млн	≥40																																																

Кинезисграмма:			
прогрессивно активноподвижные (А)		%	≥25
прогрессивно слабоподвижные (В)		%	≥25
непрогрессивно подвижные (С)		%	
неподвижные (D)		%	
Окраска по Блуму:			
живые		%	≥50
мертвые		%	≤50
Морфология сперматозоидов:			
нормальные		%	≥30
дегенеративные (дефекты головки, шейки, хвоста)		%	≤20
Агглютинация сперматозоидов			отсутствует
Агрегация сперматозоидов			отсутствует
Клетки сперматогенеза		%	0,5-2
Эритроциты			единичные в препарате
Лейкоциты			2-4 в поле зрения
Эпителиальные клетки (уретры, простаты)			единичные в препарате
Сперматофаги			единичные в препарате
Лецитиновые зерна			небольшое количество
Кристаллы Бехтера			единичные в препарате
Слизь			отсутствует

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О. врача _____
(дата выдачи анализа) (подпись)

Приложение № 20
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 209-1/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>																																			
<p>НАПРАВЛЕНИЕ на бактериоскопическое исследование биоматериала (мокроты) на КУБ (ТБ 05) (заполняется одно направление на два образца биоматериала) «___» _____ 20___ г. (дата взятия биоматериала)</p>																																												
<p>Направлено из _____ (наименование медицинской организации)</p> <p>Ф.И.О. врача _____</p> <p>Телефон _____</p> <p>Дата направления _____</p> <p>Ф.И.О. пациента _____ Возраст _____ Пол _____</p> <p>Дом. адрес _____</p> <p>Биоматериал: <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> Другой (отметить, какой именно) _____</p> <p>Цель исследования: <input type="checkbox"/> Диагностика ТБ <input type="checkbox"/> Контроль лечения ТБ (после _____ доз) <input type="checkbox"/> Другая _____ (указать)</p> <p>Дата сбора биоматериала: 1 проба _____ 2 проба _____</p> <p>Ответственный за сбор мокроты: _____</p> <p>Предыдущий результат (мазок) в КДЛ ОЛС (для тубучреждений): дата _____ лаб. № _____ результат _____</p> <p>Результат исследования (заполняется в лаборатории)</p> <p>Дата доставки биоматериала в лабораторию _____</p> <p>Код (название) лаборатории _____ Лабораторный порядковый № _____</p>																																												
<p>Результаты бактериоскопии биоматериала (мокроты) на наличие КУБ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Дата бактериоскопии</th> <th rowspan="3">Лаб. №</th> <th rowspan="3">Проба</th> <th colspan="4">Результат</th> <th rowspan="3">Примечания</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">отрицательный</th> <th colspan="3">положительный/степень позитивности</th> </tr> <tr> <th>1-9 КУБ</th> <th>1+</th> <th>2+</th> <th>3+</th> </tr> <tr> <th>А</th> <th>А1</th> <th>Б</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Дата бактериоскопии	Лаб. №	Проба	Результат				Примечания	отрицательный	положительный/степень позитивности			1-9 КУБ	1+	2+	3+	А	А1	Б	1	2	3	4	5	6			1									2						
Дата бактериоскопии	Лаб. №				Проба	Результат					Примечания																																	
						отрицательный	положительный/степень позитивности																																					
		1-9 КУБ	1+	2+			3+																																					
А	А1	Б	1	2	3	4	5	6																																				
		1																																										
		2																																										
<p>«___» _____ 20___ г. _____ Ф.И.О. врача _____ (дата выдачи анализа) (подпись)</p>																																												

Приложение № 21
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ ОГРН ЕГРЮЛ _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 209-2/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____																																																							
Направление на бактериологическое исследование биоматериала на МБТ (ТБ 06) от _____ (дата) Направление на: <input type="checkbox"/> КУБ <input type="checkbox"/> посев «БАКТЕК» <input type="checkbox"/> посев на Л-Й <input type="checkbox"/> ТЛЧ-1 <input type="checkbox"/> ТЛЧ-2 Регистрационный номер случая _____ район, город _____ год _____ порядковый номер _____																																																								
Направлено из: _____ <small>(наименование медицинской организации / отделения)</small> Ф.И.О. врача, телефон _____ Дата направления _____ Код (название) лаборатории _____ Ф.И.О. пациента _____ Год рождения _____ Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж Домашний адрес _____ Биоматериал <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> другой _____ <small>(отметить, какой именно)</small> Биоматериал получен из <input type="checkbox"/> легких <input type="checkbox"/> внелегочного очага _____ <small>(отметить, какой именно)</small>																																																								
Цель исследования: <input type="checkbox"/> Диагностика ТБ: <input type="checkbox"/> Контроль лечения ТБ после получения ___ доз <input type="checkbox"/> Другая <small><input type="checkbox"/> нового случая <input type="checkbox"/> рецидива <input type="checkbox"/> другого повторного случая</small> Категория больного: <input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Дата сбора материала: _____ Ответственный за сбор биоматериала: _____ <small>(заполняется в лаборатории)</small>																																																								
Результат ТЛЧ (3) Дата доставки биоматериала _____ Дата постановки теста лекарственной чувствительности _____ Результаты ТЛЧ <input type="checkbox"/> Не подлежит тестированию																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">К ПТП 1-го ряда</th> <th colspan="10">К ПТП 2-го ряда</th> </tr> <tr> <th>H</th><th>R</th><th>S</th><th>E</th><th>Z</th> <th>Km</th><th>Cm</th><th>Am</th><th>Of</th><th>Lfx</th><th>Mfx</th><th>Et</th><th>Pt</th><th>Cs</th><th>PAS</th><th></th><th></th><th></th><th></th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		К ПТП 1-го ряда					К ПТП 2-го ряда										H	R	S	E	Z	Km	Cm	Am	Of	Lfx	Mfx	Et	Pt	Cs	PAS																									
К ПТП 1-го ряда					К ПТП 2-го ряда																																																			
H	R	S	E	Z	Km	Cm	Am	Of	Lfx	Mfx	Et	Pt	Cs	PAS																																										
Выделенная культура: <input type="checkbox"/> M. Tuberculosis <input type="checkbox"/> Другие микобактерии: _____ (указать)																																																								
Дата выдачи результата _____ Подпись _____ <i>Линия отрыва</i>																																																								
Результат бактериологического исследования (2) Направлено из _____ <small>(наименование медицинской организации / отделения)</small> Ф.И.О. пациента _____ Дата доставки биоматериала _____ Биоматериал: <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> другой Код (название) лаборатории _____ Лабораторный порядковый № _____																																																								
Результаты бактериологического исследования																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Дата посева</th> <th rowspan="2">Дата выделения культуры</th> <th rowspan="2">Проба</th> <th rowspan="2">Результат на БАКТЕКе</th> <th colspan="7">Результат на твердой среде (Л-Й)</th> <th rowspan="2">Примечания</th> </tr> <tr> <th>роста нет</th> <th>1-19 колоний</th> <th>1+</th> <th>2+</th> <th>3+</th> <th>4+</th> <th>зарост</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>B</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>1</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>2</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Дата посева	Дата выделения культуры	Проба	Результат на БАКТЕКе	Результат на твердой среде (Л-Й)							Примечания	роста нет	1-19 колоний	1+	2+	3+	4+	зарост	A	B	B	1	2	3	4	5	6	7	8	9			1												2									
Дата посева	Дата выделения культуры					Проба	Результат на БАКТЕКе	Результат на твердой среде (Л-Й)							Примечания																																									
		роста нет	1-19 колоний	1+	2+			3+	4+	зарост																																														
A	B	B	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																													
		1																																																						
		2																																																						
Дата выделения МБТ на ТЛЧ к ПТП <input type="checkbox"/> Не подлежит тестированию Вид МБТ: <input type="checkbox"/> M. Tuberculosis <input type="checkbox"/> Другие микобактерии _____ (указать) Дата выдачи результата _____ Подпись _____																																																								
_____ <i>Линия отрыва</i>																																																								
Результат бактериоскопии из посевного материала (1) Направлено из _____ <small>(наименование медицинской организации / отделения)</small> Ф.И.О. пациента _____ Дата доставки биоматериала _____ Биоматериал: <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> другой Код (название) лаборатории _____ Лабораторный порядковый № _____																																																								
Результаты бактериоскопического исследования																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Дата бактериоскопии</th> <th rowspan="2">Проба</th> <th colspan="4">Результат</th> <th rowspan="2">Примечания</th> </tr> <tr> <th>отрицательный</th> <th colspan="3">положительный / степень позитивности</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>1-9 КУБ</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>1</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Дата бактериоскопии	Проба	Результат				Примечания	отрицательный	положительный / степень позитивности						1-9 КУБ	1+	2+	3+	A	B	1	2	3	4	5		1							2																					
Дата бактериоскопии	Проба			Результат					Примечания																																															
		отрицательный	положительный / степень позитивности																																																					
			1-9 КУБ	1+	2+	3+																																																		
A	B	1	2	3	4	5																																																		
	1																																																							
	2																																																							
Дата выдачи результата _____ Подпись _____																																																								

Показатель	Результат	Единицы измерения	Норма
МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:			
Эритроциты:			
неизмененные			единичные в препарате
измененные			отсутствуют
Лейкоциты			до 8 в поле зрения
Эпителий: плоский			единичный в поле зрения
переходный			единичный в поле зрения
почечный			единичный в поле зрения
другой (указать)			
Цилиндры:			не обнаружены
гиалиновые			
зернистые			
эпителиальные			
буропигментные			
эритроцитарные			
лейкоцитарные			
гиалиново-точечные			
восковидные			
вакуолизированные			
Фибрин			
Слизь			отсутствует
Соли			не обнаружены
Бактерии			отсутствуют

Вывод: _____

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О. врача _____

(дата выдачи анализа) (подпись)

Приложение № 23
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 211/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «___» _____ 2020 года № _____</p>																												
<p>АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № _____</p> <p>« _____ » _____ 20 _____ г.</p> <p>(дата взятия биоматериала)</p>																																					
<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Возраст _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p> <p>_____</p> <p>Количество выпитой жидкости (л) _____</p>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Номер порции</th> <th style="width: 25%;">Часы</th> <th style="width: 25%;">Относительная плотность</th> <th style="width: 35%;">Количество мочи (л)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Номер порции	Часы	Относительная плотность	Количество мочи (л)	1				2				3				4				5				6				7				8			
Номер порции	Часы	Относительная плотность	Количество мочи (л)																																		
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
<p>Дневной диурез _____ (л) Ночной диурез _____ (л)</p> <p>Общий диурез _____ (л)</p> <p>« _____ » _____ 20 _____ г. _____ Ф.И.О. врача _____</p> <p style="text-align: center;">(дата выдачи анализа) (подпись)</p>																																					

Приложение № 24
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <input type="text"/>	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ												
	Форма первичной учетной медицинской документации № 212/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № ___												
АНАЛИЗ МОЧИ по Нечипоренко № _____ « _____ » _____ 20__ г. (дата взятия биоматериала)													
Ф.И.О. _____													
Возраст _____ Пол _____													
Наименование медицинской организации _____													
Отделение _____													
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____													
Клинический диагноз _____													

<table border="1"> <thead> <tr> <th align="center">Показатели</th> <th align="center">Результат</th> <th align="center">Норма</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Количество лейкоцитов</td> <td></td> <td>до 2000/мл</td> </tr> <tr> <td>Количество эритроцитов</td> <td></td> <td>до 1000/мл</td> </tr> <tr> <td>Количество цилиндров</td> <td></td> <td>до 20/мл</td> </tr> </tbody> </table>		Показатели	Результат	Норма	Количество лейкоцитов		до 2000/мл	Количество эритроцитов		до 1000/мл	Количество цилиндров		до 20/мл
Показатели	Результат	Норма											
Количество лейкоцитов		до 2000/мл											
Количество эритроцитов		до 1000/мл											
Количество цилиндров		до 20/мл											
« _____ » _____ 20__ г. _____ Ф.И.О. врача _____ (дата выдачи анализа) (подпись)													

Приложение № 25
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 215/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА (МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ, СКРИНИНГЕ)</p> <p>«___» _____ 20___ г. (дата взятия биоматериала)</p>									
<p>Ф.И.О. (полностью) _____</p> <p>Возраст _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____ Медицинская карта № _____ Диагноз _____</p> <p>Дата последней менструации _____ Менопауза _____ лет</p> <p>Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)</p> <p>Материал для исследования (подчеркнуть): выделения, соскоб, отпечаток, пунктат, аспират, материал с ВМС _____</p> <p>Материал получен (подчеркнуть): влагалище, шейка матки, цервикальный канал, полость матки, уретра, др.</p> <p>Ф.И.О. врача, направляющего материал, подпись: _____</p>									
<p>Результат цитологического исследования № _____</p>									
<p>Наименование лаборатории _____</p> <p>Дата поступления материала _____</p> <p>Качество препарата: адекватный, недостаточно адекватный, неадекватный (нужное подчеркнуть)</p> <p>1. Цитограмма без особенностей</p> <p>2. Цитограмма соответствует воспалительному процессу</p> <p>Выявлены (подчеркнуть): трихомонады, элементы дрожжеподобного гриба, ключевые клетки, диплококки вне- и внутриклеточно, включения, сходные с хламидийными, изменения характерные для Papilloma virus-инфекции, Herpes virus-инфекции, элементы хронического воспаления</p> <p>3. Изменения плоского эпителия (дать описание) _____</p> <p>4. Изменения железистого эпителия (дать описание) _____</p> <p>5. Рак (уточнить форму) _____</p>									

Продолжение приложения № 25

6. Другие типы цитологических заключений: _____

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ Ф.И.О. врача _____

(дата выдачи анализа)

(подпись)

Приложение № 26
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 216/y</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>АНАЛИЗ МОКРОТЫ № _____</p> <p>«___» _____ 20__ г.</p> <p>(дата взятия биоматериала)</p>									
<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Возраст _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____ Медицинская карта № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p>									
<p>Физические особенности</p>									
<p>Количество _____ Запах _____ Цвет _____</p> <p>Характер _____ Консистенция _____</p> <p>Примеси _____</p>									
<p>Микроскопическое исследование</p>									
<p>Лейкоциты _____</p> <p>Эритроциты _____</p> <p>Эпителий _____</p> <p>Альвеолярные клетки (макрофаги) _____</p> <p>Спираль Куршмана _____ Кристаллы Шарко-Лейдена _____</p> <p>Волокна (эластические, коралловидные, обызвествленные) _____</p> <p>Фибрин _____</p> <p>Грибы _____</p> <p>Кислотоустойчивые бактерии (КУБ) _____</p> <p>Клетки с признаками атипичности _____</p> <p>Другие элементы _____</p>									
<p>«___» _____ 20__ г. _____ Ф.И.О. врача _____</p> <p style="text-align: center;">(дата выдачи анализа) (подпись)</p>									

Приложение № 27
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ								

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____	Форма первичной учетной медицинской документации № 217/у								
_____	УТВЕРЖДЕНА								
_____	приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики								
ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									от « ____ » _____ 2020 года № _____
АНАЛИЗ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ № _____									
« ____ » _____ 20 ____ г. (дата взятия биоматериала)									
Ф.И.О. _____									
Возраст _____									
Наименование медицинской организации _____									
Отделение _____									
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____									
Клинический диагноз _____									

Лейкоциты _____									
Эритроциты _____									
Эпителий _____									
Яичковые цилиндры _____ Макрофаги _____									
Кристаллы Беттхера _____									
Лецитиновые зерна _____									
Амилоидные тельца _____ Слизь _____									
Сперматозоиды _____ Трихомонады _____									
Другая микрофлора _____									
Прочее _____									
« ____ » _____ 20 ____ г.	Ф.И.О. врача _____								
(дата выдачи анализа)	(подпись)								

Приложение № 28
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 218/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>																																											
<p>АНАЛИЗ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ № _____</p> <p>« _____ » _____ 20 ____ г.</p> <p>(дата взятия биоматериала)</p>																																																				
<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Возраст _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p> <p>_____</p>																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Показатель</th> <th colspan="3">Выделения из:</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">шейки матки</th> <th style="width: 20%;">влагалища</th> <th style="width: 30%;">уретры</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Лейкоциты</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Эритроциты</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Эпителий</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Слизь</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Микрофлора</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Гонококки</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Трихомонады</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ключевые клетки</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Грибы</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Атипичные клетки</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Прочее</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Показатель	Выделения из:			шейки матки	влагалища	уретры	Лейкоциты				Эритроциты				Эпителий				Слизь				Микрофлора				Гонококки				Трихомонады				Ключевые клетки				Грибы				Атипичные клетки				Прочее			
Показатель	Выделения из:																																																			
	шейки матки	влагалища	уретры																																																	
Лейкоциты																																																				
Эритроциты																																																				
Эпителий																																																				
Слизь																																																				
Микрофлора																																																				
Гонококки																																																				
Трихомонады																																																				
Ключевые клетки																																																				
Грибы																																																				
Атипичные клетки																																																				
Прочее																																																				
<p>« _____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О. врача _____</p> <p style="text-align: center;">(дата выдачи анализа) (подпись)</p>																																																				

Приложение № 29
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="459 768 866 808"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первичной учетной документации медицинской</p> <p style="text-align: center;">№ 219/у</p> <p style="text-align: center;">УТВЕРЖДЕНА</p> <p style="text-align: center;">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>АНАЛИЗ КАЛА (КОПРОГРАММА) № _____</p> <p>«_____» _____ 20____ г.</p> <p>(дата взятия биоматериала)</p>									
<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Возраст _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p>									
<p>Физические особенности</p>									
<p>Количество _____ Форма _____</p> <p>Консистенция _____ Цвет _____</p> <p>Запах _____ Слизь _____</p> <p>Остатки непереваренной пищи _____</p> <p>Кровь _____</p> <p>Конкременты (копролиты) _____</p> <p style="text-align: center;">Химическое исследование</p> <p>Реакция (рН) _____</p> <p>Реакция на скрытую кровь _____</p> <p>Реакция на желчные пигменты _____</p>									

Микроскопическое исследование

Мышечные волокна:

неизмененные _____

измененные _____

Растительная клетчатка переваренная _____

Растительная клетчатка непереваренная _____

Крахмал _____

Жир нейтральный _____

Жирные кислоты _____

Мыла _____

Кристаллы _____

Слизь _____

Эпителиальные клетки _____

Лейкоциты _____

Эритроциты _____

Йодофильная флора _____

Простейшие _____

Яйца глистов _____

Элементы гриба, схожего с дрожжевым _____

Прочее _____

Вывод: _____

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ Ф.И.О. врача _____
(дата выдачи анализа) (подпись)

Приложение № 30
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="437 734 852 779"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первичной учетной медицинской документации № 220/у</p> <p style="text-align: center;">УТВЕРЖДЕНА</p> <p style="text-align: center;">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>АНАЛИЗ КАЛА НА ГЕЛЬМИНТЫ И ПРОСТЕЙШИЕ № _____</p> <p>«_____» _____ 20____ г. (дата взятия биоматериала)</p>									
<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Возраст _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p> <p>_____</p> <p>Яйца гельминтов _____</p> <p>Фрагменты гельминтов _____</p> <p>Простейшие _____</p> <p>_____</p> <p>«_____» _____ 20____ г. _____ Ф.И.О. врача _____ (дата выдачи анализа) (подпись)</p>									

Приложение № 31
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 223/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>

АНАЛИЗ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ № _____
« _____ » _____ 20__ г.
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Пол _____

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____

Клинический диагноз _____

Материал получен пункцией:
вентрикулярной (I)
окципитальной (II)
люмбальной (III)
Материал доставлен в _____ пробирках

Физические особенности

Показатели	Значение			Норма		
	I	II	III	I	II	III
Количество						
Относительная плотность				1,002- 1,004	1,002- 1,004	1,006- 1,007
рН				7,35 - 7,4		
Цвет	до центрифугирования					
	после центрифугирования					
Прозрач- ность	до центрифугирования					
	после центрифугирования					

Химическое исследование						
Показатели	Значение			Норма		
	I	II	III	I	II	III
Белок (г/л)				0,12-0,2	0,1-0,2	0,22-0,33
Реакция Панди				отрицательная		
Реакция Нонне-Апельта						
Хлориды				120-130 ммоль/л		
Глюкоза				2,8-3,9 ммоль/л		
Прочее						
Цитоз (мкл)				0-4 (лимфоциты)		
Эритроциты				(мкл)		

Микроскопическое исследование осадка
(после центрифугирования)

Лимфоциты _____

Эозинофильные гранулоциты _____

Нейтрофильные гранулоциты _____

Моноциты _____

Макрофаги _____ Гистиоциты _____

Плазмоциты _____

Клетки арахноидендотелия _____

Клетки эпендимы _____

Зернистые шары _____

Эритроциты _____

Клетки с признаками злокачественности _____

Прочее _____

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О. врача _____
(дата выдачи анализа) (подпись)

Приложение № 32
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 224/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № ___

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ № _____
 «_____» _____ 20__ г.
 (дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. _____
 Возраст _____ Пол _____
 Наименование медицинской организации _____
 Отделение _____ Медицинская карта № _____
 Клинический диагноз _____

Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин		м. 130 – 160,0 г/л ж. 120 – 140,0 г/л
Эритроциты		м. 4,0 – 5,0 Т/л ж. 3,9 – 4,7 Т/л
Цветовой показатель		0,85 – 1,15
Ретикулоциты		0,2 – 1,0%
Тромбоциты		150,0 – 400,0 Г/л
Лейкоциты		4,0 – 9,0 Г/л
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)		м. 1 – 10 мм/ч ж. 2 – 15 мм/ч
Нейтро-филь	Миелоциты	
	Метамиелоциты	
	Палочкоядерные	1,0 – 6,0 %
	Сегментоядерные	47,0 – 72,0 %
Эозинофилы		0,5 – 5,0 %
Базофилы		0 – 1,0 %
Лимфоциты		19,0 – 37,0 %
Моноциты		3,0 – 11,0 %
Плазматические клетки		
Другие		

Морфология лейкоцитов _____

Гиперсегментация ядер _____

Токсигенная зернистость _____

Морфология эритроцитов _____

Дегенеративные изменения _____

аницитоз _____

пойкилоцитоз _____

анизохромия _____

Признаки регенерации эритроцитов _____

нормальной _____

патологической _____

Заключение _____

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О. врача _____
(дата выдачи анализа) (подпись)

Приложение № 33
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 225/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «_____» _____ 2020 года № _____</p>																																																																									
<p>КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ № _____</p> <p>на гематологическом анализаторе</p> <p>«_____» _____ 20____ г.</p> <p>(дата взятия биоматериала)</p>																																																																																		
<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Возраст _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____</p> <p>Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p>																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Показатель</th> <th style="width: 45%;">Значение</th> <th style="width: 15%;">Единицы измерения</th> <th style="width: 15%;">Норма</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>WBC</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lymph%</td><td></td><td>%</td><td></td></tr> <tr><td>Mid%</td><td></td><td>%</td><td></td></tr> <tr><td>Gran%</td><td></td><td>%</td><td></td></tr> <tr><td rowspan="2">HGB</td><td>М</td><td>g/l</td><td></td></tr> <tr><td>Ж</td><td>g/l</td><td></td></tr> <tr><td rowspan="2">RBC</td><td>М</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ж</td><td></td><td></td></tr> <tr><td rowspan="2">HCT</td><td>М</td><td>%</td><td></td></tr> <tr><td>Ж</td><td>%</td><td></td></tr> <tr><td>MCV</td><td></td><td>fl</td><td></td></tr> <tr><td>MCH</td><td></td><td>pg</td><td></td></tr> <tr><td>MCHC</td><td></td><td>g/l</td><td></td></tr> <tr><td>RDW-CV</td><td></td><td>%</td><td></td></tr> <tr><td>RDW-SD</td><td></td><td>fl</td><td></td></tr> <tr><td>PLT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MPV</td><td></td><td>fl</td><td></td></tr> <tr><td>PDW</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PCT</td><td></td><td>%</td><td></td></tr> <tr><td>СОЭ</td><td></td><td>мм/ч</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Лейкоцитарная формула:</p>		Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма	WBC				Lymph%		%		Mid%		%		Gran%		%		HGB	М	g/l		Ж	g/l		RBC	М			Ж			HCT	М	%		Ж	%		MCV		fl		MCH		pg		MCHC		g/l		RDW-CV		%		RDW-SD		fl		PLT				MPV		fl		PDW				PCT		%		СОЭ		мм/ч	
Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма																																																																															
WBC																																																																																		
Lymph%		%																																																																																
Mid%		%																																																																																
Gran%		%																																																																																
HGB	М	g/l																																																																																
	Ж	g/l																																																																																
RBC	М																																																																																	
	Ж																																																																																	
HCT	М	%																																																																																
	Ж	%																																																																																
MCV		fl																																																																																
MCH		pg																																																																																
MCHC		g/l																																																																																
RDW-CV		%																																																																																
RDW-SD		fl																																																																																
PLT																																																																																		
MPV		fl																																																																																
PDW																																																																																		
PCT		%																																																																																
СОЭ		мм/ч																																																																																
<p>«_____» _____ 20____ г. Ф.И.О. врача _____</p> <p style="text-align: center;">(дата выдачи анализа) (подпись)</p>																																																																																		

Приложение № 34
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 227/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № ____

АНАЛИЗ ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА № _____

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. _____
 Возраст _____ Пол _____
 Наименование медицинской организации _____
 Отделение _____
 Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____
 Клинический диагноз _____

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма (по Воробьеву А.И.)
Бласты			0,1-1,1
Миелобласты			0,2-1,7
Промиелоциты:			
нейтрофильные			1,0-4,1
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Миелоциты:			
нейтрофильные			7,0-12,2
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Юные:			
нейтрофильные			8,0-15,0
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Палочкоядерные:			
нейтрофильные			12,8-23,7
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Сегментоядерные:			
нейтрофильные			13,1-24,1
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Лимфоциты			4,3-13,7
Моноциты			0,7-3,1

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма (по Воробьеву А.И.)
Плазматические клетки			0,1-1,8
Ретикулярные клетки			0,1-1,6
Эритробласты			0,2-1,1
Пронормобласты			0,1-1,2
Нормобласты:			
базофильные			1,4-4,6
полихроматофильные			8,9-16,9
оксифильные			0,8-5,6

Индекс лейко: эритро (Л:Э) (3,3-4:1) _____

Индекс созревания нейтрофилов (0,6-0,8) _____

Индекс созревания эритробластов (0,8-0,9) _____

Мегакариоцитограмма: _____

Выводы:

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О. врача _____
 (дата выдачи анализа) (подпись)

Приложение № 35
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 228/y</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от « » 2020 года №</p>																																																																						
<p>БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ № _____</p> <p>« » 20 г.</p> <p>(дата взятия биоматериала)</p>																																																																															
<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Возраст _____ Пол _____</p> <p>Наименование медицинской организации _____</p> <p>Отделение _____ Медицинская карта № _____</p> <p>Клинический диагноз _____</p>																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Показатель</th> <th style="width: 30%;">Результат</th> <th style="width: 30%;">Норма</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Аланинаминотрансфераза (АлАТ)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Билирубин общий</td><td></td><td></td></tr> <tr><td> прямой</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Тимоловая проба</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>а-Амилаза</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Общий белок</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Альбумин</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Мочевина</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Мочевая кислота</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Креатинин</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>а-Амилаза (моча)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Холестерин общий</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>β-липопротеиды</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Триглицериды</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Кэфф. атерогенности</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Глюкоза</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Железо</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Кальций</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Фосфор</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Хлориды</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Щелочная фосфатаза</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ГГТ</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Другие</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Показатель	Результат	Норма	Аланинаминотрансфераза (АлАТ)			Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)			Билирубин общий			прямой			Тимоловая проба			а-Амилаза			Общий белок			Альбумин			Мочевина			Мочевая кислота			Креатинин			а-Амилаза (моча)			Холестерин общий			β-липопротеиды			Триглицериды			Кэфф. атерогенности			Глюкоза			Железо			Кальций			Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)			Фосфор			Хлориды			Щелочная фосфатаза			ГГТ			Другие		
Показатель	Результат	Норма																																																																													
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)																																																																															
Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)																																																																															
Билирубин общий																																																																															
прямой																																																																															
Тимоловая проба																																																																															
а-Амилаза																																																																															
Общий белок																																																																															
Альбумин																																																																															
Мочевина																																																																															
Мочевая кислота																																																																															
Креатинин																																																																															
а-Амилаза (моча)																																																																															
Холестерин общий																																																																															
β-липопротеиды																																																																															
Триглицериды																																																																															
Кэфф. атерогенности																																																																															
Глюкоза																																																																															
Железо																																																																															
Кальций																																																																															
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)																																																																															
Фосфор																																																																															
Хлориды																																																																															
Щелочная фосфатаза																																																																															
ГГТ																																																																															
Другие																																																																															
<p>« » 20 г. Ф.И.О. врача _____</p> <p style="text-align: center;">(дата выдачи анализа) (подпись)</p>																																																																															

Приложение № 36
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 230/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № ____</p>

АНАЛИЗ КРОВИ № _____

_____ (вид исследования)

«_____» _____ 20__ г.
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Пол _____

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____

Клинический диагноз _____

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма

«_____» _____ 20__ г. _____ Ф.И.О. врача _____
(дата выдачи анализа) (подпись)

Приложение № 37
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="660 821 1041 869"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 231/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

Журнал регистрации цитологических исследований	
Начат « ___ » _____ 20__ г.	Окончен « ___ » _____ 20__ г.

Приложение № 38
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 807 1079 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 232/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p style="text-align: center;">Журнал</p> <p style="text-align: center;">регистрации допущенных преаналитических цитологических ошибок</p> <p>Начат «___» _____ 20___ г. Окончен «___» _____ 20___ г.</p>									

Приложение № 39
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ				
Форма первичной учетной медицинской документации УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ___ » _____ 2020 года № _____													
ПРОТОКОЛ регистрации допущенных преаналитических цитологических ошибок « ___ » _____ 20__ г.													
Ф.И.О. больного (полностью) _____ Отделение _____													
<table border="1"><tr><td> </td><td>Нет бланка направления</td></tr><tr><td> </td><td>Не подписана пробирка</td></tr><tr><td> </td><td>Идентификация материала и направления не совпадает</td></tr><tr><td> </td><td>Не соблюдены сроки доставки материала</td></tr><tr><td> </td><td>Другое</td></tr><tr><td> </td><td>Неправильно заполнен бланк (указать что именно)</td></tr></table>		Нет бланка направления		Не подписана пробирка		Идентификация материала и направления не совпадает		Не соблюдены сроки доставки материала		Другое		Неправильно заполнен бланк (указать что именно)	
	Нет бланка направления												
	Не подписана пробирка												
	Идентификация материала и направления не совпадает												
	Не соблюдены сроки доставки материала												
	Другое												
	Неправильно заполнен бланк (указать что именно)												
_____ (Ф.И.О. и подпись лаборанта)													

Приложение № 40
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ							
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма								
ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="728 783 1120 831" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								Форма первичной учетной медицинской документации № 234/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____

<p>Журнал консультации цитологических препаратов из других медицинских организаций</p>	
Начат «___» _____ 20___ г.	Окончен «___» _____ 20___ г.

Приложение № 41
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 818 1079 865"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 235/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

**Журнал учета
результатов проведения цитологического исследования
гинекологического материала**

Начат «___» _____ 20___ г.

Окончен «___» _____ 20___ г.

Приложение № 42
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 818 1079 865"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 236/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

Журнал
учета работы сотрудника лаборатории при проведении
цитологического скрининга

Начат «___» _____ 20___ г.

Окончен «___» _____ 20___ г.

Приложение № 43
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ								
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма		Форма первичной учетной медицинской документации № 237/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____								
ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="728 770 1117 817" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

<p>Журнал выдачи цитологических препаратов для консультации в других медицинских организациях</p>	
Начат «___» _____ 20___ г.	Окончен «___» _____ 20___ г.

Приложение № 44
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 775 1079 820"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>								<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 238/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «___» _____ 2020 года № _____</p>

<p style="text-align: center;">Журнал учета несовпадений цитологических и гистологических ответов</p> <p>Начат «___» _____ 20___ г. Окончен «___» _____ 20___ г.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Приложение № 45
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 241/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____								
ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									

НА П Р А В Л Е Н И Е
для серологических нетрепонемных исследований на сифилис

«___» _____ 20__ г.
(дата забора материала)

Регистрационный номер
забора материала _____

Регистрационный номер
материала _____

ФИО или индивидуальный
номер _____

Год рождения _____ Организация _____ Отделение _____

Медицинская карта № _____ Материал _____

Назначено исследование:

1. РМП _____

2. БПР _____

3. Другие _____

_____ (указать)

«___» _____ 20__ г.
(Дата выдачи направления)

**ФИО врача
направившего пациента
для обследования** _____

Подпись _____

Приложение № 46
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ								
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____									
ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Форма первичной учетной медицинской документации № 241-1/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____

РЕЗУЛЬТАТ
серологических нетрепонемных исследований на сифилис

«___» _____ 20__ г.
(дата поступления материала)

Регистрационный номер
забора материала _____

Регистрационный номер
материала _____

ФИО или индивидуальной
номер _____

Год рождения _____ Организация _____ Отделение _____

Медицинская карта № _____ Материал _____

ФИО врача, направившего пациента
для обследования _____

Результат:

1. РМП _____ Титр _____

2. БПР _____ Титр _____

3. Другие _____ Титр _____
(вписать)

_____ Титр _____

«___» _____ 20__ г.
(Дата выдачи анализа)

ФИО
врача-лаборанта _____

Подпись _____

Приложение № 47
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="591 818 974 863"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 250/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ регистрации анализов и их результатов	
Начат «___» _____ 20___ г.	Окончен «___» _____ 20___ г.

Приложение № 48
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="680 807 1064 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 250-1/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ
БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА I и II ТРИМЕСТРА

Начат «___» _____ 20__ г.
Окончен «___» _____ 20__ г.

Приложение № 49
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 807 1079 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 252/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических и паразитологических исследований _____ (вписать название исследования)	
Начат «___» _____ 20___ г.	Окончен «___» _____ 20___ г.

Приложение № 50
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 807 1079 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 255/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ регистрации бактериоскопических исследований на КУБ (ТБ 04/1)	
Начат «___» _____ 20___ г.	Окончен «___» _____ 20___ г.

Продолжение приложения № 50

№ п/п	Проба	Дата		Ф.И.О. пациента	Пол (М/Ж)	Год рождения	Город (район) прожи ания	Откуда доставлен (медицинская организация, отделение)	Биологи- ческий материал		Цель исследования			Результаты бактериоскопии *	Дата выдачи результата	Подпись	Примечание	
		Сбора	Доставки						Мокрота	Другое	Диагност ика ТБ	Контроль ХТ ТБ						Другое
												После скольких доз						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	

* Результаты бактериоскопии: 1 – 9 КУБ в 100 п.зр.; 1+; 2+; 3+ или отрицательный (отриц.)

Приложение № 51
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="589 807 976 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>										<p style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p style="text-align: center;">№ 255-1/у</p> <p style="text-align: center;">УТВЕРЖДЕНА</p> <p style="text-align: center;">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p style="text-align: center;">от «___» _____ 2020 года № _____</p>

<p>ЖУРНАЛ</p> <p>регистрации бактериологических исследований на МБТ (ТБ 04/2)</p> <p>Начат «___» _____ 20___ г. Окончен «___» _____ 20___ г.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Продолжение приложения № 51

Результаты исследования						Тесты идентификации										Вид микобактерий	Тесты определения чувствительности к противотуберкулезным препаратам***						Дата выдачи результата		Дата выдачи окончат рез-та	Подписи							
МГИ*		бак. скопия		посев		Морфология колоний	Пигментообразование	Скорость роста	Наличие корд-фактора	Тест с Na-S или PNB	ИХ-тест	Инациновый тест	Нитрат-редуктазный тест	Термостабильность каталаз	ТСН-тест		ПТП I ряда			ПТП II ряда			ПТП I ряд	ПТП II ряд		МГИ	М	К	Т.ЛЧ				
Результат	Дата выдачи	Результат	Дата выдачи	Метод**	Результат												Дата роста	Н	R	Z	E	S								Км (Am, Cm)	OHx (Lfx)	Другие (указать)	
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44					45	46	47	48

* МГИ - молекулярно-генетическое исследование, отмечается МБТ «+/-» та Rif «+/-»

** Указывают «ЛИ» (Левенштейна-Йенсена) и/или «Б» (БАКТЕК);

*** Указывают под кодом ПТП: «Ч» (чувствительный) или «У» (устойчивый)

Приложение № 52
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="584 810 1037 858"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>										<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 260/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>ЖУРНАЛ регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)</p> <p>Начат _____ Окончен _____</p> <p>(цифровым способом) (наименование лаборатории) (цифровым способом)</p>										

Приложение № 53
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 807 1079 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 260-1/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ регистрации забора материала для проведения серологических исследований на сифилис	
Начат _____ (цифровым способом)	Окончен _____ (цифровым способом)

Приложение № 54
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 807 1079 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 260-2/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ протоколов серологических исследований на сифилис		
Начат _____ (цифровым способом)	_____ (наименование лаборатории) _____ (название исследования)	Окончен _____ (цифровым способом)

Приложение № 55
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 807 1079 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 260-3/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ протоколов серологических исследований на сифилис методом иммуноферментного анализа (ИФА)/методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА)		
Начат _____ (цифровым способом)	_____ (наименование лаборатории) _____ (название исследования)	Окончен _____ (цифровым способом)

Приложение № 56
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="698 810 1079 858"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 260-4/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ протоколов серологических исследований на сифилис методом иммуноблотинга (ИМБЛ)		
Начат _____ (цифровым способом)	_____ (наименование лаборатории)	Окончен _____ (цифровым способом)

Приложение № 57
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="701 807 1079 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 261/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ	
регистрации допущенных преаналитических ошибок	
Начат «___» _____ 20___ г.	Окончен «___» _____ 20___ г.

Приложение № 58
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="696 807 1077 852"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 262/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ	
учета анализов, выполненных в лаборатории	
Начат «___» _____ 20___ г.	Окончен «___» _____ 20___ г.

Приложение № 59
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 262-1/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____											

**ЖУРНАЛ
УЧЕТА АНАЛИЗОВ
БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ**

Начат «___» _____ 20__ г.

Окончен «___» _____ 20__ г.

Приложение № 60
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="698 874 1079 919"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 263/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ДНЕВНИК учета работы лаборатории	
Начат «___» _____ 20__ г.	Окончен «___» _____ 20__ г.

Приложение № 61
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 266/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____								
ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									

НА П Р А В Л Е Н И Е
для серологических трепонемных исследований на сифилис

«___» _____ 20__ г.
(дата забора материала)

Регистрационный номер
забора материала _____

Регистрационный номер
материала _____

ФИО или индивидуальный
номер _____

Год рождения _____ Организация _____ Отделение _____

Медицинская карта № _____ Материал _____

Назначено исследование:

1. РПГА _____

5. РИФц _____

2. ИФА _____

6. ИМБЛ _____

3. ИХГ _____

7. ИХЛА _____

4. РИФ-абс _____

8. Другие _____
(указать)

«___» _____ 20__ г.
(Дата выдачи направления)

ФИО врача
направившего пациента
для обследования _____

Подпись _____

Приложение № 62
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>											<p align="center">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p align="center">Форма первичной учетной медицинской документации № 266-1/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТ серологических трепонемных исследований на сифилис «___» _____ 20__ г. (дата поступления материала)</p>											
<p>Регистрационный номер забора материала _____</p>	<p>Регистрационный номер материала _____</p>										
<p>ФИО или индивидуальной номер _____</p> <p>Год рождения _____ Организация _____ Отделение _____</p> <p>Медицинская карта № _____ Материал _____</p> <p>ФИО врача, направившего пациента для обследования _____</p> <p>Результат:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. РПГА _____ Титр _____</td> <td style="width: 50%;">5. РИФц _____ Титр _____</td> </tr> <tr> <td>2. ИФА _____ Титр _____</td> <td>6. ИМБЛ _____</td> </tr> <tr> <td>3. ИХГ _____</td> <td>7. ИХЛА _____</td> </tr> <tr> <td>4. РИФ-абс _____ Титр _____</td> <td>8. Другие _____ Титр _____ <small>(вписать)</small></td> </tr> </table> <p>«___» _____ 20__ г. <small>(Дата выдачи анализа)</small></p> <p>ФИО врача-лаборанта _____</p> <p>Подпись _____</p>		1. РПГА _____ Титр _____	5. РИФц _____ Титр _____	2. ИФА _____ Титр _____	6. ИМБЛ _____	3. ИХГ _____	7. ИХЛА _____	4. РИФ-абс _____ Титр _____	8. Другие _____ Титр _____ <small>(вписать)</small>		
1. РПГА _____ Титр _____	5. РИФц _____ Титр _____										
2. ИФА _____ Титр _____	6. ИМБЛ _____										
3. ИХГ _____	7. ИХЛА _____										
4. РИФ-абс _____ Титр _____	8. Другие _____ Титр _____ <small>(вписать)</small>										

Приложение № 63
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="589 810 974 858"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной медицинской документации № 267/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____									

ЖУРНАЛ регистрации отбора образцов биологического материала для проведения химико-токсикологических исследований	
Начат «___» _____ 20__ г.	Окончен «___» _____ 20__ г.

Приложение № 64
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p>№ 268/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p> <p>от «___» _____ 2020 года № _____</p>

НАПРАВЛЕНИЕ

на химико-токсикологические исследования

на наличие наркотических средств и психотропных веществ

« ___ » _____ 20__ г № _____

в _____

(наименование медицинской организации и лаборатории/подразделения)

Наименование структурного подразделения, производившего отбор образцов биоматериала _____

Направляется _____ (вид биологического материала)

Гр. _____

(фамилия, имя, отчество обследуемого (освидетельствуемого), год рождения)

Номер акта, протокола или медицинской карты (нужное подчеркнуть) _____

Объём образцов биологического материала (мл) и количество флаконов _____

Дата и время отбора образцов биологического материала _____

Дата и время отправки образцов биоматериала в медицинскую организацию для химико-токсикологических исследований _____

Дата и время доставки образцов биоматериала в медицинскую организацию для химико-токсикологических исследований _____

Условия хранения образцов биоматериала до транспортировки _____

Условия транспортировки образцов биологического материала _____

Сведения о лекарственных средствах, принятых за последние пять дней, сведения об изъятых средствах (веществах) _____

Предварительный клинический диагноз (клинические признаки) _____

Цель химико-токсикологических исследований _____

(на обнаружение какого вещества (средства)

или группы веществ (средств) требуется провести исследования)

Дополнительные сведения _____

Ф.И.О. специалиста, проводившего отбор и подготовку образцов биологического материала _____

(подпись)

Ф.И.О. врача, выдавшего направление _____

(подпись)

Приложение № 66
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ								
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма		Форма первичной учетной медицинской документации № 270/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ____ » _____ 2020 года № _____								
ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="723 783 1120 831" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

ЖУРНАЛ
регистрации результатов химико-токсикологических исследований

Начат « ____ » _____ 20 ____ г.

Окончен « ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 67
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ </p>	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 271/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2020 года № _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>РЕЗУЛЬТАТ</p> <p>ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ № _____</p> <p style="text-align: center;">« _____ » _____ 20 _____ г.</p>	
<p>Химико-токсикологические исследования проведены по Направлению № _____ от «___» _____ 20 _____ г.</p> <p>Дата и время отбора образца (образцов) биологического материала _____</p> <p style="text-align: center;">(наименование медицинской организации и его структурного подразделения, производившего отбор образцов биологического материала; Ф.И.О. врача, выдавшего направление)</p>	
<p>Фамилия, имя, отчество, год рождения обследуемого (освидетельствуемого)</p>	
<p>Вид биологического материала</p>	
<p>Объём образца биологического материала (мл) в одном флаконе и количество флаконов</p>	
<p>Выявленные несоответствия:</p>	
<p>Исследования на наличие спирта этилового и алифатических спиртов</p>	
<p>Дата начала исследования</p>	<p>Дата окончания исследования</p>
<p>Метод(ы)</p>	
<p>Результаты</p>	<p><i>Кровь</i></p> <p><i>Моча</i></p>
<p>Специалист</p>	
<p>(должность, фамилия, инициалы и подпись специалиста, проводившего исследования)</p>	
<p>Исследования на обнаружение наркотических средств и психотропных веществ</p>	
<p>Дата начала исследования</p>	<p>Дата окончания исследования</p>
<p>Методы</p>	<p>Предварительные</p> <p>Подтверждающие</p>
<p>Обнаружено:</p>	
<p>_____</p>	
<p>Не обнаружено:</p>	
<p>_____</p>	
<p>Специалист</p>	
<p>(должность, фамилия, инициалы и подпись специалиста, проводившего исследования)</p>	

Приложение № 68
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «28» декабря 2020 года № 973

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="437 734 786 775"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первичной учетной медицинской документации № 272/у</p> <p style="text-align: center;">УТВЕРЖДЕНА</p> <p style="text-align: center;">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ___ » _____ 2020 года № _____</p>
<p style="text-align: center;">НАПРАВЛЕНИЕ на химико-токсикологическое исследование на наличие этилового и алифатических спиртов</p> <p style="text-align: center;">« ___ » _____ 20 ___ г № _____</p> <p>В _____ (наименование медицинской организации и лаборатории/подразделения)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Наименование структурного подразделения, производившего отбор образцов биологического материала _____2. Фамилия, имя, отчество обследуемого (освидетельствуемого), год рождения _____3. Номер акта, протокола или медицинской карты (нужное подчеркнуть) _____4. Вид биологического материала (кровь, моча); объём образцов биологического материала (мл) и количество флаконов _____5. Антикоагулянт (для крови) _____6. Место укола обработано _____7. Дата и время отбора образцов биологического материала _____8. Дата и время отправки образцов биоматериала в медицинскую организацию для химико-токсикологических исследований _____9. Дата и время доставки образцов биоматериала в медицинскую организацию для химико-токсикологических исследований _____10. Условия хранения образцов биоматериала до транспортировки _____11. Условия транспортировки образцов биологического материала _____12. Предварительный клинический диагноз, краткие обстоятельства дела _____ <p>Показания СИТ (алкотестера) выдыхаемого воздуха _____</p> <p>Ф.И.О. специалиста, проводившего отбор и подготовку образцов биологического материала _____ (подпись)</p> <p>Ф.И.О. врача (фельдшера), выдавшего направление _____ (подпись)</p>									