КонсультантПлюс

"Перечень форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" (утв. Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030)
(ред. от 29.01.1985)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 29.07.2021

Утвержден
Приказом Минздрава СССР
от 4 октября 1980 г. N 1030

ПЕРЕЧЕНЬ
ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава СССР от 10.10.1980 N 1050,
от 05.11.1980 N 1149, от 08.12.1980 N 1230, от 25.02.1982 N 175,
от 27.05.1982 N 502, от 04.01.1983 N 3, от 20.01.1983 N 72,
от 16.05.1983 N 580, от 10.06.1983 N 710, от 11.01.1984 N 37,
от 02.02.1984 N 125, от 31.07.1984 N 874, от 19.11.1984 N 1300,
от 14.12.1984 N 1412, от 29.01.1985 N 106)

N п/п	Наименование формы	N формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
1	2	3	4	5	6
	1.1. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах				
1.	Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации	001/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	25 лет
Нумерация дана в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 02.02.1984 N 125.					
б/н	Журнал учета больных, которым предоставлен лечебный отпуск	001-1/у	А4	Журнал	1 год
(введен Приказом Минздрава СССР от 02.02.1984 N 125)					
2.	Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц	002/у	А4	-"-	50 лет
3.	Медицинская карта стационарного больного	003/у	А4	Тетрадь 8 стр.	25 лет <*>
4.	Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у	А4	Тетрадь 4 стр.	5 лет

5.	История родов	096/у	А4	Тетрадь 8 стр.	25 лет
6.	История развития новорожденного	097/у	А4	-"-	-"-
7.	Температурный лист	004/у	А4	бланк	-"-
8.	Лист регистрации переливания трансфузионных сред	005/у	А5	-"-	-"-
9.	Журнал регистрации переливания трансфузионных сред	009/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет
10.	Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	008/у	А4	-"-	пост.
11.	Журнал записи родов в стационаре	010/у	А4	-"-	25 лет
12.	Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у	А4	-"-	5 лет
13.	Журнал отделения (палаты) для новорожденных	102/у	А4	-"-	-"-
14.	Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования	027-2/у	А4	бланк	-"-
15.	Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/у	А4	-"-	10 лет
16.	Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии	011/у	А4	-"-	25 лет
17.	Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения	012/у	А4	-"-	25 лет

18.	Протокол (карта) патологоанатомического исследования	013/у	А4	-"-	10 лет
19.	Направление на патологогистологическое исследование	014/у	А5	-"-	1 год
20.	Журнал регистрации поступления и выдачи трупов	015/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет
21.	Акт констатации биологической смерти	017/у	А5	бланк	25 лет
22.	Карта учета изъятия тканей	018/у	А5	бланк	5 лет
23.	Извещение о случае пересадки органа	019/у	А5	-"-	10 лет
24.	Паспорт на гомотрансплантант	020/у	А5	-"-	1 год
25.	Карта донора (трупа)	021/у	А5	-"-	5 лет
26.	Журнал учета замороженного костного мозга, находящегося на хранении	022/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
27.	Журнал учета костного мозга, заготовленного для консервации	023/у	А4	-"-	-"-
28.	Журнал учета консервированного костного мозга	024/у	А4	-"-	-"-
29.	Акт об изъятии почки у трупа для трансплантации	033/у	А5	бланк	25 лет
30.	Этикетка на флакон с костным мозгом, заготовленным для замораживания	034/у	А6	-"-	-"-
31.	Этикетка на флакон с костным мозгом, размороженным для трансплантации	041/у	А6	-"-	-"-
32.	Медицинское заключение по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его умалишенным	056/у	А4	-"-	50 лет

33.	Статистическая карта выбывшего из стационара	066/у	А5	-"-	10 лет
34.	Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара	066-1/у	А4	-"-	50 лет
35.	Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/у	А4	-"-	1 год
36.	Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек	016/у	А4	-"-	-"-
	1.2. Медицинская учетная документация в поликлиниках (амбулаториях)				
37.	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у	А5	Тетрадь в обложке 24 стр.	25 лет
38.	Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного	025-1/у	А5	Тетрадь 6 стр.	25 лет
39.	Медицинская карта студента ВУЗа, учащегося среднего специального учебного заведения	025-3/у	А5	Тетрадь 12 стр.	5 лет
40.	Медицинская карта ребенка	026/у	А5	Тетрадь 11 стр.	10 лет
41.	История развития ребенка	112/у	А5	Тетрадь 8 стр.	25 лет
42.	Медицинская карта больного венерическим заболеванием	065/у	А5	Тетрадь 6 стр.	5 лет
43.	Медицинская карта больного грибковым заболеванием	065-1/у	А5	Тетрадь 4 стр.	5 лет
44.	Медицинская карта больного туберкулезом	081/у	А4	Тетрадь 16 стр.	10 лет
45.	Карта антибактериального лечения (к медицинской карте) больного туберкулезом	081-1/у	А5	Тетрадь 5 стр.	10 лет

46.	Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у	А4	Тетрадь 6 стр.	5 лет
47.	Медицинская карта стоматологического больного	043/у	А5	Тетрадь 5 стр.	5 лет
48.	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у	А5	бланк	5 лет
49.	Контрольная карта диспансерного наблюдения за психически больным	030-1/у	А5	-"-	5 ЭПК <**>
50.	Статистический талон на больного, снятого с диспансерного учета психоневрологического учреждения	030-2/у	А5	-"-	1 год
51.	Контрольная карта диспансерного наблюдения (для кабинета инфекционных заболеваний)	030-3/у	А5	-"-	5 лет
52.	Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)	030-6/у	А5	-"-	-"-
53.	Контрольный талон к карте диспансерного наблюдения (онко)	030-5/у	А5	-"-	1 год
54.	Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений	030-4/у	А4	-"-	5 лет
55.	Именной список призывников, направленных для систематического лечения	054/у	А4	-"-	-"-
56.	Лечебная карта призывника	053/у	А4		
57.	Карта обратившегося за антирабической помощью	045/у	А5	-"-	3 года
58.	Карта подлежащего периодическому осмотру	046/у	А5		
59.	Карта профилактически осмотренного с целью выявления	047/у	А5	-"-	1 год
60.	Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру	048/у	А4	бланк	1 год после составления

					годового отчета
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.06.1983 N 710)					
61.	Журнал учета профилактических осмотров полости рта	049/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	-"-
62.	Карта профилактических флюорографических обследований	052/у	А5	бланк	-"-
63.	Карта профилактических прививок	063/у	А5	-"-	5 лет
64.	Журнал учета профилактических прививок	064/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
65.	Карта обследования ребенка (подростка) с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ	055/у	А5	бланк	10 лет
66.	Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/у	А4	Тетрадь 4 стр.	3 года
67.	Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения спортсмена	062/у	А5	Тетрадь 28 стр.	5 лет
68.	Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях	067/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
69.	Журнал медицинского обслуживания физкультурных мероприятий	068/у	А4	-"-	-"-
70.	Талон на прием к врачу	025-4/у	А8	бланк	1 год после составления годового отчета
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.06.1983 N 710)					

71.	Карточка предварительной записи на прием к врачу	040/у	А5	-"-	1 год
72.	Книга записи вызовов врача на дом	031/у	А4	Книга в обложке 96 стр.	3 года
73.	Журнал записи амбулаторных операций	069/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет
74.	Журнал записи родовспоможения на дому	032/у	А4	-"-	-"-
75.	Журнал регистрации посещения изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники	059/у	А4	-"-	3 года
76.	Справка для получения путевки	070/у	А5	бланк	-
77.	Санаторно-курортная карта для взрослых и подростков	072/у	А4	-"-	-
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 16.05.1983 N 580)					
78.	Санаторно-курортная карта для детей	076/у	А5	-"-	-
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 16.05.1983 N 580)					
79.	Путевка в детский санаторий	077/у	А5	-"-	-
80.	Направление в санаторий для больных туберкулезом	078/у	А5	-"-	-
81.	Медицинская справка на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь	079/у	А5	-"-	-
82.	Медицинское заключение на ребенка (подростка) инвалида с детства в возрасте до 16 лет	080/у	А5	-"-	-
83.	Медицинская справка (для выезжающего за границу)	082/у	А5	-"-	-
84.	Медицинская справка для представления в госавтоинспекцию	083/у	А5	-"-	-

Нумерация дана в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 04.01.1983 N 3.

б/н	Журнал медицинской комиссии по освидетельствованию водителей и кандидатов в водители для определения их годности к управлению автомототранспортом и городским электротранспортом	083-1/У	А4	Журнал 18 стр.	10 лет
(введен Приказом Минздрава СССР от 04.01.1983 N 3)					
85.	Медицинская справка (врачебное профессиональное заключение)	086/у	А5	-"-	-
86.	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/у	А5	-"-	-
87.	Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/у	А4	Тетрадь в обложке 24 стр.	5 лет
88.	Карта участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера, противотуберкулезного диспансерного отделения (кабинета), больницы (поликлиники)	085/у	А4	Тетрадь 8 стр.	5 лет
89.	Книга записи работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждений здравоохранения	087/у	А4	Книга в обложке 96 стр.	-"-
90.	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/у	А5	бланк	до конца года
91.	Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении	071/у	А3	-"-	1 год
92.	Сводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев, отравлений, травм	071-1/у	А3	-"-	-"-
93.	Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации	039/у	А4	-"-	1 год после составления годового отчета

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.06.1983 N 710)					
94.	Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАП, колхозного роддома	039-1/у	А4	бланк	1 год
95.	Дневник учета работы врача-стоматолога	039-2/у	А4	-"-	-"-
96.	Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога	037/у	А4	-"-	-"-
97.	Дневник учета работы врача-стоматолога-ортодонта	039-3/у	А4	-"-	-"-
98.	Дневник работы врача-стоматолога-ортопеда	039-4/у	А4	-"-	-"-
99.	Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда	037-1/у	А4	-"-	-"-
	1.3. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках (амбулаториях)				
100.	Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/у	А6	бланк	1 год
101.	Направление на ВТЭК	088/у	А4	бланк	3 года
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 29.01.1985 N 106)					
102.	Направление на лечение (обследование) в венерологический стационар, подлежащий охране силами подразделений милиции	057/у	А5	-"-	
103.	Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у	А5	-"-	-"-
104.	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/у	А5	бланк	5 лет

105.	Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры	042/у	А5	бланк	1 год
106.	Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)	044/у	А5	-"-	-"-
107.	Журнал записи рентгенологических исследований	050/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	5 лет
108.	Карта больного, подвергающегося лучевой терапии	051/у	А4	бланк	5 лет
109.	Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения (кабинета)	039-5/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	1 год
110.	Журнал учета процедур	029/у	А4		
111.	Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС)	073/у	А6	бланк	пост.
112.	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у	А5	бланк	1 год
113.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания	089/у	А5	бланк	3 года
114.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/у	А5		
115.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании	091/у	А5	бланк	1 год
116.	Извещение о спортивной травме	092/у	А5		

117.	Извещение о побочном действии лекарственного препарата	093/у	А4		
118.	Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью	065-2/у	А5	бланк	5 лет
119.	Журнал учета инфекционных заболеваний	060/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года
120.	Справка о временной нетрудоспособности при заболевании вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также отравления алкоголем	094/у	А4с	бланк	1 год
121.	Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта	095-1/у	А4		
122.	Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/у	А4		
123.	Акт стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной судебно-психиатрической экспертизы	100/у	А5	-"-	25 лет
124.	Акт психиатрического освидетельствования осужденного	101/у	А5	-"-	пост.
125.	Акт психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/у	А5		
126.	Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	105/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	50 лет
127.	Журнал для записи заключений ВКК	035/У	А4	-"-	3 года

128.	Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	А4	Книга в обложке 96 стр.	3 года
129.	Журнал учета санитарно-просветительной работы	038-0/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
130.	Медицинское свидетельство о рождении (с корешком)	103/у-84	А4	бланк	Корешок свидетельства хранится в учреждении, выдавшем свидетельство, 1 год после календарного года, в котором выдано свидетельство
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)					
131.	Врачебное свидетельство о смерти (с корешком)	106/у-84	А4	бланк	-"-
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)					
132.	Фельдшерская справка о смерти (с корешком)	106-1/у-84	А5	бланк	-"-
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)					
133.	Врачебное свидетельство о перинатальной смерти (с корешком)	106-2/у-84	А4	бланк	-"-
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)					

Нумерация дана в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300.

1.	Сигнальное извещение к врачебному свидетельству (фельдшерской справке) о смерти	106-3/у-84	А6	бланк	-
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)					
134.	Рецепт (взрослый, детский)	107/у	А6	-"-	-
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 25.02.1982 N 175)					
135.	Рецепт (бесплатно, оплата 20% стоимости)	108/у	А6	-"-	-
(в ред. Приказа Минздрава СССР от 25.02.1982 N 175)					
	1.4. Медицинская учетная документация других типов лечебно-профилактических учреждений				
137.	Журнал регистрации амбулаторных больных	074/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 ЭПК
138.	Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАП, колхозного роддома	075/у	А4	Тетрадь в обложке 48 стр.	50 лет
139.	Журнал учета приема больных и рожениц в стационар фельдшерско-акушерского пункта, колхозного родильного дома	098/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	
140.	История родов для колхозного роддома, фельдшерско-акушерского пункта	099/у	А4	бланк	25 лет
141.	Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи	109/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года
142.	Карта вызова скорой медицинской помощи	110/у	А5	бланк	1 год
143.	Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи	114/у	А4с	-"-	-"-
144.	Дневник работы станции скорой медицинской помощи	115/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года

145.	Журнал регистрации приема вызовов и их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи	117/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года
146.	Задание на санитарный полет	118/у	А5	бланк	1 год
147.	Задание врачу-консультанту	119/у	А4с	-"-	-"-
148.	Журнал регистрации плановых выездов (вылетов)	120/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года
149.	Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/у	А4	-"-	75 лет
150.	Журнал учета приема детей в ясли	122/у	А4	-"-	5 лет
151.	Табель учета ежедневной посещаемости детей в детских яслях	123/у	А4	бланк	1 год
152.	Карта для записи питания ребенка (заполняется на детей в возрасте до 9 месяцев)	124/у	А4	-"-	-"-
153.	Журнал изолятора, изоляционной комнаты	125/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
154.	Справка, подтверждающая наличие заболевания, дающего право на отмену взимания налога на холостяков, одиноких и малосемейных граждан СССР	126/у	А5с	бланк	50 лет

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.10.1980 N 1050)

Нумерация дана в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 05.11.1980 N 1149.

б/н	Контрольный журнал регистрации группы и резус-принадлежности крови	127/у	А4	журнал	10 лет

(введен Приказом Минздрава СССР от 05.11.1980 N 1149)

Нумерация дана в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 08.12.1980 N 1230.

1.	Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний	128/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года

(введен Приказом Минздрава СССР от 08.12.1980 N 1230)

КонсультантПлюс: примечание.
Учетная форма 129/у была введена Приказом Минздрава СССР, МВД СССР N 725/237 ДСП от 23.07.1982. Однако в связи с тем, что Приказ не подлежал опубликованию, текст формы не отражен в данной редакции документа.

б/н	Карточка-сообщение о постановке на специальный учет (снятие с учета) психически больного, представляющего общественную опасность	129/у			

(введена Приказом Минздрава СССР, МВД СССР N 725/237 ДСП от 23.07.1982)

Нумерация дана в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 20.01.1983 N 72.

б/н	Журнал учета консультаций в дистанционно-диагностическом кабинете (центре)	130/У	А-4	Журнал 48	10 лет

(введен Приказом Минздрава СССР от 20.01.1983 N 72)

Нумерация дана в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 11.01.1984 N 37.

1.	Карта учета диспансеризации	131/у	А5	бланк	1 год после закрытия

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 11.01.1984 N 37)

Нумерация дана в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 14.12.1984 N 1412.

1.	Карточка больного сахарным диабетом	132/у	А7	бланк	-

(введена Приказом Минздрава СССР от 14.12.1984 N 1412)

	1.5. Медицинская учетная документация учреждений судебно-медицинской экспертизы				

155.	Заключение эксперта (экспертиза трупа)	170/у	А4	бланк	25 лет
156.	Акт судебно-медицинского исследования трупа	171/у	А4	-"-	-"-
157.	Заключение эксперта (экспертиза свидетельствуемого)	172/у	А4	-"-	-"-
158.	Акт судебно-медицинского освидетельствования	173/у	А4	-"-	-"-
159.	Заключение эксперта (экспертиза вещественных доказательств)	174/у	А4	-"-	-"-
160.	Акт судебно-медицинского (судебно-химического) исследования	175/у	А4	-"-	-"-
161.	Акт судебно-гистологического исследования	176/у	А4	-"-	-"-
162.	Акт судебно-химического исследования	177/у	А4	-"-	-"-
163.	Направление в судебно-медицинскую лабораторию	178/у	А5	-"-	10 лет
164.	Направление на судебно-химическое исследование	179/у	А5	-"-	-"-
165.	Направление на судебно-гистологическое исследование	180/у	А4	-"-	-"-
166.	Журнал регистрации трупов в судебно-медицинском морге	181/у	А3	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
167.	Журнал регистрации свидетельствуемых в судебно-медицинской амбулатории (кабинете)	182/у	А3	-"-	-"-
168.	Журнал регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам следственных и судебных дел	183/у	А3	-"-	-"-

169.	Журнал регистрации вещественных доказательств и документов к ним в лаборатории	184/у	А3	-"-	-"-
170.	Журнал регистрации исследований мазков и тампонов в лаборатории	185/у	А3	-"-	-"-
171.	Журнал регистрации трупной крови в лаборатории	186/у	А3	-"-	-"-
172.	Статистическая карта судебно-медицинской экспертизы трупа	187/у	А4	бланк	10 лет
173.	Заключение (экспертиза по материалам дела) N	188/у	А4	-"-	-"-
174.	Направление на консультацию, рентгенологическое исследование к "Заключению эксперта" (Акту)	189/у	А5	-"-	-"-
175.	Журнал регистрации материалов и документов в гистологическом отделении	190/у	А3	Журнал в обложке 96 стр.	-"-
176.	Журнал регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге	191/у	А3	-"-	-"-
177.	Этикетка на банку	192/у	А7	бланк	-
	1.6. Медицинская учетная документация лабораторий в составе лечебно-профилактических учреждений				
178.	Направление на анализ	200/у	А6	бланк	1 м-ц
179.	Направление на гематологический, общеклинический анализ	201/у	А5	-"-	-"-
180.	Направление на биохимический анализ крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости	202/у	А5	-"-	-"-
181.	Направление на цитологическое исследование и результат исследования	203/у	А5	-"-	-"-

182.	Направление на микробиологическое исследование	204/у	А5	-"-	-"-
183.	Направление на санитарно-микробиологическое исследование и результаты санитарно-микробиологического исследования	205/у	А4	-"-	-"-
184.	Направление для исследования крови на пробу Кумбса и результат исследования	206/у	А4	-"-	-"-
185.	Направление для исследования крови на резус-принадлежность и резус-антитела и результат исследования	207/у	А4	-"-	-"-
186.	Этикетка для посуды с биоматериалом	208/у	А7	-"-	-"-
187.	Результат анализа	209/у	А6	-"-	25 лет
188.	Анализ мочи	210/у	А5	-"-	-"-
189.	Анализ мочи по Зимницкому	211/у	А5	-"-	-"-
190.	Анализ мочи - глюкоза и кетоновые тела	212/у	А6	-"-	-"-
191.	Глюкозурический профиль	213/у	А5	-"-	-"-
192.	Анализ мочи - активность альфа-амилазы	214/у	А6	-"-	-"-
193.	Анализ - определение количества форменных элементов мочи	215/у	А6	-"-	-"-
194.	Анализ мокроты	216/у	А6	-"-	-"-
195.	Анализ секрета простаты	217/у	А5	-"-	-"-
196.	Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки	218/у	А5	-"-	-"-
197.	Анализ кала	219/у	А5	-"-	-"-
198.	Анализ кала - яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин	220/у	А6	-"-	-"-

199.	Анализ желудочного содержимого	221/у	А5	-"-	-"-
200.	Анализ дуоденального содержимого	222/у	А4	-"-	-"-
201.	Анализ спинномозговой жидкости	223/у	А5	-"-	-"-
202.	Анализ крови	224/у	А5	-"-	-"-
203.	Анализ крови - гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, скорость (реакция) оседания эритроцитов	225/у	А6	бланк	25 лет
204.	Анализ крови - определение диаметра эритроцитов	226/у	А6	-"-	-"-
205.	Анализ пунктата костного мозга	227/у	А4	-"-	-"-
206.	Биохимический анализ крови	228/у	А4	-"-	-"-
207.	Анализ - белковые фракции сыворотки крови (метод электрофореза)	229/у	А6	-"-	-"-
208.	Анализ - липопротеиды сыворотки крови	230/у	А6	-"-	-"-
209.	Анализ крови - содержание глюкозы	231/у	А6	-"-	-"-
210.	Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой, галактозой	232/у	А6	-"-	-"-
211.	Анализ - содержание электролитов	233/у	А6	-"-	-"-
212.	Анализ - активность ферментов сыворотки крови	234/у	А5	-"-	-"-
213.	Анализ крови - содержание гормонов и медиаторов	235/у	А5	-"-	-"-
214.	Анализ мочи - содержание гормонов и медиаторов	236/у	А5	-"-	-"-
215.	Анализ - показатели системы свертывания крови	237/у	А4	-"-	-"-
216.	Анализ - показатели системы свертывания крови (сокращенный анализ)	238/у	А5	-"-	-"-

217.	Результат микробиологического исследования	239/у	А6	-"-	-"-
218.	Результат микробиологического исследования и определение чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам	240/у	А4	-"-	-"-
219.	Анализ крови - реакция Вассермана и др.	241/у	А5	-"-	-"-
220.	Анализ крови - реакция Видаля, Райта, Хеддльсона и др.	242/у	А5	-"-	-"-
221.	Анализ крови - антистрептолизин-О, антигиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивный белок, ревматоидный фактор	243/у	А6	-"-	-"-
222.	Анализ - иммуноглобулины	244/у	А5	-"-	-"-
223.	Анализ - альфа-фетопротеин, австралийский антиген	245/у	А6	-"-	-"-
224.	Анализ - гемолитическая активность комплемента	246/у	А6	-"-	-"-
225.	Карта динамики лабораторных показателей (анализ мочи)	247/у	А5	бланк	3 года
226.	Карта динамики лабораторных показателей (анализ крови)	248/у	А5	-"-	-"-
227.	Карта динамики лабораторных показателей (биохимический анализ крови)	249/у	А4	-"-	-"-
228.	Журнал регистрации анализов и их результатов	250/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	-"-
229.	Рабочий журнал лабораторных исследований	251/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
230.	Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований	252/у	А4	-"-	3 года

231.	Рабочий журнал микробиологических исследований	253/у	А4	-"-	1 год
232.	Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химио-терапевтическим препаратам	254/у	А4	-"-	3 года
233.	Журнал регистрации микробиологических исследований на туберкулез	255/у	А4	-"-	-"-
234.	Журнал приготовления и контроля питательных сред	256/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
235.	Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава)	257/у	А4	-"-	-"-
236.	Рабочий журнал исследований на стерильность	258/у	А4	-"-	-"-
237.	Журнал регистрации серологических исследований	259/у	А4	-"-	3 года
238.	Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)	260/у	А4	-"-	-"-
239.	Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	261/у	А4	бланк	1 год
240.	Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
241.	Журнал приема и выдачи шприцов, инструментария, материалов	263/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
	1.7. Медицинская учетная документация санитарно-профилактических учреждений				
242.	Журнал перечня объектов, подлежащих государственному санитарному надзору	300/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет

243.	Заключение по отводу земельного участка под строительство	301/у	А4	бланк	до минования надобн.
244.	Журнал регистрации заключений по отводу земельных участков под строительство	302/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет ЭПК
245.	Заключение по проекту	303/у	А4	бланк	10 лет
246.	Журнал регистрации проектов и заключений по проектам	304/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
247.	Карта предупредительного санитарного надзора строящегося, реконструируемого объекта	305/у	А4	бланк	5 лет
248.	Постановление о запрещении, приостановлении	306/у	А4	-"-	-"-
249.	Карта объекта текущего санитарного надзора	307/у	А4	-"-	пост.
250.	Книга для записи санитарного состояния учреждения	308/у	А4	Книга в обложке 48 стр.	3 года
251.	Протокол о нарушении санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил	309/у	А4	бланк	5 лет
252.	Постановление о наложении штрафа	310/у	А4	бланк	3 года
253.	Журнал регистрации постановлений о наложении штрафа	311/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет
254.	Предложение об удержании неуплаченного штрафа	312/у	А4	бланк	3 года
255.	Повестка для дачи объяснения о нарушении санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил	313/у	А5	-"-	1 год

256.	Предложение об отстранении от работы	314/у	А5	-"-	-"-
257.	Акт санитарного обследования	315/у	А5	-"-	5 лет
258.	Акт по приему оздоровительного учреждения	316/у	А5	-"-	-"-
259.	Разрешение на вывоз детей в оздоровительные учреждения, выданное предприятию (организации), в ведении которого находится данное учреждение	317/у	А5	-"-	1 год
260.	Акт (санитарный паспорт) по приему лагеря студенческого строительного, сельскохозяйственного отряда и отряда трудовых объединений старшеклассников	318/у	А5	-"-	5 лет
261.	Учетная карточка общественного санитарного инспектора	319/у	А5	-"-	1 год
262.	Акт обследования общественным санитарным инспектором	320/у	А5	бланк	1 год
263.	Журнал регистрации подготовки общественных санитарных инспекторов и числа инструктивных занятий с ними	321/у	А5	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
264.	Журнал регистрации проб и выдачи результатов исследования	322/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
265.	Акт отбора проб воды	323/у	А4	бланк	5 лет
266.	Журнал учета результатов исследований воды, поверхностных водоемов, прибрежных зон морей, сточных вод	324/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет ЭПК
267.	Протокол исследования воды поверхностных водоемов, прибрежных зон морей и сточных вод	325/у	А4	бланк	10 лет ЭПК
268.	Журнал учета результатов исследований питьевой воды централизованного и	326/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет

	нецентрализованного водоснабжения				
269.	Протокол исследования питьевой воды	327/у	А5	бланк	5 лет
270.	Журнал регистрации результатов исследования воздуха	328/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	10 лет
271.	Протокол исследования воздуха населенных мест	329/у	А5	бланк	5 лет
272.	Протокол исследования воздуха закрытых помещений	330/у	А5	бланк	10 лет
273.	Журнал регистрации проб и результатов исследования почвы	331/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	10 лет
274.	Протокол исследования проб почвы	332/у	А5	бланк	5 лет
275.	Протокол измерений напряженности электромагнитного поля	333/у	А5	-"-	10 лет ЭПК
276.	Протокол измерений шума и вибрации	334/у	А5	-"-	-"-
277.	Протокол измерений освещенности	335/у	А5	-"-	5 лет
278.	Протокол измерений метеорологических факторов	336/у	А5	-"-	-"-
279.	Акт отбора изделий (посуда, игрушки, одежда и др.) из полимерных и других материалов	337/у	А5	-"-	3 года
280.	Журнал регистрации проб и результатов исследований (посудо-хозяйственных изделий, одежды, игрушек и т.д.) из полимерных и др. материалов	338/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	10 лет ЭПК
281.	Протокол исследования изделий из полимерных и других материалов	339/у	А5	бланк	5 лет

282.	Журнал регистрации кумулятивных свойств вещества	340/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	10 лет ЭПК
283.	Журнал регистрации токсикологических исследований	341/у	А4	-"-	5 лет ЭПК
284.	Акт отбора проб пищевых продуктов	342/у	А5	бланк	3 года
285.	Протокол исследований проб пищевых продуктов	343/у	А5	бланк	5 лет
286.	Акт отбора кулинарных изделий	344/у	А4	-"-	3 года
287.	Протокол исследования готовых блюд и полуфабрикатов	345/у	А4	-"-	5 лет
288.	Журнал учета результатов исследования проб пищевых продуктов	346/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет ЭПК
289.	Журнал регистрации проб и результатов исследования готовых блюд и рационов на калорийность и химический состав	347/у	А4	-"-	3 года ЭПК
290.	Наряд на эвакуацию инфекционного больного	348/у	А5	бланк	1 год
291.	Журнал учета эвакуации инфекционных больных	349/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	5 лет
292.	Наряд на заключительную дезинфекцию	350/у	А5	бланк	1 год
293.	Сопроводительная в дезкамеру	351/у	А5	-"-	-"-
294.	Акт контроля работы дезинфекционной камеры	352/у	А4	-"-	5 лет
295.	Журнал регистрации дезинфекции (дезинсекции) одежды, постельных принадлежностей, обуви и др. в дезинфекционных камерах	353/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
296.	Журнал учета дезинфекции в инфекционных очагах	354/у	А4	-"-	-"-

297.	Карта контроля проведения текущей дезинфекции в очаге	355/у	А5	бланк	1 год
298.	Протокол исследования дезинфекционных средств	356/у	А5	-"-	5 лет
299.	Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания	357/у	А4	-"-	3 года ЭПК
300.	Карта контроля организации и проведения текущей дезинфекции по лечпрофучреждению, детскому, подростковому учреждению и др.	358/у	А5	-"-	1 год
301.	Журнал регистрации лабораторного контроля качества дезинфекции	359/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года ЭПК
302.	Журнал регистрации пищевых отравлений	360/у	А4	-"-	10 лет ЭПК
303.	Журнал регистрации экстренных извещений о пищевых и профессиональных отравлениях	361/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	5 лет
304.	Акт расследования профотравления и профзаболев.	362/у	А5	бланк	пост.
305.	Журнал учета лиц, у которых впервые обнаружено профессиональное отравление или профессиональное заболевание	363/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	10 лет ЭПК
306.	Карта учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В	364/у	А5	бланк	10 лет
307.	Журнал регистрации обследуемых на возбудителей паразитарных заболеваний	365/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	5 лет ЭПК
308.	Журнал учета качества предстерилизационной обработки	366/у	А4	-"-	1 год
309.	Учетно-контрольная карта объекта (строения)	367/у	А4	Тетрадь 12 стр.	пост.
310.	Журнал учета численности членистоногих и результатов экстенсивных обследований на наличие малярийных комаров и	368/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года ЭПК

	клещей - орнитодории				
311.	Журнал учета работы по борьбе с личиночными стадиями малярийных комаров и других кровососущих двукрылых	369/у	А4	-"-	-"-
312.	Журнал учета истребительных мероприятий против имаго кровососущих членистоногих	370/у	А4	-"-	-"-
313.	Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований территории района, области, края на наличие иксодовых клещей - переносчиков КЭ, ОТЛ, КГЛ, КСТА	371/у	А4	бланк	-"-
314.	Журнал учета основных фенологических явлений энтомофауны и клещей в сезон	372/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	-"-
315.	Паспорт водоема по состоянию на _____	373/у	А5	бланк	5 лет
316.	Журнал учета сезонной динамики численности основных представителей энтомофауны и клещей	374/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года ЭПК
317.	Сводная ведомость за сезон (видовой состав группы членистоногих)	375/у	А4	бланк	10 лет ЭПК
318.	Журнал учета показателей прокормления преимагинальных стадий клещей мелкими млекопитающими	376/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	3 года
319.	Карта учета численности иксодовых клещей на крупном рогатом скоте	377/у	А4	бланк	-"-
320.	Направление на исследование	378/у	А5с	-"-	1 год
321.	Журнал регистрации санитарно-микробиологических и санитарно-гельминтологических исследований	379/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	3 года

322.	Рабочий журнал микробиологического исследования воздуха	380/у	А4	-"-	1 год
323.	Рабочий журнал микробиологического исследования смывов	381/у	А4	-"-	-"-
324.	Рабочий журнал микробиологических исследований лекарственных форм	382/у	А4	Журнал в обложке 48 стр.	1 год
325.	Рабочий журнал микробиологических исследований воды по ГОСТ "Вода питьевая"	383/у	А4	Журнал в обложке 96 стр.	-"-
326.	Рабочий журнал микробиологических исследований консервов	384/у	А4	-"-	-"-
327.	Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых продуктов	385/у	А4	-"-	-"-
328.	Рабочий журнал вирусологических исследований	386/у	А4	-"-	-"-
329.	Наряд	387/у	А5	бланк	1 год

КонсультантПлюс: примечание.
Приказом Минздрава СССР в формы 388/у, 389/у и 390/у были внесены изменения.

330.	Акт отбора проб сельскохозяйственной продукции и продуктов питания для определения остаточных количеств пестицидов	388/У	А5	бланк	3 года

(введен Приказом Минздрава СССР от 27.05.1982 N 502)

331.	Журнал учета результатов исследований проб сельскохозяйственной продукции и продуктов питания на содержание остаточных количеств пестицидов	389/У	А4	журнал в обложке 48 стр.	3 года

(введен Приказом Минздрава СССР от 27.05.1982 N 502)					
332.	Информационная карта о результатах анализа на остаточное количество пестицидов в сельскохозяйственной продукции и продуктах питания	390/У	А4	бланк	1 год
(введен Приказом Минздрава СССР от 27.05.1982 N 502)					

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

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

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

Формат бланков	Доля бумажного листа	Формат бланков после обрезки в мм	Формат полосы набора в кв.
А1	1	576 x 814	30 1/2 x 41 1/2
А2	1/2	407 x 576	20 3/4 x 30
А3	1/4	288 x 407	14 3/4 x 20 1/2
А4	1/8	203 x 288	10 1/4 x 15
А5	1/16	144 x 203	7 x 10 1/4
А6	1/32	101 x 144	4 3/4 x 7
А7	1/64	72 x 101	3 x 4 3/4
А8	1/128	50 x 72	2 x 3 1/4
А9	1/256	36 x 50	1 1/2 x 2
А-п2	1/3	288 x 542	15 x 30
А-п3	1/4	271 x 288	14 x 15

А-п4	1/12	144 x 271	7 x 14
А-п5	1/24	135 x 144	6 1/2 x 7
А-п6	1/48	72 x 135	2 3/4 x 7
А-п7	1/96	67 x 72	2 3/4 x 3 1/2
А-п8	1/192	36 x 67	1 1/2 x 2 3/4

1.1. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРАХ

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
учета приема больных и отказов в госпитализации

Начат "__" _____ 19__ г.

Окончен "__" _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

N п/п	Поступление		Фамилия, И., О.	Дата рождения	Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и N телефона	Каким учреждением был направлен или доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Ф. N 001/у

продолжение

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _|_|_|_|_|_|_|_|_|

Код учрежд. по ОКПО _|_|_|_|_|_|_|_|_|

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма 001-1/У
Утв. Минздравом СССР 02.02.84
N 125

ЖУРНАЛ УЧЕТА БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ ПРЕДОСТАВЛЕН ЛЕЧЕБНЫЙ ОТПУСК

в отделении N _____

N п/п	Ф.И.О. больного	N мед. карты	Срок лечебного отпуска, установленный лечащим врачом	Время и дата ухода больного в лечебный отпуск	Адрес, по которому будет находиться больной в отпуске	Время и дата прихода больного из лечебного отпуска	Число дней (часов) пребывания больного в отпуске	Подпись м/сестры отделения, принявшей больного	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(введен Приказом Минздрава СССР от 02.02.1984 N 125)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
учета приема беременных, рожениц и родильниц

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

Для типографии
при изготовлении документа
формат А4

форма N 002/у

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

и т.д. до конца страницы

продолжение

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 003/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
стационарного больного

Дата и время поступления _____
Дата и время выписки _____
_____
Отделение _____ палата N _____
Переведен в отделение _____
Проведено койко-дней _____
Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)
Группа крови _____ Резус-принадлежность _____
Побочное действие лекарств (непереносимость) _____
_____
название препарата, характер побочного действия
_____
1. Фамилия, имя, отчество _____
_____ 2. Пол _____
3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)
4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____
_____
вписать адрес, указав для приезжих - область, район,
_____
населенный пункт, адрес родственников и N телефона

5. Место работы, профессия или должность _____
_____
для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения,
_____
школы; для инвалидов - род и группа инвалидности, нов. да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной _____
название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет через ____ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).
8. Диагноз направившего учреждения _____
_____
9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз клинический	Дата установления
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

11. Диагноз заключительный клинический
а) основной: _____
_____
_____
б) осложнение основного: _____
_____
_____
в) сопутствующий: _____
_____
_____
_____
_____
12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть), всего - ___ раз.
13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения.

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

14. Другие виды лечения _____
_____
(указать)

для больных злокачественными новообразованиями - 1. Специальное лечение; хирургическое (дистанционная гамма-терапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамма-терапия, контактная гамма-терапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамма-терапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами. 2. Поллмативное. 3. Симптоматическое лечение.
15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности
N _____ с _____ по _____ N _____ с _____ по _____
N _____ с _____ по _____ N _____ с _____ по _____
16. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением; переведен в другое учреждение _____
название лечебного учреждения

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница.
17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть).
18. Для поступивших на экспертизу - заключение _____
_____
19. Особые отметки _____
_____
_____
_____
_____

Лечащий врач
_____
подпись

Зав. отделением
_____
подпись

стр. 3 ф. N 003/у

ЗАПИСЬ ВРАЧА
приемного покоя

стр. 4 ф. N 003/у

ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ,
патология, предполагаемый диагноз, план обследования

стр. 5 ф. N 003/у

Даты	ДНЕВНИК

стр. 6 ф. N 003/у

Карта N _____

_____
Ф., И., О. больного, N палаты

ЭПИКРИЗ

Подпись врача _____

стр. 7 ф. N 003/у

Патологическое (гистологическое) заключение

Патоморфологический диагноз
а) основной: _____
_____
_____
б) осложнение основного: _____
_____
_____
в) сопутствующий: _____

Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____

Медицинская документация
Форма N 003-1/у
Утверждена Минздравом СССР

наименование учреждения 04.10.80 г. N 1030

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

1. Фамилия, имя, отчество _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____
Реакция Вассермана _____ Исследование на гонорею _____
Поступила по направлению _____
(название лечебного учреждения)
Санобработку прошла, нет (подчеркнуть) _____
Дата поступления _____ Дата выписки _____
(число, месяц, год)
Проведено койко-дней _____
_____
Возраст _____ лет, семейное положение: в браке зарегистрированном, не зарегистрированном, одинокая.
Место жительства: область, край, АССР _____
район _____ город (село) _____
улица _____ дом N ____ корп. ___ кв. __ телефон _____
Место работы _____
(для учащихся - название учебного заведения)
должность _____
Диагноз при поступлении: основной _____
сопутствующий _____

Подпись акушерки _____
Подпись врача _____

Диагноз клинический _____
Диагноз при выписке: основной _____
сопутствующий _____
Название операции, дата _____
_____
Осложнения _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

стр. 2 ф. N 003-1/у

Анамнез. Менструации установились с _____ лет по _____ дней через _____ дней. Скудные, умеренные, обильные, болезненные, безболезненные.
Последняя нормальная менструация с _____ по _____
Половая жизнь с _____ лет, предохраняется ли от беременности: да, нет, каким способом _____
Которая беременность _____ Число беременностей, закончившихся родами _____ абортами _____
Последняя беременность была в 19__ г. _____ (месяц).
Закончилась: родами срочными, преждевременными, абортом артифициальным по

медицинским показаниям, криминальным, самопроизвольным выкидышем.
Были ли осложнения в родах _____
после родов _____ после абортов _____
_____ (указать какие и годы).
Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, сифилис, гонорея, гинекологические заболевания _____
Перенесенные операции, переливание крови (было, не было)
Причины настоящего аборта: нежелание иметь ребенка, жилищные условия, учеба, необеспеченность яслями (садами), материальная необеспеченность, много детей, нет мужа (подчеркнуть, недостающее вписать) _____

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

Органы дыхания _____
Органы пищеварения _____
Стул _____ Органы мочеотделения _____

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

Слизистая влагалища и шейка чистая
На шейки матки имеется эрозия размером _____
Наружный зев закрыт, открыт
Тело матки в положении _____
увеличено до _____ недель беременности, мягковатой консистенции, подвижно, неподвижно, болезненно, безболезненно при пальпации.
Левые придатки без особенностей _____
Правые придатки без особенностей _____
Своды свободны _____
Выделения: слизистые, гнойные, кровянистые, умеренные, обильные _____
_____
Диагноз: беременность _____ недель.

Врач _____

операция прерывания беременности	19__ г. _____ месяц _____ число _____ час. Метод обезболивания _____

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

Назначение _____
Подпись хирурга

Послеоперационный период

Дата		Первые сутки	Назначения

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

"__" _____ 19__ г. Выписана в удовлетворительном состоянии _____
Переведена в _____
Рекомендовано _____
_____
Справку получила _____
Листок нетрудоспособности с _____ по _____ N _____
серия _____ получила _____

Врач _____ Зав. отделением _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ИСТОРИЯ РОДОВ N _____

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

Поступила "__" _____ 19__ г. час. мин.	Группа крови _____ Гемоглобин _____
	Резус-принадлежность _____
Выбыла "__" _____ 19__ г.	Титр антител _____
Проведено койко-дней _____	Аллергические реакции _____
Палата N _____	RW-отр. _____
	Исследование на гонорею _____

Кем направлена _____
Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____
Адрес _____
_____ телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть)
Место работы, профессия, должность беременной, роженицы _____
_____
_____
Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет.
Сколько раз _____ Наименование консультации _____
Диагноз при поступлении _____
Диагноз клинический _____
Диагноз заключительный _____
Осложнения в родах, после родов _____
_____
Название операций и пособий _____
Выбыла: выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов (подчеркнуть).

Рост _____ см. Вес ____ Т град. ___	Течение родов
Которая беременность ____ роды ____	Схватки начались _____
Последняя менструация _____	Воды отошли _____
Первое шевеление плода _____	Качество и количество вод _____
D. Sp _____ D. Cr _____	Полное открытие _____
D. Tr _____	Начало потуг _____
Таз: c. ext ____ c. giag _____	Ребенок родился _____
T. vera _____	Первый _____ дата ___ час ___ мин. ___
Окружность живота см. _____	Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками
Высота дна матки см. _____	(подчеркнуть)
Положение плода, позиция и вид ____	Пол _____ масса (вес) ____ рост ____
_____	Окружность головки _____ см,
Сердцебиение плода, место, число ударов _____	груди _____ см.
Предлежащая часть _____	Второй ____ дата ___ час ____ мин. ___
Где находится _____	Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками
Родовая деятельность _____	(подчеркнуть)
Предполагаемый вес плода _____	Пол _____ масса (вес) _____ рост ____
Врач _____	Окружность головки _____ см,
Акушерка _____	груди _____ см.

Профилактика гонобленореи новорожденного произведена _____	Психопрофилактическая подготовка, медикаментозное обезболивание:
_____ (чем)	чем _____
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____ баллов.	_____
Послед выделился: самостоятельно, отделен, удален рукою, применен прием	эффект полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть).
_____ через _____ час. ___ мин. ___	Продолжительность родов
Детское место целое, под сомнением	Общая _____ I период _____
	II период _____ III период _____
	Приняла ребенка (акушерка, врач) _____

Оболочки все, под сомнением _____
Пуповина: длина _____ см, обвитие вокруг _____ особенности _____
Кровопотеря в родах _____ мл. _____

АНАМНЕЗ

Общие заболевания _____

Здоровье мужа _____

Менструация: с _____ лет _____

Начало половой жизни с __ лет _____
Гинекологические заболевания _____

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

Сколько детей живых _____
мертворожденных _____
умерло _____

Послед осматривал _____
Дежурный врач _____
Акушерка _____

Течение и осложнения настоящей беременности

Состояние при поступлении
Данные наружного осмотра:

Сердце _____

Пульс _____
АД на правой руке _____
левой _____
Органы дыхания _____

Органы пищеварения _____

Мочевая система _____

Моча при кипячении _____

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Стр. 3 ф. N 096/у

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

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ

Дата, час	Состояние	Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 4 ф. N 096/у

Дата, час	Состояние	Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 5 ф. N 096/у

Вкладной лист N 2
к истории родов N _____
Родильницы _____

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Дата	Общее состояние	Состояние молочных желез	Высота дна матки	Лохии	Функция		Назначения
					мочевого пузыря	кишечника	
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Стр. 6 ф. N 096/е

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Дата	Общее состояние	Состояние молочных желез	Высота дна матки	Лохии	Функция		Назначения
					мочевого пузыря	кишечника	

1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Стр. 7 ф. N 096/у

Числа месяца																													
День пребывания																													
n	t	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
120	41 град.																												
110	40 град.																												
100	39 град.																												
90	38 град.																												

80	37 град.	
70	36 град.	
60	35 град.	

Состояние при выписке, переводе _____
Выдан листок нетрудоспособности N _____ с _____ по _____ 19__ г.
Новорожденный _____ выписан _____ 19__ г., умер _____ 19__ г.
пол дата дата

_____
Мертворожденный (подчеркнуть) час. _____ мин. _____
Переведен куда и когда _____

Палатный ординатор _____ Зав. отделением _____
подпись подпись

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 097/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО N _____

	Мать	Отец	Ребенок
Группа крови			
Резус-принадлежность			

Фамилия, имя, отчество матери _____
_____ Возраст _____
Национальность _____ Профессия _____
Брак зарегистрирован: да, нет
Постоянное место жительства _____

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

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

Наследственность со стороны матери _____
_____ отца _____

Гинекологический и акушерский анамнез

Которая беременность _____ которые роды _____
Заболевания, осложнения во время беременности _____
_____
Роды: продолжительность I периода _____ II периода _____
особенности течения, операции _____
Безводный промежуток _____ характеристика
околоплодных вод _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Пол	Родился живой, мертвый	Доношенный, недоношенный	Масса (вес)	Рост	Окружность	Асфиксия	
					головы груди	продолжит.	меры оживл.

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

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

Пороки развития _____
Родовые травмы _____
Профилактика гонобленореи (название медикамента, часы) _____
_____
Дежурная акушерка _____ Дежурный врач _____
Ребенок переведен в отделение новорожденных _____ 19__ г.
_____ час. _____ мин. дата перевода
Состояние ребенка при переводе из родзала _____
_____ цвет кожных покровов, характер крика _____
_____
Ребенка сдала акушерка _____
Приняла и провела обработку мед. сестра _____
Диагноз предварительный _____
_____
_____
_____
_____
Диагноз заключительный _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Первый осмотр ребенка в палате (отделении) новорожденных детей
"__" _____ 19__ г. час. _____ мин. _____
дата осмотра
Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус)
_____
_____
Кожные покровы _____
_____
Видимые слизистые _____
_____
Пуповинный остаток _____
_____
Головка (швы, роднички, родовая опухоль) _____
_____
Форма грудной клетки _____
Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при дыхательной

недостаточности _____
_____
Сердце (граница, наличие шумов, характер ритма) _____
_____ пульс _____
Нервная система _____
_____
Органы брюшной полости
_____
Отхождение мекония _____
Мочеиспускание _____
Наружные половые органы _____
Наличие ануса _____
Состояние тазобедренных _____
суставов _____
Заключение и предварительный диагноз _____
_____
Назначения и их обоснование _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 4 ф. N 097/у

Данные наблюдения медицинской сестры за новорожденными

Дата	День жизни	Температура	Масса (вес)	Изменение состояния				Активность сосат. рефлекса	Характер стула	Мочеиспускание	Время отпадения пуповины	Состояние пуповичной ранки	Подпись
				наличие приступов асфиксии	слизистая		кожных покровов						
					глаз	рта							
	1	У											
		В											
	2	У											
		В											
	3	У											
		В											
	4	У											
		В											
	5	У											
		В											
	6	У											
		В											
	7	У											
		В											

Противотуберкулезная вакцинация

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

Реакция не проводилась (указать причину)_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 5 ф. N 097/у

Вкладной лист к "Истории новорожденного N ___"
Фамилия, имя, отчество матери _____
_____

Вскармливание новорожденного
(учет в граммах)

Вид докорма _____

День жизни		1		2		3		4		5	
	часы кормления	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм
В	час.										
В	час.										
В	час.										
В	час.										
В	час.										
В	час.										
В	час.										
Всего											

продолжение

День жизни		6		7		8		9		10	
	часы кормления	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм

В	час.										
В	час.										
В	час.										
В	час.										
В	час.										
В	час.										
В	час.										
Всего											

Стр. 6 ф. N 097/у

ДНЕВНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Дата	День жизни	Данные осмотра, обследования	Назначения

и т.д. до конца страницы

Стр. 7 ф. N 097/у

ДНЕВНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Дата	День жизни	Данные осмотра, обследования	Назначения

и т.д. до конца страницы

Стр. 8 ф. N 097/у

ДНЕВНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Дата	День жизни	Данные осмотра, обследования	Назначения

Эпикриз _____
_____
_____
_____
_____

Состояние ребенка при выписке (переводе) _____
_____
_____

Рекомендации участковому врачу _____
_____
_____
_____

Передала ребенка_____(подпись мед. сестры)
Дата Приняла ребенка _____(подпись мед. сестры)
_____
_____

Справку о рождении ребенка получила _____
(подпись матери)

Детская поликлиника N _____ о выписке ребенка извещена.

"__" _____ 19__ г.

Телефонограмму передала _____ Приняла _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Карта N _____ Фамилия, имя, о. больного _____ Палата N _____

Дата																														
День болезни																														
День пребывания в стационаре	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	
П АД Т град.	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
140 200 41																														
120 175 40																														
100 150 39																														

90	125	38
80	100	37
70	75	36
60	50	35

Дыхание																												
Вес																												
Выпито жидкости																												
Суточное количество мочи																												
Стул																												
Ванна																												

продолжение

Дата																												
День болезни																												
День пребывания в стационаре	16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
П АД Т град.	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
140 200 41																																

120	175	40
100	150	39
90	125	38

80 100 37																															
70 75 36																															
60 50 35																															
Дыхание																															
Вес																															

Выпито жидкости																														
Суточное количество мочи																														
Стул																														
Ванна																														

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 005/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

Группа крови больного _____
Резус-принадлежность _____

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

N п/п	Дата	Показания к переливанию трансфузионной среды	Способ переливания	К-во мл	Паспорт трансфузионной среды						Пробы			Реакции Т град., осложнения (какие именно), к-во мочи и ее анализ	Подпись врача (разборчиво)
					трансфузионная среда	групповая принадлежность	резус принадлежность	N этикетки, серия препарата, завод-изготовитель	дата заготовки	фамилия донора	индивидуальной совместим.		Биологическая		
											группа	резус			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Оборотная сторона ф. 005/у

N п/п	Дата	Показания к переливанию трансфузионной среды	Способ переливания	К-во мл	Паспорт трансфузионной среды						Пробы			Реакции Т град., осложнения (какие именно), к-во мочи и ее анализ	Подпись врача (разборчиво)
					трансфузионная среда	групповая принадлежность	резус принадлежность	N этикетки, серия препарата, завод-изготовитель	дата заготовки	фамилия донора	индивидуальной совместим.		Биологическая		
											группа	резус			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

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

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

<*> В крупных учреждениях на отдельные виды трансфузионных сред можно ввести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты и препараты, кровозаменители. Кроме регистрации в журнале, каждая трансфузия должна быть записана в медицинскую карту стационарного больного.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Регистрация переливания трансфузионных сред

N п/п	Дата переливания	Переливание первичное или повторное	Фамилия, имя и отчество больного	Возраст (детей до 1-го года - число месяцев, дней)	N карты стационарного больного	Группа крови и резус-фактор больного	Показания к переливанию	Трансфузионная среда		
								кровь (групповая и резус-принадлежность	компоненты и препараты крови (групповая и резус-принадлежность	гемодинамические препараты (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

и т.д. до конца страницы

продолжение

Регистрация переливания трансфузионных сред

Трансфузионная среда		Доза перелитой трансфузионной среды (мл)	Паспорт флакона		Способ переливания крови	Трансфузионные реакции (слабая, средняя, сильная)	Осложнения после переливания	Подпись врача (разборчиво)
дезинтоксикационные (гемодез, полидез)	препараты для парентерального белкового питания (гидролизат козеина, гидролизин, аминопептид и		N этикетки (серия препарата завод-изготовитель)	дата заготовки (выпуска препарата)				

	т.д.)							
12	13	14	15	16	17	18	19	20

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
записи оперативных вмешательств в стационаре
за 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 008/у

Операция N _____

Фамилия, имя, отчество больного _____
_____
Диагноз до операции _____
_____
Диагноз после операции _____
_____
Обезболивание _____
_____

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

Описание операции

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Описание препарата (удаленного органа, части органа) _____
_____
_____
_____
_____
Исход операции _____
_____
_____
_____
_____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
записи родов в стационаре

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
18 страниц

ф. N 010/у

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

и т.д. до конца страницы

ф. N 010/у

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 006/у

Дата сбора крови	N истории родов	Фамилия, имя, отчество роженицы	Фамилия членов бригады (врача, акушерки, санитарки)	Количество пробирок	Количество		Примечание
					крови	сыворотки	
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
отделения (палаты) новорожденных

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

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 102/у

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

и т.д. до конца страницы

продолжение

Ребенок доношенный, недоношенный	Течение периода новорожденного, клинический диагноз для детей, родившихся больными (заболевшими)	Противотуберкулезная вакцинация произведена да, нет	Исход	При выписке (переводе)		Отметка об уведомлении детской поликлиники о выписке ребенка (да, нет)	Примечание (при переводе в др., учреждения - показания; другие сведения
			выписан, переведен (куда), умер, указать дату	состояние (общее состояние), состояние крови, пуповины, остатка и др.	масса (вес) ребенка		
11	12	13	14	15	16	17	18

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

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

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

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

N медицинской карты стационарного больного (амбулаторной карты) _____

1. Составлен лечебным учреждением _____
(название
_____
и его местонахождение)

2. Фамилия, имя, отчество больного _____

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

5. Адрес постоянного места жительства больного _____
_____

6. Диагноз _____ [ ][ ][ ][ ]

_____ 7. Стадия _____ [ ]

8. Дата установления запущенности рака

			[ ][ ][ ][ ][ ][ ]
число	месяц	год	

9. Дата появления первых признаков

			[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

11. Дата установления первичного диагноза злокачественного новообразования
_____

_____ в каком учреждении [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

_____
_____
12. Причины запущенности (подчеркивается основная причина запущенности):
1. Неполное обследование больного. 2. Ошибка в диагностике:
а) клинической, б) рентгенологической, в) патогистологической.
3. Длительное обследование больного. 4. Скрытое течение болезни.

5. Несвоевременное обращение больного за лечебной помощью _____ ☐

Дополнительные замечания _____
_____
_____
Данные о разборе настоящего случая _____
а) наименование учреждения, где проведена конференция _____
_____
б) дата конференции _____
в) организационные выводы _____
_____

Подпись врача, составляющего протокол _____
Подпись главного врача _____
Дата составления протокола "__" _____ 19__ г.

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

Для типографии
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ВЫПИСКА <*>
из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием (заполняется всеми стационарами)

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

Адрес учреждения, выдавшего выписку _____
_____

Название и адрес учреждения, куда направляется выписка _____
_____
Диагноз злокачественного новообразования установлен впервые в жизни
Да - 1, Нет - 2.
Фамилия, имя, отчество больного _____
_____
Пол: М - 1, Ж - 2 _____ ☐ Национальность _____ ☐☐☐

Дата рождения _____ ☐☐☐☐☐☐
число, месяц, год
Место работы _____
Профессия _____ ☐☐☐☐☐☐

Адрес больного _____ |_|_|_|_|_|_|
_____
Дата поступления в стационар _____ |_|_|_|_|_|_|
число, месяц, год
Дата выписки или смерти _____ |_|_|_|_|_|_|
число, месяц, год
Длительность нахождения в стационаре _____ |_|_|_|
в днях
Дата начала специального лечения _____ |_|_|

Заключительный диагноз _____ |_|_|_|_|

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

Гистологическая структура опухоли _____ |_|_|
_____
Лечение: радикальное - 1, паллиативное - 2 _____ |_|

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

1. Только хирургическое _____
дата операции, название и объем
_____
2. Только лучевое _____
методика, последовательность применения, доза,
_____
раздельно для различных видов облучения
а) дистанционная гаммaтерапия _____
_____
б) рентгенотерапия _____
в) быстрые электроны _____
г) сочетанное: 1 - контактная и дистанционная гаммaтерапия _____
д) 2 - контактная и глубокая рентгенотерапия _____
3. Комбинированное: (дата операции и ее характер, методика и вид облучения, последовательность применения, доза раздельно для каждого вида облучения)
_____
_____
а) хирургическое и гаммaтерапия
б) хирургическое и рентгенотерапия
в) хирургическое и сочетанное лучевое
4. Только химиотерапевтическое _____
только гормональное _____
5. Комплексное лечение _____
_____
_____
_____
6. Другие виды лечения _____
_____
_____

"__" _____ 19__ г. Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 011/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лист основных показателей состояния больного _____
находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной
терапии с диагнозом _____

"__" _____ 19__ г.

	Часы	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
	Состояние У. СТ. Т.																								
Симптомы																									
Реанимационные мероприятия																									
Лечение																									

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. 011/у

Часы		8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Лечение																									
	Диурез																								
	Белок																								
	Сахар																								
	Ацетон																								
Моча	pH																								

Кровь	Гемоглобин																							
	РОЭ мм/час																							
	лейкоциты																							
	pH																							
	O_2																							
	Сахар																							
Ферменты																								

У - удовлетворительно
Ст. - средней тяжести
Т. - тяжелое

Подпись врача _____ Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

Лист основных показателей состояния больного
находившегося в отделении (палате) реанимации
и интенсивной терапии кардиологического отделения
с диагнозом _____

"__" _____ 19__ г. день болезни _____

Часы	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6

Симптомы	Состояние У. СТ. Т.																								
Реанимационные мероприятия																									
	ДФ																								
	ЭИТ																								
	ЭКС																								
	Непр. массаж																								
	ИВЛ																								
Лечение																									

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. 012/у

Часы		8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Лечение																									
Моча	Диурез																								
	Белок																								
	Сахар																								
	Ацетон																								
	pH																								

	Гемоглобин																						
	Гематокрит																						
	Лейкоциты																						
	РОЭ мм/час																						
	Время сверт. крови																						
	Протромбин																						
	Фибриноген																						
Кровь	Холестерин																						
	Объем цирк. крови																						
	АЛТ																						
	АСТ																						
	АДГ																						
	КФ																						
	Сахар																						
	Калий																						
	Натрий																						

Ферменты	Кальций																								
	Хлор																								
	O_2																								
	PO_2																								
	pH																								
	PCO_3																								
	PE																								

Подпись врача _____ Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ПРОТОКОЛ (карта)
патологоанатомического исследования N _____

"__" _____ 19__ г.

Адрес учреждения, составившего протокол _____
Республика (обл., край) _____ Район (город) _____
Больница _____ отделение _____ Карта больного N _____
1. Фамилия, имя, отчество _____
2. М/Ж 3. Возраст _____ (лет).
4. Место жительства _____
_____ 5. Профессия (до пенсии) _____
6. Доставлен в больницу через _____ часов (дней) после начала заболевания.
7. Проведено _____ койко/дней. 8. Дата смерти _____
год, мес., число, час.
9. Дата вскрытия _____ 10. Лечащий врач _____
год, мес., число, час.
11. Присутствовали на вскрытии: _____
_____
Коды:
12. Диагноз направившего учреждения _____
13. Диагноз при поступлении _____
14. Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления: _____
_____
15. Заключительный диагноз и дата его установления (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____
_____
_____
_____
16. Результаты клинико-лабораторных исследований _____
_____
_____
_____
17. Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Стр. 2 ф. N 013/у

18. Ошибки клинической диагностики (подчеркнуть, вписать)

Расхождение диагнозов по основному заболеванию _____
по осложнениям _____
по сопутствующим заболеваниям ____

Запоздалая диагностика
основного заболевания _____
смертельного осложнения _____

Причины расхождения диагнозов

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

19. Причина смерти (во врачебном свидетельстве о смерти N _____ сделана следующая запись):
Коды:
_____ I. а)
_____ б)
_____ в)
_____ II.
20. Клинико-патологоанатомический эпикриз.

Протокольная часть на _____ страницах прилагается.

Фамилия патологоанатома _____
подпись
Заведующий отделением _____
подпись

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

Стр. 3 ф. N 013/у

Продолжение протокола патологоанатомического исследования
N _____

от "__" _____ 19__ г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

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

Текст протокола

Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются.

Стр. 4 ф. 013/у

Результаты гистологического исследования:

Приложение на _____ листах.

Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько) _____

Дата обсуждения на конференции _____

Фамилия патологоанатома _____
Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

НАПРАВЛЕНИЕ <*>
на патологогистологическое исследование

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

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

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

число объектов _____
_____
8. Клинические данные _____
(продолжительность заболевания, проведенное лечение
_____
при опухолях - точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция,
_____
отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов,
_____
специальное лечение; при исследовании лимфоузлов указать анализ крови,
_____
соскобов, эндометрия молочных желез - начало и окончание последней
_____
менструации, характер нарушения менструальной функции, дату начала
_____
кровотечения)
9. Клинический диагноз _____
_____
_____

Фамилия лечащего врача _____

Подпись _____

Оборотная сторона ф. N 014/у

Патологогистологические исследования N __ <*>. Дата и часы поступления ____
Биопсия диагностическая _____ Биопсия срочная _____
Операционный материал _____ Количество кусочков _____, блоков ____
Методика окраски _____ Макро- и микроскопическое описание: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Патологогистологическое заключение (диагноз) _____
_____
_____
_____
Код _____

Дата исследования "__" _____ 19__ г.

Фамилия патологоанатома _____
подпись
Фамилия лаборанта _____
подпись

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
регистрации поступления и выдачи трупов

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 015/у

N п/п	Дата поступления трупа	Фамилия, имя, отчество умершего	Название отделения данной больницы или больницы откуда поступил труп	Номер карты стационарного больного	Название кладбища, где будет захоронен умерший	Дата выдачи трупа или захоронения больницей	По чьему распоряжению выдан не вскрытый труп	Расписка родственников или лиц, кому выдан труп для заронения и N паспорта
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

_____
наименование учреждения

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

АКТ
констатации биологической смерти

Дата составления акта "__" _____ 19__ г.

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

Комиссия в составе:

заведующий реанимационным отделением _____
_____
врач-реаниматолог _____
врач-судебно-медицинский эксперт _____
_____
констатировали биологическую смерть гражданина(ки) _____
_____
в _____ час. _____ мин. (точное время).
"__" _____ 19__ г.

Подписи:

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

_____
наименование учреждения

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

КАРТА УЧЕТА ИЗЪЯТИЯ ТКАНЕЙ

Фамилия, И., О. донора (трупа) _____
Возраст _____ серия _____
Диагноз _____
_____
Дата и час смерти поступления трупа _____
Способ хранения трупа до взятия тканей _____
_____

Номер акта вскрытия трупа _____

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

Результаты лабораторных исследований

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

Бактериологические исследования

Кожа	Кости	Нервы	Фасция	Сухожилия	Хрящи	Кровь

Заготовку производил _____
должность, фамилия

Метод консервации тканей

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

Доза. Экспозиция. Дата.
(нужное подчеркнуть)

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

Подпись зав. лабораторией
(или ответственного врача)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ИЗВЕЩЕНИЕ

о случае пересадки органа

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. N 019/у

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

Руководитель учреждения _____

Руководитель группы хирургов,
проводивших пересадку _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ПАСПОРТ
на гомотрансплантант

Наименование лаборатории консервации тканей _____
_____
_____
Наименование гомотрансплантанта _____
_____
N _____ серия _____
Дата заготовки _____
Дата консервации _____

Метод консервации

Замораживание при -70 град. С
Хранение при -30 град. С
Лиофилизация "__" _____ 19__ г.
в _____ час.
Метод стерилизации _____
Дата _____

Подпись _____
(должность, фамилия)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

Карта донора (трупа) N _____
по журналу порядковый N _____

Фамилия, имя, отчество донора (трупа) _____
_____
Возраст _____
Диагноз врача скорой помощи _____
_____
Дата и час смерти _____
Дата и час поступления _____

Взятие крови	Ткани, разрешенные к взятию

Дата, час	Количество		наименование	количество	дата взятия
	цельной	промывной			

Дежурный врач _____
Дежурная мед. сестра _____
Анатомический диагноз _____
_____

Заключение о возможности изъятия

_____

Судебный медицинский эксперт _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

Отрывной лист карты донора (трупа) N ____
(остается у судмедэксперта)
по журналу порядковый номер N ____

Фамилия, имя, отчество донора (трупа) _____
_____
Возраст _____
Диагноз врача скорой помощи _____
_____
Дата и час смерти _____
Дата и час поступления _____

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

Заключение о возможности изъятия тканей

_____
_____
_____
_____
_____

Судебный медицинский эксперт _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 022/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета замороженного костного мозга, находящегося на хранении

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 022/у

N п/п	Фамилия, инициалы донора	Дата замораживания	Режим замораживания	N контейнеров	Место контейнера в хранилище			Кто производил замораживание	Срок хранения костного мозга в жидком азоте	Куда выдан костный мозг	Дата выдачи	Расписка в получении
					бункер	кассета	гнездо					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 023/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета костного мозга, заготовленного для консервации

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 023/у

N п/п	Фамилия, имя, отчество донора костного мозга	Группа крови	Резус-принадлежность	Дата заготовки	N этикетки	Консервирующий раствор	Объем костно-мозговой взвеси	Количество ядросодержащих клеток в млрд.	Жизнеспособность клеток (эозиновая проба)	Бактериологический контроль	Фамилия врача, производившего заготовку костного мозга	Куда выдан костный мозг	Дата выдачи
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
учета консервированного костного мозга

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

N	Фамилия, имя, отчество донора	Группа крови	Резус-принадлежность	Дата заготовки	N этикетки	Подготовка костного мозга к замораживанию							
						охлаждающий раствор	N и дата заготовки крови (сыворотки) АВ (N) группы	N контейнеров	объем костно-мозговой взвеси в контейнере	общее количество ядросодержащих клеток	жизнеспособность клеток (эозиновая проба)	бактериологический контроль костного мозга перед замораживанием	фамилия врача, подготовившего костный мозг к замораживанию
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

Форма N 024/у

Дата замораживания	Размораживание							Куда выдан костный мозг	Дата и время (час., мин.) выдачи	Срок годности	Расписка лица, получившего костный мозг
	Дата	N контейнеров	Объем костного мозга, подготовленного к трансплантации и количество флаконов	Количество ядросодержащих клеток в млрд.	Жизнеспособность клеток (эозиновая проба)	Бактериологический контроль	Фамилия врача, проводившего размораживание костного мозга				

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

АКТ
об изъятии почки у трупа для трансплантации

Дата "__" _____ 19__ г.

1. Изъятие почки произведено после констатации смерти больного по распоряжению _____
_____
(указать должность, фамилию, имя, отчество)
2. Производил изъятие почки хирург _____
(указать фамилию,
_____
имя, отчество)
_____
(учреждение)

3. Способ изъятия почки (описание операции) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
4. При изъятии почки присутствовали: _____
- судебно-медицинский эксперт _____
- реаниматолог _____
5. Куда помещены и кому переданы почки для трансплантации _____
_____
6. Время начала изъятия почки _____
7. Время окончания изъятия почки _____

Подписи: Реаниматолог
Судебно-медицинский эксперт
Врач-хирург

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЭТИКЕТКА
на флакон с костным мозгом,
заготовленным для замораживания

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

Группа крови _____
Резус-принадлежность _____

Донор _____
Объем костномозговой взвеси _____
Консервирующий раствор _____
N _____

Врач _____

КонсультантПлюс: примечание.
В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: форма N 041/у в соответствии с Перечнем форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения имеет название "Этикетка на флакон с костным мозгом, размороженным для трансплантации", а не "Этикетка на флакон с костным мозгом, заготовленным для замораживания".

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ЭТИКЕТКА
на флакон с костным мозгом,
заготовленным для замораживания

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

Группа крови _____
Резус-принадлежность _____

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

Врач _____

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

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

от "__" _____ 19__ г.

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

Врачебная комиссия в составе:

Председателя _____
должность, Ф., И., О.
Членов комиссии _____
должность, Ф., И., О.
_____
должность, Ф., И., О.
Созданная приказом _____
(орган здравоохранения)
от "__" _____ 19__ г.
Освидетельствовала гр. _____
(Ф., И., О.)
_____
(число, месяц, год рождения)
Проживающего по адресу: _____
_____
Заключение: Гр. _____
(Ф., И., О.)
по своему психическому состоянию признан, не признан (ненужное вычеркнуть)
врачебной комиссией умалишенным и в соответствии с законом, может, не может
(ненужное вычеркнуть), быть включен в списки избирателей по выборам в _____
_____
(наименование выборов)

М.П. Председатель комиссии _____
(подпись)
Члены комиссии _____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 056/у

_____
наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

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

от "__" _____ 19__ г.

(подшивается в медицинскую карту стационарного больного,
амбулаторную карту)

Врачебная комиссия в составе:

Председателя _____
должность, Ф., И., О.
Членов комиссии _____
должность, Ф., И., О.
_____
должность, Ф., И., О.
Созданная приказом _____
(орган здравоохранения)
N _____ от "__" _____ 19__ г.
Освидетельствовала гр. _____
_____ рождения, проживающего по адресу: _____
число, месяц, год
_____
медицинская карта стационарного больного (амбулаторная карта)
_____
N, наименование учреждения
Краткий анамнез: _____
_____
_____
_____
Психический статус _____
_____
_____
_____
_____
_____

ЛИНИЯ ОТРЫВА

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
выбывшего из стационара

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____
Муж. Дата рождения _____

Пол _____ год, месяц, число
Жен.

2. Проживает постоянно (адрес) _____
_____
Житель (подчеркнуть): города - 1, села - 2
3. Кем направлен больной
_____
_____
_____
Отделение _____
Профиль коек _____
4. Доставлен в стационар по экстренным показаниям (подчеркнуть): да - 1, нет - 2
5. Через сколько часов после заболевания (получения травмы) (подчеркнуть):
1) в первые 6 часов - 1
2) 7-24 час. - 2
3) позднее 24-х час. - 3
6. Дата поступления в стац.
19__ г. _____ месяц
_____ число _____ час.

7. Исход заболевания (подчеркнуть):
1) выписан - 1
2) умер - 2
3) переведен - 3
7а. Дата выписки, смерти
19__ г. _____ месяц
_____ число _____ час.
_____
7б. Проведено дней _____
_____
8. Диагноз, направившего учреждения
_____
_____
_____
9. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:
впервые - 1
повторно - 2

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 066/у

10. Диагноз стационара

Основной	Осложнения	Сопутствующие заболевания	
Клинический заключительный			10а
Патологоанатомический			10б

11. В случае смерти (указать причину):
I. Непосредственная причина смерти а) _____
(заболевание или осложнение основного заболевания) _____
Заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти: б) _____
Основное заболевание указывается последним в) _____

II. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или по осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.
12. Хирургические операции

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

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

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара

Фамилия, И., О. _____

1. Код стационара
2. Порядковый номер заполнения карты
3. Медицинская карта стационарного больного N
4. Отделение N
5. Дата поступления
дней мес. год
6. Дата выбытия
дней мес. лет
7. Место жительства (код области, района, города)
8. Пол: муж. - 1, жен. - 2
14. Дата предыдущей выписки из псих. (нарколог.) стационара
дней мес. лет
15. Госпитализирован: впервые в жизни - 1, повторно - 2, повторно в данном году - 3
16. Поступление: первичное в данный стац. - 1, повторное в данный стац. - 2
17. Кем направлен: психиатр. (нарк.) диспансером (кабинетом) - 1, деж. психиатром по городу - 2, прочие - 3
18. Откуда поступил: из дома - 1, переведен из псих. стац. - 2, переведен из стац. другого профиля - 3, прочие - 4
19. Цель направления: лечение - 1, лечение социально опасного больного - 2, принудительное лечение - 3, Экспертиза - судебная - 4
24. Исход заболевания: выздоровление (выраженное улучшение) - 1, улучшение - 2, без изменений - 3, ухудшение - 4, смерть - 5
25. В случае смерти: непосредственно от психического заболевания - 1, соматич. заболевания (включая инфекционное) - 2, самоубийства - 3, несчастного случая - 4, прочие - 5
26. Трудоспособность при выписке без ограничений - 1, По психическому состоянию - ограничена - 2, снижена - 3, полностью (стойко утрачена - 4, По др. причинам - ограничена, снижена, утрачена - 5
27. Инвалидность по псих. заболеванию

9. Дата рождения ☐☐ мес. ☐☐ год

10. Образование:
число законченных классов средней школы ☐☐
не учился - 12
школа для умственно отсталых - 13
среднее специальное - 14
незаконченное высшее - 15
высшее - 16
прочие - 17

11. Источник средств существования
Работа - физический труд - 1
умственный труд без снижения квалификации - 2
со снижением квалиф. - 3
На иждивении государства - пенсия
по возрасту - 4
пенсия по инвалидности - 5
стипендия - 6
прочие - 7
На иждивении отд. лиц - 8

12. Год взятия на учет психоневрологическим (нарколог.) учрежд. ☐☐

13. Число предыдущих госпитализаций ☐☐

военная - 5
трудовая - 6
Экспертиза наркологическая -
для направления в ЛТП - 7
для принуд. лечения - 8
Др. цели направления - 9

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

21. Диагноз направившего учреждения ___
_____
_____

Код диагноза ☐☐☐☐☐

22. Заключительный диагноз
_____
_____

Код диагноза ☐☐☐☐☐

_____

23. Сопутствующее психическое заболевание (вкл. алкоголизм)

Код диагноза ☐☐☐☐☐

при выписке:

группа ☐

инвалид ребенок - 4
не инвалид - 5

28. Выбыл: домой - 1
в другой психиатр. стационар - 2
в др. стационар (непсих.) - 3
в дом инвалидов - 4
в ЛТП - 5
не выбыл на конец года - 6
прочие - 7

29. Число дней внутрибольничных отпусков
☐☐☐
в данном году | в предыдущие годы | число отпусков

Подпись зав. отделением
_____

Инструкцию о порядке заполнения карты см. на обороте.

Для типографии!
при изготовлении документа формат А4

Оборотная сторона ф. N 066-1/у

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

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

В. Сопутствующие соматические заболевания _____
_____
_____
_____

Г. Патолого-анатомический диагноз _____
_____
_____
_____
Код по МКБ ☐☐☐☐

Д. Лечение _____
_____

Е. Синдромы при поступлении _____

Ж. Синдромы при выбытии _____

ИНСТРУКЦИЯ
О ПОРЯДКЕ ЗАПОЛНЕНИЯ КАРТЫ

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

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

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

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

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

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

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

8. В п. 21 должен быть переписан и закодирован диагноз, указанный в путевке.

9. Трудоспособность на момент выписки оценивается независимо от инвалидности. Предпочтение отдается нарушению трудоспособности по психическому заболеванию.

10. Если больной остается в стационаре на 31 декабря, то в п. 28 отмечается код 6 ("не выбыл на конец года"), в п. 6 ("дата выбытия") проставляется 31 декабря текущего года.

11. В п. 29 отмечаются отпуска только за данную госпитализацию.

12. П. п. Б, В, Г, Д, Е, Ж заполняются кратко произвольным текстом.

Примечание.

При ручной разработке карты:

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

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

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ЛИСТОК
учета движения больных и коечного фонда стационара
_____
наименование отделения, профиля коек

	Код	Фактически развернуто коек, включая койки, свернутые на ремонт	В том числе коек, свернутых на ремонт	Движение больных за истекшие сутки				Движение больных за истекшие сутки					На начало текущего дня				
				Состояло больных на начало истекших суток	Поступило больных (без переведенных внутри больницы)			Переведено больных внутри больницы		Выписано больных		Умерло	Состоит больных		Состоит матерей при больных детях	Свободных мест	
					Всего	Из них							Всего	В т.ч.		Мужских	Женских
						Сельских жителей	Детей в возрасте до 14 лет включительно	Из других отделений	В другие отделения	Всего	В т.ч. переведенных в другие стационары			сельских жителей			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всего																	
в том числе по койкам																	

Подпись сестры _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Оборотная сторона ф. N 007/у

СПИСОК БОЛЬНЫХ

Фамилия, И., О. поступивших	Фамилия, И., О. переведенных из других отделений	Фамилия, И., О. выписанных	Фамилия, И., О. переведенных		Фамилия, И., О. умерших	Фамилия, И., О. больных, находящихся во временном отпуске <*>
			в другие отделения данной больницы	в другие стационары		

<*> Для психически больных и больных туберкулезом.

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

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

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

Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, лежавших в отделении, имевшем урологические койки.

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

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

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

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

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

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

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета движения больных и коечного фонда
по стационару, отделению или профилю коек _____
(вписать название)
за 19__ г.

	Число коек в пределах сметы фактически развернутых + свернутых на ремонт на конец отчетного периода	Среднемесячных (годовых) коек	Состояло больных на начало отчетного периода	За отчетный период			За отчетный период					Состояло больных на конец отчетного периода	Проведено больными койко-дней	В т.ч. сельскими жителями	Число койко-дней закрытия	Кроме того, проведено койко-дней матерям при больных детях
				поступило больных			переведено больных внутри больницы		выписано больных		умерло					
				всего	из них		из других отделений	в другие отделения	всего	в т.ч. переведено в другие стационары						
					сельских жителей	Детей в возрасте до 14 лет включительно										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Январь																
Февраль																
Март																
Апрель																
Май																
Июнь																
За полугодие																

Июль																
Август																
Сентябрь																
Октябрь																
Ноябрь																
Декабрь																
За год																

Подпись _____

1. Сводная ведомость заполняется ежемесячно по каждому отделению, по каждому профилю коек и по стационару в целом (на отдельных бланках ф. N 16) на основании подсчета записей за все дни месяца в листках ежедневного учета ф. N 7.

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

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

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

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

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

1.2. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ В ПОЛИКЛИНИКАХ (АМБУЛАТОРИЯХ)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

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

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО N _____
(или код)

Фамилия, имя, отчество _____ Телефон домашний _____
Пол - М Ж Дата рождения _____ (число, месяц, год) служебный _____
Адрес больного: область _____ населенный пункт _____
район _____ улица (переулок) _____
дом N _____ корпус _____ кв. N _____
Место службы, работы _____ отделение, цех _____
(наименование и характер производства)

Профессия, должность _____ иждивенец _____

Взят на диспансерное наблюдение					Перемена адреса и работы	
Дата взятия на учет	По поводу	Дата снятия с учета	Причина снятия		Дата	Новый адрес (новое место работы)
Для типографии при изготовлении документа формат А5						

стр. 2 ф. N 025/у

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

стр. 3, 4 ф. N 25/у

Дата посещения	Амбулаторн., на дому (вписать)	Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	Назначения и отметки о выдаче листка нетрудоспособности

стр. 5, 6 ф. N 25/у

Вкладной лист к медицинской карте N ___
амбулаторного больного

Дата посещения	Амбулаторн., на дому (вписать)	Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	Назначения и отметки о выдаче листка нетрудоспособности

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

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

ВКЛАДНОЙ ЛИСТ
на подростка к медицинской карте амбулаторного больного

Дата заполнения карты _____ 19__ г.

N или код

Юноша
Девушка
(подчеркнуть)

Дата рождения _____
(год, месяц, число)

Фамилия, имя, отчество _____
Адрес подростка _____
Название предприятия (учебного заведения) _____
Время поступления на предприятие (в учебное заведение) _____
Профессия _____ Перенесенное заболевание_____
_____
Болезни родителей (туберкулез, алкоголизм, психические заболевания) _____
_____
Живет в семье, общежитии _____ питание _____
Продолжительность рабочего дня _____ смены _____
Занятия физкультурой и спортом (систематические, случайные) _____

Для типографии при изготовлении документа формат А5

стр. 2 ф. N 025-1/у

Данные медицинских обследований

	1-е обследование	2-е обследование	3-е обследование

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

	1-е обследование	2-е обследование	3-е обследование
Лимфатические железы			
Полость рта			
Органы пищеварения			
Органы дыхания			
Органы кровообращения (кровяное давление)			

	1-е обследование	2-е обследование	3-е обследование
Мочеполовые органы			
Эндокринная система			

Нервная система			
Психика			
Органы зрения			
Верхние дыхательные пути и органы слуха			

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

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

(Со времени составления настоящей карты)

НАЗВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ	Дата	
	назначения	выполнения
1-е обследование		

2-е обследование		
3-е обследование		

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

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

_____
Полное название учебного заведения _____
Факультет _____ специальность _____
Курс _____ группа _____
Фамилия, имя, отчество _____
_____ пол _____
Дата рождения (год, месяц) _____
Национальность _____
Адрес настоящего места жительства _____
_____
Откуда прибыл: (данного города, иногородний, сельская местность - подчеркнуть) _____
_____
(указать город, область)

Взят на диспансерное наблюдение

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

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

_____
_____
_____

Перенесенные острые и хронические заболевания:
туберкулез, болезнь Боткина, ревматизм (подчеркнуть)
Заболевания органов дыхания _____
_____
Сердечно-сосудистые заболевания _____
_____
Заболевания органов пищеварения _____
_____
Заболевания почек и мочевыводящих путей _____
_____
Заболевания Ц.Н.С. _____
_____
Другие заболевания _____
_____
(Вписать, указать возраст) _____
Перенесенные травмы туловища, конечностей - подчеркнуть, травма головы - подчеркнуть _____
указать возраст _____
_____
_____
_____

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

Стационарное лечение
(со времени составления настоящей карты)

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

Данные профилактических осмотров

Соматометрические и физиометрические данные	Данные обследования		
Рост стоя			
Вес			
Окружность грудной клетки	вдох		
	выход		
	пауза		
Экскурсия грудной клетки			
Спирометрия			
Динамометрия	правая кисть		
	левая кисть		
	становая		

Половое развитие (указать формулу - Ме, Ма, Р, А и стадию)		

		Примечание

и т.д. до конца страницы

Данные профилактических осмотров

Специалисты	Даты обследования		
	По органам и системам		
	Жалобы		
	Кожа и слизистые		
	Жироотложение (пониженное умеренное, хорошее)		
	Мускулатура развито слабо, умеренно, хорошо		
	Позвоночник (норма, сколиоз, лордоз, кифоз)		
	Осанка (нормальная, выпрямленная, сутуловатая, сколиотическая, лордотическая, кифотическая)		
	Стопа (нормальная, уплощенная, плоская)		
	Органы дыхания		
Терапевт	Органы кровообращения		
	Грудная клетка, ее форма цилиндрическая, плоская, коническая, патологическая. Ноги: норма, О, Х-образные (подчеркнуть).		

Стр. 7 ф. N 025-3/у

		Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 8 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Специалист	Даты обследования По органам и системам		
	Функциональная проба - 20 приседаний за 30 секунд		
В покое	Пульс		
	А.Д.		
Первая минута	Пульс		
	А.Д.		
Вторая минута	Пульс		
	А.Д.		
Третья минута	Пульс		
	А.Д.		
Терапевт	Органы пищеварения		
	Органы выделения		
	Лабораторные анализы Кровь Моча		
	Диагноз, рекомендации, подпись		

Стр. 9 ф. N 025-3/у

		Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 10 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Специалист	Даты обследования По органам и системам		
Невропатолог	Жалобы		
	Анамнез		
	Объективные данные		
	Диагноз		
	Рекомендации		
	Подпись врача		
Хирург	Жалобы		
	Анамнез		
	Дефекты развития костно-мышечной системы и суставов		
	Диагноз		
	Рекомендации		
	Подпись врача		

Стр. 11 ф. N 025-3/у

		Примечание

и т.д. до конца страницы

Стр. 12 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Специалист	Даты обследования / По органам и системам			
			1	2
Офтальмолог	Жалобы			
	Цветоощущение			
	Острота зрения	Правого глаза без коррекции		
		с коррекцией		
		Левого глаза без коррекции		
		с коррекцией		
	Рефракция			
	Диагноз			
	Рекомендации			
	Подпись врача			
Отоларинголог	Жалобы			
	Данные осмотра ЛОР-органов			
	Острота слуха на шепотную речь	справа		
		слева		
	Диагноз			

	Рекомендации		
	Подпись врача		

Стр. 13 ф. N 025-3/у

		Примечание
3	4	

и т.д. до конца страницы

Стр. 14 ф. N 025-3/у

Данные профилактических осмотров

Специалист	Даты обследования / По органам и системам		
		1	2
Стоматолог	Состояние слизистой полости рта, языка и лимфатических узлов подчелюстного треугольника		
	Диагноз		
	Рекомендации		
	Подпись врача		
Другие специалисты	Диагноз		
	Рекомендации		

	Подпись врача		

Стр. 15 ф. N 025-3/у

		Примечание
3	4	

Стр. 16 ф. N 025-3/у

Осмотр стоматологом (зубным врачом); зубная формула; здоровый - 3; отсутствующий - 0; непрорезавшийся - НП; корень - КН; кариес - К; пульпит - П; гангрена - Г; гранулема - ГР; подлежит удалению - Э;

ДАТЫ ОСМОТРА	9							
	8							
	7							
	6							
	5							
	4							
	3							
	2							
	1							
	8	7	6	5	4	3	2	1

1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

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

1	2	3	4	5	6	7	8

Стр. 18 ф. N 025-3/у

Итоговая оценка состояния здоровья

Даты обследования		
Физическое развитие (среднее, выше среднего, высокое, ниже среднего, низкое)		
Физкультурная группа (основная подготовительная, специальная)		
Состояние здоровья (здоров, имеет функциональные отклонения - указать какие, болен - указать диагноз)		
Назначения и рекомендации, их выполнение Подпись врача		

Академический отпуск (был, не был) - подчеркнуть

Указать причину академического отпуска

Стр. 19 ф. N 025-3/у

		Примечание

Стр. 20 ф. N 025-3/у

ФЛЮОРОГРАФИЯ

Даты	Результаты

Данные рентгенологического обследования

Даты	Обследование какого органа	Результаты

Вакцинация и ревакцинация

Вакцинация		I		II		III		Ревакцинация	
		дата	серия доза	дата	серия доза	дата	серия доза	дата	серия доза
Инфекции	1								
	2								
	3								
	4								
	5								

Вакцинация по эпидпоказаниям

Вакцинация		I		II		III		Ревакцинация	
		дата	серия доза	дата	серия доза	дата	серия доза	дата	серия доза
Инфекции	1								
	2								
	3								
	4								
	5								

Стр. 22 - 26 ф. N 025-3/у

Текущие наблюдения

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

и т.д. до конца страницы

Для типографии!
напечатать 2 листа

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

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

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

Класс
------ (заполняется ежегодно)
Группа
_____
_____

АЛЛЕРГИЯ (вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания)
_____
_____

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

_____ Дата рождения _____ Пол - М Д

Адрес _____
_____
_____ Телефон _____
Обслуживающая поликлиника N _____ Телефон _____

СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ

	Год рождения	Образование	Место работы	Телефон

Мать				
Отец				

а) жилищно-бытовые условия _____
б) семейный анамнез (заболевания) _____

ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ

Спорт (да, нет, вид спорта) _____
Иностранный язык (да, нет) _____
Музыка (да, нет) _____
Другие занятия _____

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

Сведения о госпитализации / Санаторном лечении

Дата	Диагноз	Дата	Диагноз

Травмы, операции

	Дата	Диагноз

Пропуск по болезни

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

Сведения о диспансерном наблюдении <*>

Диагноз	Дата взятия на учет	Дата снятия с учета, причина	Контроль посещений специалиста					
			назн.	яв.	назн.	яв.	назн.	яв.

Дата	Данные осмотра	Рекомендации
1	2	3

стр. 4 ф. N 026/у

Дата	Данные осмотра	Рекомендации
1	2	3

стр. 5 ф. N 026/у

Данные флюорографических (рентгеновских) исследований

Данные лабораторных исследований

Дата	Результат	Анализы	Дата	Результат
		КРОВИ		
		МОЧИ		

		КАЛА		

Дегельминтизация

Дата						
Результат						
Дата						
Результат						

Санация полости рта

Дата						
Формула						

Данные углубленного

1. Дата обследования				
2. Возраст ребенка				
3. Класс, группа				
4. Рост				
5. Вес				

6. Субъективные жалобы				
7. Осмотры: педиатром				
8. Ревматологом				
9. Артериальное давление				
10. Ортопедом (хирургом)				
11. Офтальмологом				
12. Отоларингологом				
13. Невропатологом				
14. Дерматологом				

стр. 7 ф. N 026/у

медицинского обследования

стр. 8 ф. N 026/у

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

Подписи врачей _____
(педиатр, специалисты) _____
_____
_____

стр. 9 ф. N 026/у

стр. 10 ф. N 026/у

Осмотр перед профилактическими прививками

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

Профилактические прививки

	Вакцинация			Ревакцинация			
	I	II	III	I	II	III	IV
Против полиомиелита Дата							
Серия							
Против дифтерии, коклюша, столбняка Дата							
Серия							
Против паротита Дата		ВВЕДЕНИЕ ГАММАГЛОБУЛИНА (по показаниям)					
Серия							
Против кори		Дата	Причина	Дата	Причина		

Дата					
Серия					

РЕАКЦИЯ МАНТУ: ПРИВИВКА ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА (БЦЖ)

Дата											Дата					
Результат											Доза					
											Серия					

Профессиональная консультация с указанием медицинских противопоказаний к профессиям

Дата	Рекомендации

Рекомендации к занятиям спортом

Дата	Вид спорта	Заключение

Данные текущего медицинского наблюдения

Дата	Данные осмотра	Диагноз	Назначения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

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

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Группа крови _____
Резус-принадлежность _____

_____
ВНИМАНИЕ: Измененная реактивность

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

8. Показания к диспансерному наблюдению в связи с заболеванием

Дата взятия на учет	Возраст ребенка	Диагноз

6. Дата взятия на учет в данное учреждение	Откуда прибыл
_____ число, месяц, год	_____
_____ число, месяц, год	_____
_____ число, месяц, год	

7. Дата снятия с учета	Причина снятия с учета (при переезде указать адрес выбытия)
_____ число, месяц, год	_____
_____ число, месяц, год	_____
_____	_____

9. Отметка о посещении детских учреждений

Дата оформления в детское учреждение	Возраст ребенка	Наименование учреждения	Дата выбытия из детского учреждения

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

Сведения о семье

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

Хронические заболевания у других лиц, проживающих в квартире _____
_____
_____
Жилищно-бытовые условия _____
_____
Дополнительные данные _____
_____

ЛИСТ ДЛЯ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (уточненных) ДИАГНОЗОВ

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные) диагнозы. Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с "__" по "__")

ЛИСТ ДЛЯ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (уточненных) ДИАГНОЗОВ

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные) диагнозы. Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с "__" по "__")

Учет антибиотиков, примененных при лечении ребенка

Дата назначения	Наименование антибиотика и доза	Продолжительность курса лечения	Реакция на применение антибиотика

Учет рентгенологических исследований

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

СВЕДЕНИЯ О НОВОРОЖДЕННОМ

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

Место для приклеивания обменной карты

Первичный врачебный патронаж к новорожденному _____
"__" _____ 19__ г. _____ в возрасте,
(дата посещения)

на _____ день после выписки из роддома
Жалобы матери _____
_____
Характер вскармливания _____
Общее состояние ребенка _____
_____
Физиологические рефлексы новорожденного _____
_____
Мышечный тонус _____ телосложение _____
Кожа _____ зев _____
Слизистые _____ состояние питания _____
Костная система _____
_____
(череп, швы, роднички, ключицы, состояние тазобедренных суставов)
_____
Дыхание _____
_____
(частота, характер, форма грудной клетки, перкуссия
_____

Назначения и рекомендации

и аускультация органов дыхания)

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

ЛИСТ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Даты профилактических осмотров ребенка врачами
и наблюдений медицинской сестрой

Специальность врача (медицинской сестры)	Возраст ребенка при осмотре																							
	месяцы первого года жизни														кварталы 2-го года				полугодие 3-го года		годы жизни			
	1				2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	I	II	III	IV	I	II	4	5	6	7
	дата осмотра ребенка																							
В поликлинике																								
1. Педиатр на дому																								
2. Травматолог-ортопед																								
3. Невропатолог (психонев.)																								
4. Офтальмолог																								
5. Стоматолог																								
6. Другие специалисты																								

Участковая медсестра _____

Профилактика и лечение рахита

Цель назначения	Назначение витамина Д2					Ультрафиолетовое облучение
	вид	разовая	дата	дата	всего	

Гимнастика в массах

Наименование комплекса	Возраст	Дата назначения	Отметка о выполнении

	препарата	доза и кратность приема	назначения	отмены	получил на курс	
Профилактическая						
Лечебная						

I комплекс	1,5 - 3 мес.		
II комплекс	3 - 4 мес.		
III комплекс	4 - 6 мес.		
IV комплекс	6 - 9 мес.		
V комплекс	9 - 12 мес.		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА О ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Вскармливание			
	Грудное	Смешанное	Искусственное
С какого возраста			
По какой возраст			

Срок введения первого прикорма	
Дата введения прикорма	Возраст ребенка

Причины перевода

На смешанное вскармливание		На искусственное вскармливание
1	Болезнь матери	1
2	Отсутствие матери	2
3	Гипоталактия	3
4	Отсутствие лактации	4
5	Выход на работу (учебу)	5
6	По желанию матери	6
7	Особенности и патологические состояния ребенка	7
8	Другие причины	8

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

Антропометрические данные на первом году жизни

Возраст (месяцев)	Масса (вес) в гр.	Прирост массы (веса)	Окружность	
			грудной клетки	головы
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ на 1-м году жизни

Краткие амнестические данные

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

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 2-го года жизни

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

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

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 3-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				

Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Осмотр офтальмологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

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

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

Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

стр. 14 ф. N 112/у

Лист текущих наблюдений

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

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

стр. 15 ф. N 112/у

Лист текущих наблюдений

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

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

стр. 16 ф. N 112/у

КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ

1. Плановые прививки

Прививка против			Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
							местная	общая
1			2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация 1. Ревакцинация 2. Ревакцинация							
Полиомиелита	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка						
	1 ревакцинация	1 прививка 2 прививка						
	2 ревакцинация	1 прививка 2 прививка						
	3 ревакцинация	1 прививка						
	4 ревакцинация							
Дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС)	Вакцинация	1 прививка 2 прививка 3 прививка						
	1 ревакцинация							
Дифтерии, столбняка (АДС)	1 ревакцинация 2 ревакцинация							

Кори Паротита	Вакцинация Вакцинация						
	2. Внеплановые и вновь введенные плановые прививки						

и реакций на прививки

Противопоказаний к проведению прививок

Название пробы		Дата проведения	Возраст ребенка	Серия	Размер инфильтрата	Результат	Наименование прививки	Отвод прививки		
								дата	причина	указать на какой срок
1		2	3	4	5	6				
Реакция Манту	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									

8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

Стр. 18 ф. N 112/у

Лист текущих наблюдений ребенка патронажной сестрой

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

стр. 19 ф. N 112/у

Место для приклеивания результатов анализов и справок

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
больного венерическим заболеванием

Дата взятия на учет "__" _____ 19__ г.
Дата составления извещения "__" _____ 19__ г.
1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол (М / Ж) - 3. Дата рождения _____ 4. Национальность _____
5. Адрес по прописке _____
_____ 6. Образование _____
7. Работает сам, находится на иждивении (у кого) _____
8. Место работы больного (если больной не работает - указать место работы, лица, на иждивении которого он находится _____
_____
9. Отрасль производства _____ 10. Детальная профессия _____
_____ должность _____
11. Живет постоянно в городе, селе (подчеркнуть) _____
12. Адрес места жительства _____
_____ телефон _____
13. Семейное положение (женат, холост, разведен(а), замужем, незамужем, вдова, вдовец - подчеркнуть)
14. Изменение в семейном положении с указанием даты _____

Для типографии!
при изготовлении документа

формат А5

Стр. 2 ф. N 065/у

15. Диагноз при взятии на учет _____
16. Заболевание выявлено: при обращении больного в лечебно-профилактическое учреждение, при профосмотре - подчеркнуть
17. Пункт индивидуальной профилактики венерических болезней посещал, не посещал - подчеркнуть
18. С предупреждением лицу, заболевшему венерической болезнью ознакомлен: да, нет
19. Изменение диагноза (дата) _____
20. Дата госпитализации _____

21. Источник заражения

Фамилия, имя, отчество	Домашний адрес	Отношение к больному	Дата явки		Диагноз	N мед. карты	Примечание
			вызова	явки			
1	2	3	4	5	6	7	8

22. Члены семьи и контакты, подлежащие обследованию

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Домашний адрес	Отношение к больному	Дата вызова			Диагноз	N мед. карты	Примечание
					первичный	заключительный			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Стр. 3 ф. N 065/у

23. Лечение больного сифилисом

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

Не закончил(а) ни одного курса лечения: в связи с переводом _____
_____
(наименование, адрес учреждения)
_____ интеркуррентным заболеванием,
(дата перевода)
по другим причинам _____
(указать каким)

24. Контроль за аккуратностью лечения

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

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

26. Контроль по окончании лечения

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

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

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

28. Общий анамнез

Жилищно-бытовые условия _____
_____
Условия работы _____
_____
Наследственность _____
Употребление алкоголя, наркотиков _____
Где произошло заражение _____
В каком состоянии произошло заражение (трезвый, состояние опьянения) _____
_____
Перенесенные болезни (венерические, гинекологические и др.) _____
_____
Физические и психические травмы _____
_____
Менструация с _____ лет, по _____, через _____ дней, последняя _____
Половая жизнь с _____ лет
Беременности: всего _____ закончились родами _____ прерваны абортом
_____
Предшествующее лечение _____
_____

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
больного грибковым заболеванием

Дата заполнения извещения "__" _____ 19__ г.

Фамилия, имя, отчество _____
_____
_____ 2. Пол (М., Ж.)
3. Дата рождения _____ 4. Национальность _____
4. Адрес по месту выявления _____
_____
6. Приезжий: а) из города, б) из села (подчеркнуть)
7. Кем направлен _____
8. Место и адрес работы _____
9. Профессия _____
10. Для детей: посещает ли детское учреждение, адрес учреждения (группа, класс)
_____
11. Диагноз подробный _____
_____
12. Дата проведения первого обследования _____
13. Данные микроскопического исследования _____
_____
14. Культура грибка _____
15. Заболевание выявлено: при обращении больного в лечебно-профилактическое учреждение, при профосмотре (подчеркнуть)
16. Источник заражения:
а) человек (родственное отношение к больному, адрес, сведения о привлечении к лечению)
_____
б) животное (кошка, собака, рогатый скот, лошадь)
Мероприятия, проведенные в отношении животного (на учете в ветлазарете - состоит, не состоит) _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

17. Результат осмотра семьи больного

Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Адрес	Место учебы или работы	Отношение к больному	Дата осмотра		Диагноз	Культура грибка
					первичный	повторный		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

18. Результат осмотра контактов (в квартире, общежитии, детском учреждении и др.):
подлежало осмотру _____, осмотрено _____ выявлено больных _____, привлечено к лечению _____

19. Дезинфекция текущая _____ заключительная _____
Анамнез _____
_____
_____
_____
_____
_____
Развитие настоящего заболевания _____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 3 ф. N 065-1/у

Данные объективного исследования _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дата	Течение болезни	Назначения

Стр. 4 ф. N 065-1/у

Наблюдение по окончании лечения

Дата явки	Объективные данные	Лабораторные исследования

Снят с учета "_____" _____ по причине _____
_____

Подпись врача _____

КонсультантПлюс: примечание.
При применении документа следует учитывать, что Приказом Минздрава РФ от 13.02.2004 N 50 утверждена форма N 01-ТБ/у.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
больного туберкулезом

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

Участок N _____

Фамилия, имя, отчество _____ пол _____
Дата рождения _____
число, месяц, год
Адрес больного:
населенный пункт _____
улица (переулок) _____
дом N _____ корпус (барак) N _____ кв. N _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
больного туберкулезом

Дата заполнения "__" _____ 19__ г.

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

Отрасль промышленности _____ цех _____ профессия --------- должность _____

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

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

Перемена адреса, места работы и профессии

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

Сколько лет живет в данном городе _____
_____

Если живет временно, то адрес постоянного местожительства __
_____
_____
_____
_____
_____

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

Стр. 2 N 081/у

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

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

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

Сопутствующие заболевания _____
_____
_____
_____

МАТЕРИНСТВО

Сколько беременностей _____ Родилось живых детей _____
Мертворожденных _____ Абортов искусственных _____
Самопроизвольных _____ Течение последней беременности _____
_____
Менструация с _____ лет, расстроенная с _____ лет.

РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА (для детей)

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

Жалобы больного _____
_____
Общее самочувствие: хорошее, удовлетворительное, плохое. Работоспособность: нормальная, пониженная, неработоспособ. (подчеркнуть).
Аппетит: хороший, удовлетворительный, плохой. Похудание: да, нет.
Температура: нормальная, субфебрильная (подчеркнуть).
Поты: есть, нет (подчеркнуть).
Кашель: сухой, с мокротой, с гнойной мокротой, сколько времени _____
_____
Одышка: есть, нет (подчеркнуть).
Кровохарканье _____
Голос чистый, хриплый, афония, боль в горле при еде, независимо от еды _____
_____
Начало и течение данного заболевания <*>
_____
_____
Когда впервые обнаружены заболевание, БК и каверны _____
Характер и длительность проводившего лечения, химиотерапии, ИП, ПП, хирургического вмешательства (указать даты) _____
_____
Осложнения (побочные явления, осложнения активных методов лечения) _____
_____
_____
_____

<*> Заполняется на момент обращения в данное учреждение.

Исследование больного				
Рост	Вес	Окружность	Т град.	Пульс

Общее развитие (соответствующее возрасту)
_____
_____
_____
_____

Кожа и слизистые _____
_____
Кости, костяк и мышцы _____
Пищеварительный аппарат _____
Печень _____
Селезенка _____
Сердце _____
Периферические сосуды _____
Нервная система _____
_____
_____
_____
Мочеполовая система _____
_____
Отклонения от норм в прочих органах _____
_____
_____
_____
_____

Лимфатические железы

Группа	Сторона	Размер	Консистенция	Рубцы
Шейные				
Затылочные				
Подчелюстные				
Подбородочные				
Надключичные				

Группа	Сторона	Размер	Консистенция	Рубцы
Подмышечные				
Торакальные				
Локтевые				
Паховые				

Туберкулиновые пробы									Прочие пробы				
Градуированные накожные пробы						р. Манту			Даты				
Даты	Разведение					Даты	Разведение	Результаты		Результаты			
	Результаты												

Данные рентгенологического обследования

Стр. 7, 8 ф. N 081/у

Исследование на МТБ

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

Стр. 9, 10 ф. N 081/у

Состояние трудоспособности больного

Учет временной нетрудоспособности			Диагноз	Динамика стойкой нетрудоспособности		
Дата выдачи больничных листов				Дата освидетельствования во ВТЭК	Группа инвалидности	Вследствие туберкулеза, др. заболеваний (указать)
с _____ по _____	с _____ по _____	с _____ по _____				

Стр. 11, 12 ф. N 081/у

ЭПИКРИЗ

Стр. 13 ф. N 081/у

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАРИНГОЛОГОМ, БРОНХОЛОГОМ

Жалобы больного _____
Сухость в горле, щекотание, поперхивание _____
Боль при еде, боль независимо от еды _____
Голос: чистый, хриплый, афония _____
_____

Данные осмотра

Уши _____
_____
Нос _____
_____
Рот _____
_____
Глотка _____
_____
Гортань _____
_____
Трахея _____
_____
Бронхи _____
_____
_____
_____

Стр. 14 ф. N 081/у

Начало болезни дыхательных путей, рта и уха _____
_____
Течение и предшествующее лечение дыхательных путей, рта и ушей _____
_____
_____
_____
_____
Диагноз заболевания дыхательных путей, рта и уха _____
_____
_____
_____
Группа ТБК дыхательных путей _____
_____
"__" _____ 19__ г. Врач _____

Стр. 15 ф. N 081/у

ИССЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГОМ

Жалобы больного _____
_____
Когда появились признаки заболевания _____
_____
Как развивалось заболевание: сразу, постепенно _____
_____
Повышение температуры и ее характер _____
Были ли боли, когда - ночью, днем, при покое, при движении _____
_____
Предшествующее лечение: на дому, в амбулатории, в стационаре (подчеркнуть)
_____
В течение какого времени _____

Где _____ Неподвижные повязки _____
Климатическое лечение _____ Грязелечение _____
Результаты лечения _____ Состояние больного:
общее состояние (работоспособность) _____
_____
Внешний вид (общая статика и статика больного органа) _____
_____
Состояние кожи над пораженной областью _____
Болезненность, локализация, степень _____
_____
_____
Местная температура _____

Стр. 16 ф. N 081/у

Изменения конфигурации: а) область _____ б) форма _____
Атрофия _____
Контрактуры: болевая, неврогенная, миогенная, артрогенная, рубцевая _____
_____
Анкилозы: а) угол в градусах _____ б) положение _____
Натечные гнойники (локализация, размер и пр.) _____
Свищи _____ Рубцы _____
Изменения _____
Расстройства нервной системы а) двигательные; б) чувствительные; в) трофические; г) состояние рефлексов: повышенное, пониженное, нормальное, отсутствие _____
_____
Расстройство тазовых органов _____
Рентген _____

Хирургический диагноз

Локализация _____
Характер процесса: активный (начальный, выраженный, далеко зашедший) потерявший активность, затихший _____
_____
Осложнения _____
_____
Другие заболевания _____
_____

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

Стр. 17 ф. N 081/у

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

КАРТА
антибактериального лечения (к медицинской карте)
больного туберкулезом _____
код

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

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

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

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

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

Фамилия, имя, отчество _____
_____ Дата рождения _____
Диагноз, группа диспансерного учета _____
_____
_____
_____
Дата начала лечения "__" _____ 19__ г.
Дата окончания первого курса "__" _____ 19__ г.
_____
(выписываются даты начала и окончания
_____
повторных курсов лечения)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка
www.consultant.ru

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

	суточная доза						
	число дней лечения						
Название учреждения, проводившего лечение							

(вписывается в клеточки, соответствующие месяцам лечения в каждом данном учреждении) _____
Дополнительные мероприятия (операция, какая, ИП - вписать, указать дату) _____

лечения

месяцы						Побочные явления (какие, дата)	Полная непереносимость препарата (дата)
VII	VIII	IX	X	XI	XII		

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

Стр. 4 ф. N 081-1/у

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

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

(вписывается в клеточки, соответствующие месяцам лечения в каждом данном учреждении) _____
Дополнительные мероприятия (операция, какая, ИП - вписать, указать дату) _____

лечения							
месяцы						Побочные явления (какие, дата)	Полная непереносимость препарата (дата)
VII	VIII	IX	X	XI	XII		

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА
беременной и родильницы

Группа крови _____
Резус принадлежность беременной _____
ее мужа _____
1. Дата взятия на учет _____
_____

Реакция Вассермана
I "__" _____ 19__ г.
II "__" _____ 19__ г.
Результат исследования на гонококки
_____
Обследование на токсоплазмоз

РСК (по показаниям) _____
Кожная проба _____ РКС _____

_____
Фамилия, имя, отчество _____
_____
Дата рождения _____ Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть).
Домашний адрес, телефон _____
_____
Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть)
Место работы, телефон _____
Профессия или должность _____ условия труда _____
Фамилия и место работы мужа, телефон _____
_____
2. Диагноз: беременность (которая) _____ Роды _____
Осложнения данной беременности _____
_____
Экстрагенитальные заболевания (диагноз) _____
_____
3. Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные _____
_____ недель. Дата _____
Особенности родов _____
Ребенок: живой, мертвый, масса (вес) _____ г. Рост _____ см
Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме (подчеркнуть) _____
диагноз _____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

4. Анамнез

Перенесенные заболевания: общие _____
_____
_____ гинекологические _____
_____
Операции _____
Половая жизнь с _____ лет. Здоровье мужа _____
Менструации с _____ лет. Особенности _____
Последние менструации с _____ по _____ 19__ г.
Первое движение плода "__" _____ 19__ г.

Исход предыдущих беременностей

N п/п	Год	Чем кончилась беременность и при каком сроке				Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Ребенок жив, умер в каком возрасте	Особенности течения предыдущих беременностей
		абортами		родами				
		искусственными	самопроизвольными	преждевременными	в срок			

5. Первое обследование беременной

Рост _____ см. Масса (вес) _____ кг. Особенности телосложения _____
_____
_____
Состояние молочных желез _____
Сердечно-сосудистой системы _____
_____ АД: на правой руке _____ на левой _____
Другие органы _____
_____
Размер таза: D. Sp. _____ D. Cr. _____ D. troch _____
C. ext. _____ C. diag. _____ C. vera _____
Наружное акушерское исследование: высота дна матки _____ см.
Окружность живота _____ см. Положение плода, позиция, вид _____
_____
Предлежание _____ Сердцебиение плода _____

Влагалищное исследование	Назначения
Наружные половые органы _____	_____
_____	_____
Влагалище _____	_____
Шейка матки _____	_____
Тело матки _____	_____
Придатки _____	_____
Особенности _____	_____

Диагноз: срок беременности _____ недель
_____
_____
Предполагаемый срок родов _____

_____
_____
_____

Подпись врача _____ Дата _____

6. Течение беременности

Дата						
Жалобы						
Общее состояние						
Масса (вес)						
АД на правой руке						
АД на левой руке						
Отеки						
Окружность живота						
Высота стояния дна матки						
Положение плода						
Предлежащая часть						
Сердцебиение плода						
Шевеление плода						
Срок беременности (в неделях)						
Патологические отклонения (диагноз)						
Листок нетрудоспособности						
Назначения:						

Госпитализация						
Введение стафилококкового анатоксина						
Дата следующего посещения						
Подпись						
Осмотр терапевта						
Осмотр стоматолога						

7. Подготовка к родам

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

8. Патронажные посещения

Дата					
Срок беременности					

Жалобы						
Общее состояние (отеки)						
АД	на правой руке					
	на левой руке					
Положение плода						
Сердцебиение плода						
Рекомендации						
Подпись						

Стр. 5 ф. N 111/у

9. Лист для подклейки анализов, обменной карты и других документов

Стр. 6 ф. N 111/у

10. Отпуск по беременности с "__" _____ 19__ г. по "__" _____ 19__ г.
Листок нетрудоспособности N _____
Роды _____ 19__ г. в срок, раньше, позже на _____ дней
Роды произошли в _____
Послеродовый отпуск на _____ дней с "__" _____ 19__ г.
по "__" _____ 19__ г.
Листок нетрудоспособности N _____

11. Наблюдение за родильницей

Дата	Жалобы	Данные обследования	Советы, назначения

Подпись врача _____ Подпись зав. консультацией _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
стоматологического больного

N _____ 19__ г. _____

Фамилия, имя, отчество _____
Пол (М., Ж.) _____ Возраст _____
Адрес _____
Профессия _____
Диагноз _____
Жалобы _____
_____
Перенесенные и сопутствующие заболевания _____
_____
_____
Развитие настоящего заболевания _____
_____
_____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. N 043/у

Данные объективного исследования, внешний осмотр _____
_____
_____
_____

Осмотр полости рта. Состояние зубов Условные обозначения: отсутствует - 0, корень - R, Кариес - С, Пульпит - Р, периодонтит - Pt, пломбированный - П, Пародонтоз - А, подвижность - I, II III (степень), коронка - К, искусст. зуб - И																			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			

_____
_____
Прикус _____
Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба _____
_____
Данные рентгеновских, лабораторных исследований _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 3 ф. N 043/у

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

Результаты лечения (эпикриз) _____
_____
_____
_____
Наставления _____
_____
_____

Лечащий врач _____ Заведующий отделением _____

Стр. 4 ф. N 043/у

Лечение _____
_____
_____
_____
_____

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

План обследования	План лечения	Консультации

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

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

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения

Фамилия врача _____
Дата взятия на учет _____
Дата снятия с учета _____
Причина снятия _____
_____

Код или N медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____
Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение _____
Диагноз установлен впервые в жизни _____
(дата)
Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре (подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол - 3. Дата рождения _____ 4. Адрес _____
М
Ж
5. Место работы (учебы) _____
6. Профессия (должность) _____
7. Контроль посещений _____

Назначено явиться												
Явился												
Назначено явиться												
Явился												

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 030/у

Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях _____
_____
_____
_____
_____
Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Дата	Мероприятия

Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
(наименование учреждения)

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

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения за психически больным

Фамилия, имя, отчество _____
1. Адрес _____
2. Пол: муж., жен. _____ 3. Дата рождения _____
4. Семейное положение _____ 5. Число детей _____
6. Место работы _____
Кем работает _____
(для учащихся - место работы; для неработающих - указать пенсионер, иждивенец и т.д.)
7. Образование _____

8. Диагноз с датой установления или пересмотра _____
_____
_____
_____
_____
9. Группа инвалидности по псих. заболеванию _____
_____
(дата установления или пересмотра)
10. Патронаж _____
(дата установления или пересмотра)
11. Опека _____
(дата установления или пересмотра)

12. Группа диспансерного учета _____
_____
13. Дата начала заболевания _____
14. Дата взятия на учет _____
(впервые в жизни)
15. Общественно опасные действия _____

Для больных, взятых на учет в данном году

16. Кем направлен в диспансер для взятия на учет _____
_____

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

19__ год Код диагноза | | | | | | Код диагноза | | | | | |

17. Контроль посещений

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

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

18. Сведения о госпитализациях

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

В случаях госпитализации для принудительного лечения КОД диагноза обводится кружком.

Заполняется при снятии с учета

19. Дата снятия с учета _____

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

Отрывной талон уч. ф. N 30-ПС
для обработки в научно-статистическом центре

19 ☐☐

соответствующие коды подчеркнуть или вписать в квадрат

Код республики (области) ☐☐☐☐

Код города (района) ☐☐☐☐☐☐

Код заполнившего учрежден. ☐☐☐

N карты

Ф.И.О. _____

1. Житель — города - 1; села - 2

2. Пол: — муж. - 1; жен. - 2

3. Год и мес. рождения ☐☐ (мес. год)

4. Семейное положение:
Никогда не состоял в браке - 1
Состоит в браке - 2
Разведен - 3
Вдов - 4

5. Число детей ☐☐

6. Источник средств существования:

Работа:
физический труд - 1
умственный труд - 2
На иждивении у государства:
пенсия по возрасту - 3
пенсия по инвалидности - 4
стипендия - 5
прочие - 6
На иждивении у отд. лиц - 7
Др. источники средств существования - 8

7. Образование:
не учился - 12
шк. для умств. отст. - 13
Число законч. классов средней школы ☐☐
среднее спец. - 14
незаконч. высшее - 15
высшее - 16
прочее - 17

8. Учится: да - 1; нет - 2

9. Диагноз _____

10. Группа инв. по псих. заболеванию ☐
инвалид ребенок - 4
не инвалид - 5

11. Группа диспансерного учета: ☐

12. Год и мес. начала заболевания ☐☐ (мес. год)

13. Год и мес. взятия на учет впервые в жизни ☐☐ (мес. год)

14. Общественно опасные действия:
были - 1
не были - 2

15. Число госпитализаций ☐☐

16. В т.ч. госпитализаций для принудит. лечения ☐☐

Заполняется только для взятых на учет в данном году

17. Кем направлен:
амбулаторным психоневролог. учрежд. - 1
амбулаторным наркологическим учреждением - 2
психоневрологическим (психиатрич., наркологич.) стационаром - 3
после суд.-психиатрической экспертизы - 4
после военно-медицинской экспертизы - 5
др. мед. учреждения - 6
милицией - 7
др. администр. органами - 8
прочие - 9

☐☐

_____ Год и месяц заполнения
(уточненный) талона

мес. год

Код диагноза

Подпись

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
наименование учреждения

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

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

Код республики (области)

Код города (района)

Код заполнившего учрежд.

N карты

Фамилия, имя, отчество _____

1. Житель — города - 1; села - 2
2. Пол: — муж. - 1; жен. - 2
3. Год и месяц рождения

мес. год

4. Год и месяц взятия на учет

мес. год

5. Диагноз при взятии на учет _____

Код диагноза

6. Диагноз при снятии с учета _____

Код диагноза

7. Число госпитализаций

8. Причина снятия с учета:
   - Выздоровление или стойкое улучшение - 1
   - Выезд в другой район - 2
   - Передача под наблюдение в другое учреждение МЗ СССР - 3
   - Направлен в учреждение Министерства социального обеспечения - 4
   - Отсутствие сведений в течение года - 5
   - В связи со снятием диагноза псих. заболевания - 6
   - Смерть - 7
9. Для умерших - причина смерти:
   - Самоубийство - 1
   - Несчастный случай - 2
   - Соматическое заболевание, включая инфекционное - 3
   - Умер непосредственно от психического заболевания - 4
   - Неуточненные причины смерти - 5

Год и месяц снятия с учета

Подпись заведующего отделением

Для типографии!
при изготовлении документа
Формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения (для кабинета инфекционных заболеваний)

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 030-3/у

План диспансерного наблюдения

Месяц наблюдения	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Клинические осмотры												
Бактериологические анализы												
Исследование на гельминты и кишечные простейшие												
Капрологические исследования												

Проведено наблюдений

Дата	Мероприятия	Дата	Мероприятия

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

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

2. Диспансер N ☐ 2.

Фамилия, имя, отчество _____
Адрес _____
Место работы _____

Памятка

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

Кодирование признаков проводить с момента составления карт.

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

3. Область _____ ☐☐ 3

4. Район _____ ☐☐☐ 4

5. Житель: города - 1; селе - 2 ☐ 5

6. Национальность _____ ☐☐ 6

7. Пол: М - 1; Ж - 2 ☐ 7

8. Дата рождения _____ ☐☐ 8
число, месяц, год

9. Профессия _____ ☐☐ 9

10. _____ ☐☐ 10
длительность обследования в месяцах

11. Дата установления диагноза ☐☐☐☐ 11
_____
число, месяц, год месяц год

12. _____ ☐☐☐☐ 12
дата взятия на учет
месяц год

13. Выявлен: ☐ 13
в женском смотровом кабинете - 1
при других видах профосмотров - 2
при других обстоятельствах - 0

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

НИИ онкологии - 1
онкодиспансер - 2
Др. леч. учреждения с онкологическими койками:
обл. больница - 3
гор. больница - 4
рай. больница - 5
леч. учреждения без

онкологических коек:
обл. больница - 6
гор. больница - 7
рай. больница - 8
уч. больница - 9

15. _____ 15
(учреждение, где установлен диагноз)
16. _____
(учреждение, где обследовался до установления диагноза) 16
17. Учреждение, где лечился или обследовался по поводу данного заболевания в отчетном году
_____ 17

18. Диагноз _____ 1 _____ 18

19. Стадия: _____ 19

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 030-6/у

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

21. _____ 21
(гистологическая структура опухоли)

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

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

24. Сведения о лечении: Год 24
нет сведений - 0 _____
отказался - 1 _____
имеет противопоказания - 2 _____
не подлежит спец. лечению - 3 _____
лечился амбулаторно - 4 _____
лечился стационарно - 5 _____

25. Вид лечения _____ _____ 25
_____ _____
_____ _____

26. Повторное лечение в отчетном году: _____ 26
_____ _____
_____ _____

27. Операция _____ _____ 27
_____ _____
_____ _____

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

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

мес. год

_____ ☐☐☐☐

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

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

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

☐

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

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

Диспансер N ☐☐ 2.

Фамилия, имя, отчество _____
Адрес _____
_____

3. Область _____ ☐☐☐ 3

4. Район _____ ☐☐☐☐ 4

5. Житель: города - 1; села - 2 _____ ☐ 5

6. Национальность _____ ☐☐☐ 6

7. Пол: М - 1; Ж - 2 _____ ☐ 7

8. Дата рождения _____ ☐☐ 8
(число, месяц, год)

год

9. Профессия _____ ☐☐ 9

10. Длительность обследования _____ ☐☐ 10

11. Дата установления диагноза _____ ☐☐☐☐ 11

мес. год

12. Дата взятия на учет _____ ☐☐☐☐ 12

мес. год

13. Условия выявления заболевания _____ ☐ 13

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

15. Учреждение, где установлен диагноз _____ ☐ 15
(НИИ онкологии - 1; онкодиспансер - 2;

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

16. Учреждение, где обслед. до установл. диагноза _____ [ ] 16

17. Учреждение, где лечился или обследовался _____ [ ] 17
по поводу данного заболевания в отчетном
году

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 030-5/у

18. Диагноз _____ [ ][ ][ ] 18

19. Стадия _____ [ ] 19

20. Метод подтверждения диагноза _____ [ ] 20

21. Гистологическая структура опухоли _____ [ ][ ] 21

22. Состоял на учете ранее или вновь учтен _____ [ ] 22

23. Клиническая группа при взятии на учет _____ [ ] 23

24. Сведения о лечении _____ [ ][ ] 24

25. Вид лечения _____ [ ][ ] 25

26. Повторное лечение в этом году _____ [ ][ ] 26

27. Операция _____ [ ][ ][ ] 27

28. Сведения о больном на конец года _____ [ ] 28

29. Дата смерти или выбытия _____ [ ][ ][ ][ ] 29

30. Перевод из III во II клин. группу _____ [ ] 30

31. Клиническая группа на конец года _____ [ ] 31

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 030-4/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения контингентов
противотуберкулезных учреждений

БК+	КАВ+	ИОВ.	ИСА

1. Код контрольной карты ☐☐☐☐☐☐

2. Код тубучреждения _____ _____ ☐☐

3. Учетная Форма N _____ отослана _____
дата

4. Учетная Форма N _____ отослана _____
дата

5. Фамилия, имя, отчество _____

6. Пол: Муж., Жен. 7. Дата рождения _____
число, месяц, год

8. Домашний адрес _____
_____
Код района ☐☐ 9. Город - 1; село - 2 _____ ☐

10. Место работы (учебы) _____
_____ 11. Должность _____

Посещения к врачам и врачей на дому (даты)

19__	назначено											
	явился											
19__	назначено											
	явился											
19__	назначено											
	явился											
19__	назначено											
	явился											
19__	назначено											
	явился											

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

стр. 2 N 030-4/у

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

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

_____
_____ по поводу _____
14. Диагноз, группа учета и их изменения

Дата (число, месяц, год)	Клиническая форма туберкулеза и ее шифр	Фаза	Группа учета, учтен ли как бациллоноситель (БК +, БК -)

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

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

2. При установлении активного туберкулеза; рецидива (подчеркнуть)

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

3. При взятии на учет в данном учреждении

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

4.

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

☐☐ ☐☐ 19 ☐☐ 01 ☐☐

Осложнения туберкулеза, даты: _____

15. Сопутствующие заболевания, даты: _____

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

Работа в очаге: год (число, месяц)	19☐☐	19☐☐	19☐☐	19☐☐	19☐☐
17. Профилактические посещения					
врача					
сестры					
18. Заключительные дезинфекции					

19. Лечебно-профилактические мероприятия и временная нетрудоспособность по туберкулезу

Этапы и место проведения (амбулаторно, больница, санаторий, другое санаторное учреждение	Даты (число, месяц, год) с __ по __	Продол жит. химио-т ерапии (химио-профил.) в днях	Курс противор ецидивн. лечения (химио-п рофил.) закончен. Да, нет	Число дней временной нетрудоспос обности по туберкулезу	Этапы и место проведения (амбулаторно , больница, санаторий, другое санаторное учреждение	Даты (число, месяц, год) с __ по___	Продол жит. химио-т ерапии (химио-профил.) в днях	Курс противор ецидивн. лечения (химио-п рофил.) закончен. Да, нет	Число дней временной нетрудоспос обности по туберкулезу

20. Хирургическое лечение по поводу туберкулеза (дата, название операции)
_____
_____
_____
21. Рентгенологические исследования

Дата (число, месяц, год)	Методика	Результат	Дата (число, месяц, год)	Методика	Результат

22. Исследование на БК

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

23. Туберкулиновые пробы

Дата (число,	Проба и доза	Результат (размер	Дата (число,	Проба и доза	Результат (размер

месяц, год)	туберкулина	папулы в мм)	месяц, год)	туберкулина	папулы в мм)

24. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ

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

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

25. На начало года заполнения карты или взятия на учет ☐ 19 ☐☐
код год

26. При их изменении ☐ 19 ☐☐ ☐ 19 ☐☐ ☐ 19 ☐☐
код год код год код год

27. Дата снятия с учета (для умершего от туберкулеза или его отдаленных последствий
_____ дата смерти) ☐☐ ☐☐ 19 ☐☐
число месяц год

28. Причина снятия с учета (подчеркнуть):
истечение срока контроля;
переведен в другое учреждение;
диагноз туберкулеза не подтвердился;
умер в туб. стационаре;
умер в стационаре другого профиля;
умер на дому;
отсутствие сведений о больном активным туберкулезом в течение года;
другая причина (вписать какая) _____
_____

29. Причина смерти (подчеркнуть):
туберкулез;
последствия туберкулеза;
травма;
другое заболевание (вписать какое) _____

_____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

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

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

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

и т.д. до конца страницы

Примечание. Учетная форма может быть использована и для списка неявившихся для систематического лечения путем замены слова "направляемых" на "неявившихся" и в этих случаях слова "районный военный комиссар" заменяется словами "главный врач".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 054/у

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Место жительства (подробный адрес)	Место работы	Название болезни	Сроки явки	
					назнач. явиться (м-ц, число)	явился (м-ц, число)

1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

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

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЛЕЧЕБНАЯ КАРТА ПРИЗЫВНИКА N_____

1. фамилия, имя, отчество _____ Л
_____ 2. Дата рождения _____ И
3. Местожительство призывника _____ Н
_____ Я
_____
_____ О
4. Место работы _____ Т
5. Занимаемая должность _____ Р
6. Название болезни (заключение медицинской комиссии при Е
приписке _____ З
_____ А
_____
7. Срок явки Назначено явиться _____ месяц 19__ г.
Послано напоминание о явке _____
_____ месяц 19__ г.
Явился _____ месяц 19__ г.
8. Находился под наблюдением врача _____
дата

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ОТРЕЗНОЙ ТАЛОН
Лечебной карты призывника N _____
(по снятии призывника с лечения заполняется

и направляется через райздравотдел в райвоенкомат)

Л 1. Фамилия, имя, отчество _____
И _____ 2. Дата рождения _____
Н 3. Местожительство призывника _____
Я _____
_____
О _____
Т 4. Место работы _____
Р 5. Занимаемая должность _____
Е 6. Название болезни (заключение медицинской комиссии при приписке _____
З _____
А _____
_____
7. Срок явки — Назначено явиться _____ месяц 19__ г.
Послано напоминание о явке _____
_____ месяц 19__ г.
Явился _____ месяц 19__ г.
8. Находился под наблюдением врача _____
дата

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

9. Диагноз болезни (установлен в лечебном учреждении) _____
_____
_____
10. Данные объективного обследования _____
_____
_____
11. Данные рентгенодиагностики _____
_____
_____ Л
12. Данные лабораторного исследования _____ И
_____ Н
_____ И
13. Данные других исследований _____ Я
_____
_____
14. Какое проведено лечение _____
_____ О
_____ Т
15. Результат лечения _____ Р
16. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной Е
службе при снятии с учета лечебного учреждения З
_____ А
_____
_____
17. Снят с учета лечучреждения _____

Печать лечучреждения "__" _____ 19__ г.

Лечащий врач _____
подпись
Главный врач _____
подпись

Оборотная сторона ф. N 053/у

Прохождение лечения

9. Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные первичного осмотра

_____
_____
_____
10. Данные рентгенодиагностики и лабораторного исследования _____
_____
_____
11. Диагноз (по русски) _____
_____
12. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебного учреждения
_____
_____
_____

Лечащий врач _____
подпись
Главный врач _____
подпись

Данные медицинского наблюдения

Дата посещ.	Текущие наблюдения	Назначения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

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

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____
2. Возраст _____
3. Дом. адрес, телефон _____
4. Занятие и адрес места работы, N телефона _____
_____
5. Дата укуса, оцарапания, ослюнения (подчеркнуть и вписать) _____
_____
6. В какое лечебное учреждение обращался по поводу укуса и когда _____

7. Описание повреждения и локализация его _____

8. Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившем животном _____

9. Обстоятельства укуса, оцарапания, ослюнения _____

10. Бешенство животного установлено ветврачом клинически, лабораторно (подчеркнуть или вписать) _____

11. Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно (подчеркнуть или вписать) _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

стр. 2 ф. N 045/у

12. Анамнез обратившегося:
а) заболевание нервной системы _____

б) употребляет ли спиртные напитки, как часто _____

в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько _____

г) прочие сведения _____

13. Назначение прививки _____

14. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) _____

15. Введение антирабического гаммаглобулина: дата, серия _____

16. Реакция на внутрикожную пробу: покраснение _____
отек _____
Десенсибилизация: однократная, двукратная.
Суточная доза _____
Повторные введения:
дата _____ доза _____ серия _____
дата _____ доза _____ серия _____

стр. 3 ф. N 045/у

17. Осложнения во время проведения прививок _____

18. Курс прививок полностью закончен, отменен, так как животное оказалось здоровым, прерван самовольно и пр. (подчеркнуть или вписать) _____

19. Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок _____

20. Примечание _____

Подпись врача _____

С правилами поведения во время прививок ознакомлен _____

ИНСТРУКЦИЯ

к заполнению карты обратившегося
за антирабической помощью

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

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

стр. 4 ф. N 045/у

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

КАРТА
подлежащего периодическому медосмотру

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО N _____
или код

Фамилия, имя, отчество _____
_____
Пол - М Ж
Дата рождения _____
число, месяц, год
Адрес _____
Место работы _____

_____ цех _____
Детальная профессия _____
Подлежит медосмотру _____ раз в году _____
Специалистами _____
_____
_____
Специальные методы обследования _____
_____
_____
Основание для периодического медосмотра _____
_____
_____
_____
(указать название профвредности: работа в пищевом, коммунальном, детском лечпрофучреждении)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 046/у

Результаты периодических медицинских осмотров

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 047/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
профилактически осмотренного
с целью выявления _____
вписать заболевание

1. Специальность врача, проводившего осмотр _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
_____
3. Пол: муж., жен. 4. Дата рождения _____
число, месяц, год
5. Адрес _____
_____
6. Место работы _____
_____
7. Профессия, должность _____
_____
8. Проведенные исследования _____
_____
_____
9. Диагноз _____
_____
_____
_____
10. Наименование учреждения (специалиста), куда направлен для дообследования или лечения _____
_____
_____

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 048/у
Утверждена Минздравом СССР
10.06.83 N 710

СПИСОК ЛИЦ,
ПОДЛЕЖАЩИХ ЦЕЛЕВОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОСМОТРУ НА ВЫЯВЛЕНИЕ
_____
(название заболевания)

Дата осмотра _____
(число, месяц, год)
Фамилия врача, проводившего _____
(наименование предприятия (цеха), учреждения, школы и т.д.)
осмотр _____ лист N _____

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Адрес	Осматривается первично, повторно (вписать)	Диагноз	Состоит ли на учете диспансера: да, нет (вписать)	При выявлении заболевания в какое лечебное учреждение направлен на лечение и дата

1	2	3	4	5	6	7	8	9

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.06.1983 N 710)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
учета профилактических осмотров полости рта

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Форма N 049/у

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 052/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
профилактических флюорографических обследований заведена _____
число, месяц, год

Длительно не обследовался флюорографически (рентгенологически) _____ лет.

Фамилия, имя, отчество _____ Пол: М - 1; Ж - 2
Год рождения _____
Профессия _____
Адрес (домашний) _____
_____
_____
Место работы _____
_____
_____
_____

Наличие отягощающих хронических заболеваний (вписать)
_____
_____ (1)
Обязательный контингент (2)
Другое организованное население:
Работающие (3)
В т.ч. работники мелких предпр. (4)
Учащиеся (5)
Неорганизованное население (подчеркнуть) (6)

Дата флюорографии	Дата флюорограммы	Результаты оценки флюорограммы								Заключение по флюорограмме
		I чтение				II чтение				
		вид патологии	локализация	подпись врача	контр. дообследования	вид патологии	локализация	подпись врача	контр. дообследования	
1	2	3,1	3,2	3,3	3,4	4,1	4,2	4,3	4,4	5

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 052/у

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

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

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 063/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

КАРТА
профилактических прививок

Взят на учет _____ для организованных детей наименование детского учреждения _____
(дата)
_____

1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. Дата рождения _____
3. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица _____
дом _____ корпус _____ кв. _____
Отметка о перемене адреса _____

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку (местная)	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат							
		Вакцинация						
		Ревакцинация						

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

Прививки против полиомиелита

Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка <*>

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

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

Реакция Шика <**>

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

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

Прививки против паротита

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

Прививки против кори

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

Прививки против других инфекций _____

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

Дата снятия с учета _____ Подпись _____

Причина _____

Карта заполняется в детском лечебно-профилактическом учреждении (ФАП) при взятии ребенка на учет. В случае выезда ребенка из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в учреждении.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
учета профилактических прививок
за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Домашний адрес	Название места работы или учебного заведения	Название препарата (вакцина, анатоксин и пр.)	Вакцинация или ревакцинация	Метод прививок (подкожно, накожно, интреназально и пр.)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

ф. N 064/у

Прививки									Реакция: местная, общая; после какой прививки	Примечание
I-я			II-я			III-я				
дата	доза	серия	дата	доза	серия	дата	доза	серия		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

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

N поликлиники, яслей, сада, школы и др. учреждений, заполнивших карту _____
_____
1. Фамилия, имя ребенка _____
_____ 2. Дата рождения _____
3. Название учреждения, проводившего прививку _____
_____
4. Вакцинация, ревакцинация (подчеркнуть)
а) дата _____ б) метод введения _____
в) название института, изготовившего вакцину, контрольный номер _____
_____
г) серия вакцины _____
д) срок годности вакцины до _____
5. Ревакцинация I, II, III (подчеркнуть) _____
6. Дата обследования и срок после прививки _____
7. Изменение на месте прививки в момент осмотра
а) язва (наибольший размер диаметра)
б) холодный абсцесс (наибольший размер диаметра) без свища, со свищом (подчеркнуть)
в) лимфаденит регионарных лимфоузлов, величина в мм, со свищом, без свища (подчеркнуть)

г) рубчик (величина наибольшего диаметра в мм)
д) отсутствие изменений
е) келлоидный рубец (величина в мм)
ж) пигментированные пятна (наибольший размер в мм)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 055/у

8. Туберкулиновые пробы (пирке, манту 5, 2ТЕ) их динамика до прививки и в момент обследования _____
_____
_____
_____
_____
9. Наличие контакта _____
10. Сопутствующие заболевания _____
_____
экссудативный диатез, идиосинкразия и др.
11. Данные клинического обследования _____
_____
12. Данные рентгенологического обследования (описание рентгенограммы или крупнокадровой флюорограммы) _____
_____
13. Диагноз (название осложнения)_____
_____
14. Причина осложнения: техника введения, неправильный отбор, повышенная реактогенность вакцины БЦЖ, просроченный срок вакцины (подчеркнуть) _____
_____
_____
15. Принятые меры (в том числе методы лечения) _____
_____
_____
16. Дата заполнения карты _____

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

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ВРАЧЕБНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
физкультурника и спортсмена

Дата заполнения _____
год, месяц, число,

Организация (ДЮСШ, спортколлектив) _____ Вид спорта _____
N поликлиники по месту жительства _____

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения _____3. Пол _____
4. Домашний адрес _____
_____ Телефон _____
5. Место работы _____
6. Профессия, должность _____
7. Образование _____8. Жилищные условия _____
9. Пищевой режим _____
10. Перенесенные: а) болезни _____
б) травмы _____
в) операции _____
11. Употребление алкоголя: случайное, мало, много, часто, не употребляет (подчеркнуть)
Курение с каких лет _____ по _____ штук в день, не курит (подчеркнуть)
12. Каким видом спорта преимущественно занимается _____
_____ 13. Сколько времени _____
14. Какими другими видами спорта занимался _____
_____
15. По каким видам спорта участвовал в соревнованиях _____
_____
16. Разряд _____
дата получения каждого разряда,
_____
по какому виду спорта

продолжение

17. Антропометрические данные

		1-е обследование		2-е обследование		3-е обследование		4-е обследование	
		дата осмотра		дата осмотра		дата осмотра		дата осмотра	
		возраст	оценка <*>	возраст	оценка <*>	возраст	оценка <*>	возраст	оценка <*>
Вес									
Рост стоя									
Окружность грудной клетки	вдох								
	выдох								
	пауза								
	размах								
Спирометрия									
Динамометрия	пр. кисть								
	лев. кисть								
	становая								

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

18. Данные наружного осмотра

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Стр. 2 ф. N 061/у

19. Данные ближайшего

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

20. Данные обследования

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

других специалистов (вписать)		

Стр. 3 ф. N 061/у

спортивного анамнеза

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

внутренних органов

Стр. 4 ф. N 061/у

21. Функциональная проба

Число, месяц, год исследования					
До загрузки	Дыхание				
	Пульс				
	Характер пульса				
	Кровяное давление				
После нагрузки	Пульс 10				
	Пульс 20				
	Пульс 30				
	Пульс 40				

		50															
		60															
		Давление															
		Дыхание															
Характер пульса																	
Аускультация		лежа															
		стоя															

22. Заключение

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

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ВРАЧЕБНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения спортсмена

_____
Врачебно-физкультурный диспансер

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

Фамилия тренера _____
Врач _____
Дата заполнения _____

Заполняется на спортсменов, взятых под диспансерное наблюдение.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____
Дата рождения _____ Пол _____
Домашний адрес _____
_____ Телефон _____
N поликлиники по месту жительства _____
Образование _____ Профессия _____
Место работы _____
Продолжительность рабочего дня _____
Семейное положение _____
Жилищные условия: _____
_____
_____
Режим питания: регулярное, нерегулярное _____
_____ раз в день.
Употребление алкоголя: много, мало, привычно, случайно (подчеркнуть), курение: да, нет, с какого возраста _____
количество папирос в день _____
2. Перенесенные заболевания, операции, травмы _____
_____
_____
_____
_____
Заболевания в семье _____
_____

3. Изменения общих сведений _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 2 ф. N 062/у

II. ОБЩИЕ ДАННЫЕ СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗА

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

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

3. Динамика спортивной квалификации

Дата					
Разряд					
Вид спорта					

4. Динамика спортивных результатов _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 3 ф. N 062/у

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

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

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

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

_____
_____
9. Самоконтроль в процессе тренировки _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 4 ф. N 062/у

III. ДАННЫЕ БЛИЖАЙШЕГО

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

Стр. 5 ф. N 062/у

СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗА

Стр. 6 ф. N 062/у

Антропометрические

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

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

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

данные

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

и т.д. до конца, согласно стр. 6.

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

Дата

Жалобы	
	Наружный
Кожа	
Видимые слизистые	
Лимфатическая система	
Жироотложение	
Мускулатура	
Опорно-двигательный аппарат	

			Данные обследования
Органы дыхания	верхние дыхательные пути		
	перкуссия и аускультация легких		
Органы кровообращения	сердечный толчок		
	граница сердца	правая	
		левая	
	аускультация	стоя	
		лежа	
	сосуды		
Органы пищеварения	язык		
	печень		
	Другие органы пищеварения		
Мочеполовая система			
Эндокринная система			

осмотр

внутренних органов

Дата		
ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ:	Травматолог	
	Невропатолог	
	Офтальмолог	
	Отоларинголог	
	Стоматолог	
	Гинеколог	
	Других специалистов	

Стр. 11 ф. 062/у

и т.д. до конца, согласно стр. 10.

Стр. 12 ф. 062/у

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОСКОПИИ (ФЛЮОРОГРАФИИ),

_____
_____
_____
_____
_____

и т.д. до конца страницы.

Стр. 13 ф. 062/у

ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

_____
_____
_____
_____
_____

и т.д. до конца, согласно стр. 12.

Стр. 14, 16 ф. 062/у

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ

До нагрузки: Пульс Кровяное давление Дыхание

Дата _____		20 приседаний			15-секундный бег				3-минутный бег				
		Оценка ___			Оценка _____				Оценка _____				
		1'	2'	3'	1'	2'	3'	4'	1'	2'	3'	4'	5'
После нагрузки: Характер пульса	10												
	20												

	30												
	40												
	50												
	60												
Кровяное давление													
Дыхание													
Аускультация													

Другие тесты определения работоспособности _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 15, 17 ф. 062/у

ОБСЛЕДОВАНИЕ

_____
Дата последней тренировки и общая оценка ее нагрузки
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Оценка адаптации организма к физическим нагрузкам
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Стр. 18, 19 ф. 062/у

Данные ЭКГ и других функциональных исследований

_____
_____
_____
_____
и т.д. до конца страницы

Стр. 20 ф. 062/у

Заключение по диспан

Дата	
Оценка физического развития	
Оценка состояния здоровья (функционального состояния и работоспособности)	
Диагноз основной	
Диагноз сопутствующий	
Допуск к тренировкам	
Общие указания по режиму тренировок	
Допуск к соревнованиям	
Рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия	

Дата повторного обследования	
Подпись врача	

Стр. 21 ф. 062/у

серному обследованию

и т.д. до конца страницы

Стр. 22 ф. 062/у

Дата	Текущие и дополнительные наблюдения,

и т.д. до конца страницы.

Стр. 23 ф. 062/у

врачебно-педагогические наблюдения, назначения	Подпись врача

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

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

за _____ м-ц 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

N п/п	Дата и час регистрации	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Пол	Домашний адрес	К какой организации или физкультурному коллективу принадлежит пострадавший	Повреждение произошло во время тренировки, занятия, соревнования (вписать)	Вид спорта, упражнения, при котором произошла травма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Ф. N 067/у

Стаж (лет, месяцев)	Спортивный	Диагноз заболевания,	Причина, вызвавша	Данная травма	Оказанная	Фамилия и должность	Примеча

в этом виде спорта	разряд или квалификация	травмы (локализация и характер повреждения	я повреждения	первичная или повторная (вписать)	медпомощь	оказавшего медпомощь	ние
10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
медицинского обслуживания физкультурных мероприятий
за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

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

и т.д. до конца страницы

Ф. N 068/у

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД
Код учрежд. по ОКПО

Минздрав СССР	
Наименование учреждения	Медицинская документация Форма N 025-4/у Утверждена МЗ СССР 10.06.83 N 710

ТАЛОН
на прием к врачу

1. Ф.И.О. больного _____
2. Адрес _____
   N медицинской карты амбулаторного больного _____
3. N очереди _____
4. Кабинет N _____
5. Явиться _____ числа _____
   в _____ час. _____ мин.
6. К врачу _____
(фамилия)

Нужное подчеркнуть

Место для кода

1. Ребенок (0 - 14 лет включительно)

Взрослый (от 15 лет и старше) ____

2. Проживает в районе обслуживания данного учреждения

Работает на прикрепленном предприятии
Принят: своим участковым врачом, своим цеховым врачом ____

3. Постоянно живет в городе, селе ____

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

_____
_____
(недостающее вписать)

Подпись врача

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.06.1983 N 710)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

КАРТОЧКА
предварительной записи на прием к врачу

на "__" _____ 19__ г.

Фамилия врача _____ кабинет _____

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

и т.д. до конца страницы

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

КНИГА
записи вызовов врачей на дом

за _____ 19__ г.

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

N п/п	Дата и час вызова	Фамилия, имя, отчество больного	Год рождения, возраст	Адрес	Участок N	По какому поводу сделан вызов	Вызов первичный, повторный, посещение активное	Дата выполнения вызова	Кем выполнен вызов	Подпись выполнившего вызов	Диагноз	Оказанная помощь, куда больной направлен (для неотложной помощи)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
записи амбулаторных операций

за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 069/у

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
записи родовспоможения на дому

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

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 032/у

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Постоянное место жительства	Дата родов (число, месяц, час, минута)	Кем оказана помощь в родах: врачом, акушеркой (вписать и указать фамилию)	Особенности течения родов, оказанное пособие	Роды в сроки или преждевременные	Сведения о новорожденном			Профилактика гонобленореи произведена (да, нет, чем)	Вакцинация против туберкулеза. Прививки. Дата, доза, серия препарата	Отметка о госпитализации в больницу (роддом), указать куда и дату	Отметка о посещениях в послеродовом периоде, состояние родильницы	Примечания. Дополнительные данные
							родился	пол	рост					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
наименование учреждения

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

ЖУРНАЛ
регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники

за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

Ф. N 059/у

N п/п	Дата	Фамилия, имя и отчество ребенка	Дата рождения	Адрес	Детское учреждение, которое посещает ребенок	Время обращения	Температура	Диагноз	Посещение первичное, повторное при данном заболевании (вписать)	Оказанная помощь (рекомендации)	Подпись врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

СПРАВКА
для получения путевки

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает больному права поступления в санаторий или на амбулаторно-курсовое лечение.
Действительна до _____
число, месяц, год
выдана гр. _____
фамилия, имя, отчество
в том, что он (она) страдает _____
указать диагноз
_____
_____
и что ему (ей) рекомендуется лечение:
курортное _____
указать рекомендуемые курорты
_____
а) в санатории _____
указать профиль

б) амбулаторно-курсовое (подчеркнуть)
В местном санатории (вне курорта) _____
указать профиль санатория
Время года (зимой, весной, летом, осенью) подчеркнуть.

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

Лечащий врач _____
М.П. Заведующий отделением _____

"__" _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код формы по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 072/у
Утверждена Минздравом СССР
16 мая 1983 г. N 580

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА
ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ
N _____
"__" _____ 19__ г.

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

Адрес лечебного учреждения, выдавшего карту:
область _____
район _____
город _____
улица _____

Фамилия, имя, отчество лечащего врача _____

1. Фамилия, И.О. больного _____
Пол жен. (подчеркнуть), год рождения _____
муж.
Адрес больного _____
2. Место работы _____
3. Занимаемая должность _____
4. Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное _____

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

6. Диагноз: а) основной _____

б) сопутствующие заболевания _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:
Курортное лечение _____
(указать курорт)
в санатории, амбулаторно-курортное (подчеркнуть)
(указать название санатория (курорта), сроки лечения, номер путевки (курсовки))

М.П.

Лечащий врач _____
Заведующий отделением _____

Данная карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печати.

Подлежит возврату в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту

Фамилия, имя, отчество _____
Находился в санатории _____
с _____ по _____
Диагноз при поступлении: _____
а) основной _____

_____
б) сопутствующий _____
_____
_____
Диагноз санатория:
а) основной _____
_____
б) сопутствующий _____
_____
_____
Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур, их переносимость)
_____
_____
_____
Эпикриз (включая данные обследования) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Результаты лечения: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение _____
(нужное подчеркнуть)
Рекомендации по дальнейшему лечению _____
_____
_____
_____
_____

Место печати

Подпись главного врача санатория _____
Подпись лечащего врача _____

Для типографии!
Формат А-5х2

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 16.05.1983 N 580)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 076/у
Утверждена Минздравом СССР
16 мая 1983 г. N 580

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА ДЛЯ ДЕТЕЙ
N _____
"__" _____ 19__ г.

Точный адрес и телефон лечебно-профилактического учреждения, где лечится ребенок _____
Фамилия, имя (полностью) _____
Дата рождения _____
(число, месяц, год)
школа N _____
ясли-сад N _____
класс _____
Домашний адрес и телефон _____

_____
Место работы родителей и телефон _____
_____
1. Анамнез: вес при рождении, особенности развития, перенесенные заболевания (в каком возрасте) _____
_____
_____
_____
2. Наследственность _____
3. Профилактические прививки (указать даты) _____
_____
4. Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в т.ч. противорецидивное), указать, пользовался ли санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и когда _____
_____
_____
_____
_____
_____
5. Жалобы в настоящее время _____
_____
6. Данные объективного осмотра _____
_____
_____
_____
7. Данные лабораторного, рентгенологического и др. исследований (даты) ____
_____
_____
_____
_____
_____
Диагноз основной _____
_____
Сопутствующие заболевания _____
_____

Место
печати

Подпись лечащего врача _____
Подпись зав. отделением _____

Заключение санаторно-отборочной комиссии

Диагноз основной _____ л
_____ и
Сопутствующие заболевания _____ н
_____ и
_____ я
Рекомендуемое санаторно-курортное лечение _____
(указать о
_____ т
название курорта, санатория, сроки лечения, номер путевки) р
_____ ы
_____ в
_____ а

Председатель _____
Члены комиссии _____

Дата _____
(число, месяц, год)

_____

Данная карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печати. Срок действия карты 1 месяц.

Подлежит возврату в районную поликлинику
по месту жительства ребенка

Фамилия, имя ребенка _____
_____
Находился в санатории _____
_____
с _____ по _____
Диагноз санатория: _____
_____
Сопутствующие заболевания _____
_____
Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур) _____
_____
_____
Эпикриз (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе и др.) _____
_____
_____
_____
_____
Результаты лечения: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение (нужное подчеркнуть) _____
Рекомендации по дальнейшему лечению _____
_____
_____
_____
Контакты с больными инфекционными заболеваниями _____
_____
_____
Перенесенные интеркуррентные заболевания и обострение основного и сопутствующих заболеваний _____
_____
_____
_____

Подпись лечащего врача _____
Подпись главного врача _____

Дата _____

Для типографии!
Формат А-5х2

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 16.05.1983 N 580)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ПУТЕВКА N _____

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

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

Путевка бесплатная, продажа или передача воспрещается.

Фамилия ребенка _____
Имя (полностью) _____
Дата рождения _____
(число, месяц, год)
Домашний адрес _____
_____
_____
Телефон _____
Адрес учреждения, выдавшего путевку _____
_____
_____

Печать учреждения,
выдавшего путевку

Подпись лица, выдавшего путевку
(должность и фамилия) _____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

В санаторий принимаются дети в возрасте
от _____ до _____ включительно

ПОКАЗАНИЯ (в соответствии с медицинским профилем)

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

ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

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

Дети, не показанные для данного санатория по возрасту и заболеванию в санаторий не принимаются.

стр. 3 ф. N 077/у

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

Примечание: 1. В санатории для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство обязательно.
2. Досрочный приезд детей в санаторий и отъезд их из санатория запрещается.

стр. 4 ф. N 077/у

Адрес санатория _____
_____
_____
_____
Пути сообщения _____
_____
_____
_____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

НАПРАВЛЕНИЕ
в санаторий для больных туберкулезом

Гражданин(ка) _____
(фамилия, имя, отчество больного)
направляется _____
(название учреждения, направляющего больного)
_____
_____
на лечение в санаторий _____
(наименование санатория)
_____
на прикрепленное к диспансеру (диспансерному отделению) место N _____
_____
Срок прибытия в санаторий _____
Адрес санатория _____
_____
Адрес направляющего диспансера (отделения, больницы) _____
_____
_____
_____
Медицинская документация выдана гражданину(ке) _____

_____ на руки (направлена почтой) - подчеркнуть

Место
для
печати

Дата заполнения документа
"__" _____ 19__ г.

Главный врач диспансера (отделения, больницы) _____
подпись

Лечащий врач _____
подпись

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____ возраст _____
2. Домашний адрес _____
_____ телефон _____
3. N школы _____ класс _____ район _____
N поликлиники _____
4. Состояние здоровья (если состоит под диспансерным наблюдением, указать диагноз) _____
_____
_____
5. Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка, болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) _____
_____
_____
6. Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней _____
_____
7. Физическое развитие _____
8. Физкультурная группа _____
9. Рекомендуемый режим _____

"__" _____ дата выдачи справки

Подпись врача школы
или детской поликлиники _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 079/у

Заполняется врачом пионерского лагеря

Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в пионерском лагере _____
_____
_____
_____
Контакт с инфекционными больными _____
_____

Эффективность оздоровления в пионерском лагере:

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

Дата _____

Подпись врача
пионерского лагеря _____

Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ N _____
на ребенка (подростка)-инвалида с детства
в возрасте до 16 лет

(направляется в орган социального обеспечения
по месту жительства родителей или опекуна)

от "__" _____ 19__ г.

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____
_____
2. Дата рождения _____
(год, месяц, число)
3. Фамилия, имя, отчество матери, отца, опекуна (нужное подчеркнуть) _____
_____
_____
_____
4. Место жительства родителей (опекуна) _____
_____
5. Заболевание (патологическое состояние) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа

формат А5

Оборотная сторона ф. N 080/у

6. Заключение. Имеющееся заболевание и патологическое состояние соответствует разделу _____ пункту _____ подпункту _____ "Перечня медицинских показаний, дающих право на получение пособия на детей-инвалидов с детства в возрасте 16 лет", утвержденного Минздравом СССР

от "__" _____ 19__ г.

N _____

Заключение действительно до "__" _____ 19__ г.
Дата переосвидетельствования "__" _____ 19__ г.

М.П. Главный врач _____
Ф., И., О.
(Зам. гл. врача по
медицинской части) _____
(подпись)
Лечащий врач _____
Ф., И., О.
_____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

Корешок медицинского заключения N _____
на ребенка (подростка)-инвалида с детства
в возрасте до 16 лет

от "__" _____ 19__ г.

1. Ф., И., О. матери _____
2. Дата рождения _____
3. Ф., И., О. матери, отца, опекуна (нужное подчеркнуть)
_____
4. Место жительства родителей (опекуна) _____
_____
5. Заболевание (патологическое состояние) _____
_____
_____
соответствует разделу _____ пункту _____
подпункту _____ "Перечня медицинских показаний"

Действительно до "__" _____ 19__ г.
Дата переосвидетельствования "__" _____ 19__ г.

Главный врач _____
Ф., И., О.
(Зам. гл. врача по
медицинской части) _____ (подпись)

Лечащий врач _____

Ф., И., О.
_____ (подпись)

Направлено в районный (городской)
отдел соцобеспечения _____
дата
_____
адрес
Почтовая квитанция N _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

Корешок к медицинской справке N _____

Фамилия, имя, отчество _____
_____
Возраст _____ лет.
Диагноз и медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к выезду за границу _____
_____
_____
Название страны _____
Срок командировки _____
Домашний адрес направляемого _____
_____
_____

Дата выдачи справки

"__" _____ 19__ г.

Председатель комиссии_____
Члены комиссии _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(для выезжающих за границу)

Дана тов. _____
фамилия, имя, отчество
_____ лет, в том, что он прошел медицинский осмотр в поликлинике _____
название и местонахождение учреждения
_____
При осмотре установлено _____
_____
_____
_____
По состоянию здоровья тов. _____
может быть направлен в заграничную командировку _____
_____
название страны
сроком на _____

"__" _____ 19__ г.

Председатель комиссии _____
М.П. Члены комиссии _____
_____
В скобках фамилию вписывать разборчиво

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(для представления в Госавтоинспекцию)

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

(ненужное зачеркнуть)

Срок годности справки _____

Место для фото-карточки, печать

Председатель комиссии _____
(подпись)

медицинской комиссии Секретарь _____
(подпись)

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 083-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.01.83 N 3

ЖУРНАЛ
медицинской комиссии по освидетельствованию
водителей и кандидатов в водители для определения
их годности к управлению автомототранспортом
и городским электротранспортом

Для типографии!
При изготовлении документа
формат А/4, 48 стр.

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рожения	На какой вид транспортного средства освидетельствуется	Кандидат в водители, стажированный водитель стажированный кандидат	Заполняется только для инвалидов			Заключение	Примечание
					группа инвалидности	номер пенсионного удостоверения	дата выдачи пенсионного удостоверения		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(введен Приказом Минздрава СССР от 04.01.1983 N 3)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие учебные заведения, техникумы, средние специальные учебные заведения, профессионально-технические, технические училища; на подростков, поступающих на работу

от "__" _____ 19__ г.

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 086/у

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:
терапевт _____
хирург _____
невропатолог _____
окулист _____
отоларинголог _____
другие специалисты _____
_____
9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования _____
_____
10. Данные лабораторных исследований _____
_____
_____
11. Предохранительные прививки (указать дату) _____
_____

12. Врачебное заключение о профессиональной пригодности _____
_____

Подпись лица, заполнившего справку _____

Подпись главного врача лечебно-
профилактического учреждения _____

Место печати

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

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о переводе беременной на другую работу

Фамилия, имя, отчество беременной _____
_____
Место работы и должность _____
_____
Беременность _____ недель _____
Основание для перевода _____
_____
_____
Рекомендуемая работа _____
_____
Фамилия, имя, отчество врача _____
_____ подпись _____
Дата выдачи _____
Перевод осуществлен _____
_____
_____
Должность руководителя _____
_____
_____

Подпись _____ Дата _____

Согласовано. Председатель ФЗМК (цехового комитета)

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Ф. N 116/у

N п/п	Месяц и число	Фамилия, имя и отчество	Дата рождения (год, месяц и число)	Адрес	Назначения	Данные обследования	Отметки о выполнении назначения (рекомендации)	Подпись медицинской сестры (акушерки)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 085/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА УЧАСТКОВОЙ МЕДСЕСТРЫ
противотуберкулезного диспансера, противотуберкулезного
диспансерного отделения (кабинета) больницы (поликлиники)

Начата "__" _____ 19__ г.

Фамилия, имя, отчество больного _____
Адрес больного _____ N семейного конверта _____
Отделение милиции _____ Фамилия, и., о. участковой медсестры _____
Диагноз больного _____ "__" _____ 19__ г. Диагноз больного _____ "__" _____ 19__ г.

Состав семьи туббольного и перечень лиц, проживающих с	Год рождения	Дата поступления на учет	Отношение к больному	Место работы (учебы)	Должность	Дата	Диагноз	ВК + -

ним на общей жилплощади								

и т.д. до конца страницы

Месячный доход семьи _____

Алкоголизм _____
Курение _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Семья занимает: отдельный дом, отдельную квартиру _____ комнат)
в квартире - комнату, часть комнаты, место в общежитии (подчеркнуть).
Квартира помещается на _____ этаже, сухая, сырая, светлая, темная, теплая, холодная (подчеркнуть).
_____
Площадь, занимаемая семьей, имеет _____ кв. метров
Комната больного имеет _____ кв. метров
В одной комнате с ним постоянно живет взрослых и детей (включая больного) _____, в т.ч. до 3-х лет включительно _____
от 4-х до 7 лет включительно _____
от 8 до 14 лет включительно _____
Отопление центральное, голландское (подчеркнуть).
Канализация есть, нет, освещение электрическое, керосиновое (подчеркнуть).
Число контактов по квартире _____, из них детей до 3-х лет включительно _____, от 8 до 14 лет включительно.

Гигиенические условия

Способ уничтожения мокроты _____
_____
_____
Предохранительные меры при кашле _____
_____
_____
Постель: отдельная, общая (подчеркнуть) _____

Стр. 2 ф. N 085/у

План оздоровления	Дата выполнения

и т.д. до конца страницы

Стр. 3-8 ф. N 085/у

ДНЕВНИК

_____
_____
_____
_____
и т.д.

Стр. 9 ф. N 085/у

Итоги работы в семье за год

_____
19__ г.
_____
19__ г.
_____
19__ г.
_____
19__ г.

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

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

Питание семьи

_____
_____
_____
_____
_____

Труд туббольного

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

Участковая медсестра _____

Стр. 10 ф. N 085/у

План оздоровления	Дата выполнения

и т.д. до конца страницы

Участковый врач _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 087/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КНИГА
записи работы старшего юрисконсульта,
юрисконсульта учреждений здравоохранения

за _____ м-ц 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

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

и т.д. до конца страницы

Ф. N 087/у

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

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН
для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____ Пол _____
2. Адрес _____
_____
3. Участок N _____ терапевтический, цеховой, педиатрический (подчеркнуть).
4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает (подчеркнуть). Проживает постоянно: в городе, селе (подчеркнуть). Проживает в районе обслуживания: да, нет (подчеркнуть).
5. Возраст _____
(для детей до 3-х лет - лет, мес., дней)

6. Диагноз заключительный (уточненный). Для травматологических больных - характер и локализация	Впервые в жизни установленный (отметить +)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 025-2/у

8. Заболевание выявлено при обращении за лечением, при профилактическом осмотре (подчеркнуть).
9. <*> Вид травмы и отравления:
а) связана с производством:
в промышленности - 1; в сельском хозяйстве - 2;
на строительстве - 3; дорожно-транспортная - 4; прочие - 5;
б) не связана с производством:
бытовая - 6; уличная (при пешеходном движении) - 7; дорожно-транспортная - 8; школьная - 9; спортивная - 10; прочие - 11.

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

"__" _____ 19__ г.

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

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

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ЗАБОЛЕВАНИЙ,
ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ

за _____ полугодие 19__ года

N п/п	Название болезней	N по международной классификации болезней IX пересмотра	Зарегистрировано заболеваний											
			_____ квартал				_____ квартал				_____ полугодие			
			у взрослых и подростков (15 лет и старше)		у детей (0 - 14 лет включительно)		у взрослых и подростков (15 лет и старше)		у детей (0 - 14 лет включительно)		у взрослых и подростков (15 лет и старше)		у детей (0 - 14 лет включительно)	
			всего	в т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом	всего	в т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом	всего	в т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом	всего	в т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом	всего	в т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом	всего	в т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом
1.	Бруцеллез	023												
2.	Трахома	076, 139.1												
3.	Отдаленные последствия острого полиомиелита	138												
4.	Доброкачественные опухоли женских половых органов	218 - 221												
5.	Доброкачественные опухоли прочих органов	210 - 217 222 - 229												

6.	Зоб простой	240												
7.	Тиреотоксикоз с зобом или без него	242												
8.	Диабет сахарный	250												
9.	Железодефицитные анемии	280												
10.	Церебральный спастический детский паралич	343												
11.	Эпилепсия	345												
12.	Болезни нервных корешков и сплетений	353												
13.	Глаукома	365												
14.	Отиты хронические	381.0 382.0; 4.9												
15.	Ревматизм в активной фазе без упоминания о вовлечении сердца	390												

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Продолжение ф. N 071/у

16.	Ревматизм в активной фазе с вовлечением сердца	392, 393 - 398												
17.	Хорея	392												
18.	Хронические ревматические болезни сердца	393 - 398												
19.	Эссенциальная гипертония, гипертоническая болезнь <*>	402, 404												
20.	Гипертоническая болезнь почек	403												
21.	Острый инфаркт миокарда: с гипертонической болезнью	410 (401 - 405)												
22.	Острый инфаркт миокарда: без упоминания о	410												

	гипертонической болезни													
23.	Грудная жаба: с гипертонической болезнью	413 (401 - 405)												
24.	Грудная жаба: без упоминания о гипертонической болезни	413												
25.	Другие формы ишемической болезни сердца: с гипертонической болезнью	411 (401 - 405) 412 (401 - 405) 414 (401 - 405)												
26.	без упоминания о гипертонической болезни	411.1 412.1 414.1												
27.	Цереброваскулярные болезни с гипертонией	430 - 438 (401 - 405)												

28.	Цереброваскулярные болезни без упоминания о гипертонической болезни	430 - 438												
29.	Эндартериит, тромбангиит облитерирующие	440.2 443.0 443.1												
30.	Флебит и тромбофлебит нижних конечностей	451												
31.	Гипотония	458												
32.	Хронический фарингит, назофарингит и синусит	472, 473												
33.	Хронические болезни миндалин и аденоидов	474												
34.	Пневмония (кроме пневмоний при инфекционных болезнях)	480 - 483 485 - 486												

35.	Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	490 - 492												
36.	Астма бронхиальная	493												
37.	Бронхоэктазия	494												
38.	Язва желудка и 12-ти перстной кишки	531 - 533												
39.	Гастрит хронический	535.1												

<*> В рубрике 401 - 404 не включаются все формы гипертонической болезни, комбинированные с ишемической болезнью сердца, учтенные в рубриках 410 - 414.

Продолжение ф. N 071/у

N п/п	Название болезней	Зарегистрировано заболеваний											
		N по международной классификации болезней IX пересмо	_____ квартал				_____ квартал				_____ полугодие			
			у взрослых и подростков (15 лет и старше)		у детей (0 - 14 лет включительно)		у взрослых и подростков (15 лет и старше)		у детей (0 - 14 лет включительно)		у взрослых и подростков (15 лет и старше)		у детей (0 - 14 лет включительно)	
			все го	в т.ч. с	всего	в т.ч. с	всего	в т.ч. с	всего	в т.ч. с	всего	в т.ч. с	всего	в т.ч. с

		тра		впервые в жизни установленным диагнозом		впервые в жизни установленным диагнозом		впервые в жизни установленным диагнозом		впервые в жизни установленным диагнозом		впервые в жизни установленным диагнозом		впервые в жизни установленным диагнозом
40.	Функциональные расстройства желудка	536.0, 8												
41.	Желчно-каменная болезнь	574												
42.	Холецистит без упоминания о камнях	575.1												
43.	Нефрит, нефрический синдром, нефроз	580 - 589												
44.	Сальпингит и оофорит хронические	614.0 - 614.2												
45.	Цервицит (кроме вызванного трихомонадной инфекцией) и эндоцервицит	616.0												

46.	Эрозия и эктропион шейки матки	622.0												
47.	Лейкоплакия шейки матки, влагалища, крауроз наружных женских половых органов	622.2 623.1, 624.0												
48.	Расстройство менструаций	626												
49.	Нарушения менопаузы и после менопаузы (климактерические расстройства)	627												
50.	Атонический дерматит и родственные состояния	691												
51.	Контактный дерматит и другие экземы	692												

52.	Ревматоидный артрит и другие воспалительные полиартриты	714												
53.	Врожденные аномалии сердца и системы кровообращения	745 - 747												
54.	Прочие заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению, не включенные в перечень													
55.	Кроме того: Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной неуточненной локализации	465												
56.	Грипп	487												

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

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

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ, ОТРАВЛЕНИЙ, ТРАВМ

за _____ полугодие 19__ года

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

N п/п	Характер несчастного случая, отравления, травмы	НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ, ОТРАВЛЕНИЯ И ТРАВМЫ																		
		у взрослых											у детей							
		связанные с производством					не связанные с производством					итого	бытовые	уличные	дорожно-транспорт.	школьные	спортивные	прочие	итого	всего
		в промышленности	в сельском хозяйстве	на строительстве	дорожно-транспортные	прочие	бытовые	уличные	дорожно-транспорт.	спортивные	прочие									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1.	Переломы черепа, лица, позвоночника, и костей																			

	туловища (800 - 809)																		
2.	Переломы костей верхней конечности (810 - 819)																		
3.	Переломы костей нижней конечности (820 - 829)																		
4.	Вывихи (без перелома костей) растяжения, деформации суставов и прилегающих мышц (830 - 848)																		
5.	Внутричерепные травмы (без перелома черепа) (850 - 854)																		
6.	Травмы внутренних органов брюшной полости и таза (860 - 869)																		

7.	Раны, повреждения кровеносных сосудов, поверхностные повреждения, последствия проникновения инородных тел (870 - 897, 900 - 904, 910 - 919, 930 - 939)																			
8.	Ушибы, размозжения (920 - 929)																			
9.	Ожоги (940 - 949)																			
10.	Травмы нервов и спинного мозга (950 - 957)																			
11.	Отравления лекарствами, медикаментами и биологическими веществами (960 - 979)																			

12.	Токсические действия веществ, использующихся главным образом не в мед. целях (980 - 989)																		
13.	Другие и неуточненные воздействия внешних причин (990 - 995)																		
	Итого (без отделения последствий травм, отравлений, токсических воздействий и других внешних причин (905 - 909)																		

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____

Медицинская документация

Форма N 039/у

Утверждена Минздравом СССР

наименование учреждения 10.06.83 N 710

ДНЕВНИК
работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации

_____
фамилия и специальность врача
за _____ 19__ г.

Участок: территориальный N _____
цеховой N _____

Числа месяца	Проработано часов		В часы приема в поликлинике и выделенные для профилактических осмотров принято и осмотрено					Из числа осмотренных профилактически принято в часы, специально выделенные для профилактических осмотров	Проработано часов в помощи на дому	Сделано посещений на дому			Из общего числа посещений на дому (гр. 18) сделано к детям в возрасте до 14 лет включительно		Проработано часов на прочих работах	Всего проработано часов за день (гр. 2 + 3 + 17 + 23)	Число часов работы в поликлинике и на дому, предусмотренных графиком работы учреждения
	по приему в поликлинике	специально выделенных для профилактических осмотров	всего	в том числе проживающих в районе обслуживания данного учреждения			из общего числа принятых и осмотренных (гр. 4)			всего	в том числе		по поводу заболеваний	профилактических и патронажных			
				городских жителей	сельских жителей	на участке данного врача (городских и	принято по поводу заболевания	осмотрено в порядке индивидуальных и массовых профилактических осмотров, обратившихся за справками по поводу прививок и			к жителям своего уча	из них активных					

						сельских жителей)	т.д.								(из гр. 4)			стка					
							городских жителей		сельских жителей		городских жителей		сельских жителей										
							взрослых и подростков	детей в возрасте до 14 лет включительно	взрослых и подростков	детей в возрасте до 14 лет включительно	взрослых и подростков	детей в возрасте до 14 лет включительно	взрослых и подростков	детей в возрасте до 14 лет включительно									
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
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								

Для типографии!

при изготовлении документа
формат А4

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.06.1983 N 710)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 039-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

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

за _____ 19__ г.

_____
фамилия и должность среднего медработника (врачебной специальности)

_____
наименование кабинета, номер участка

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

12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

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

оборотная сторона ф. N 039-1/у

1	2	3	4	5	6	7
23						

24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Итого за месяц						

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Примечание. Дневник ведется фельдшерами, акушерками, медицинскими сестрами врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, работающими на самостоятельном приеме (вместо врача), на фельдшерско-акушерских пунктах, в колхозных роддомах, врачебных и фельдшерских здравпунктах, в процедурных и прививочных кабинетах, в смотровых кабинетах: патронажными и участковыми сестрами, сестрами хирургических и других специальных кабинетов, работающими вместе с врачом, но самостоятельно выполняющими процедуры по назначению врача.

Дневник не заполняется средним медперсоналом лабораторий, рентгеновских, физиотерапевтических, лечебно-физкультурных и других вспомогательных отделений (кабинетов), где учету подлежит число отпущенных процедур (сделанных анализов, исследований и др.).

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 039-2/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ДНЕВНИК
учета работы врача-стоматолога

за _____ 19__ г.

Фамилия, и., о. врача _____

Числа месяца	Фактически отработано часов по графику	Число посещений					Из общего числа посещений первичных				Наложено пломб	
		всего	в том числе				городскими жителями		сельскими жителями		всего	в т.ч. по поводу пульпитов и периодонтитов
			городскими жителями		сельскими жителями		взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно	взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно		
			взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно	взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

продолжение

Проведено хирургических вмешательств	Санировано			Число лиц, закончивших курс лечения по поводу:	
	всего	городских жителей	сельских жителей		

удалено зубов всего	в том числе		сделано других операций		взрослых и подростков	детей до 14 лет включительно	взрослых и подростков	детей до 14 лет включительно	заболеваний пародонта	заболеваний слизистой оболочки полости рта
	осложненного кариеса	пародонтоз								
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

и т.д. до конца страницы

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 037/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЛИСТОК
ежедневного учета работы врача-стоматолога

_____
фамилия, имя, отчество

"__" _____ 19__ г.

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

и т.д. N п/п до 31

```
Фактически отработано (по графику)
      "__" час. "__" мин.                  Подпись врача _____________________
```

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

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

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

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

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

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

```
                                                Код формы по ОКУД _____________
                                                Код учреждения по ОКПО _______

Министерство здравоохранения                      Медицинская документация
           СССР                                         Форма N 039-3/у
                                                  Утверждена Минздравом СССР
_____________________________                        04.10.80 г. N 1030
   наименование учреждения

                          ДНЕВНИК
                учета работы врача стоматолога-ортодонта

                 за _____________________ месяц 19__ г.
```

Примечание. Дневник учета работы врача-ортодонта заполняется ежедневно каждым

врачом-ортодонтом и служит для получения суммарных данных за день работы. В графе "3" проставляется количество первичных посещений за рабочий день. Эта графа показывает количество лиц, осмотренных врачом за смену.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Ф. N 039-3/у

Фамилия, и., о. врача _____

Числа месяца	Фактически отработано часов по графику	Число посещений					Число лиц, осмотренных в плановом порядке					Число лиц, взятых под диспансер. наблюдение	
		всего	в том числе				всего	в том числе				всего	в т.ч. детей до 14 лет включительно
			городских жителей		сельских жителей			городских жителей		сельских жителей			
			взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно	взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно		взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно	взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

продолжение

Число лиц, нуждавшихся в ортодонтическом лечении	Объем выполненной работы					Число лиц, которым закончено ортодонтическое лечение						Число лиц, снятых с диспансерного учета
	внутриротовые несъемные аппараты	внутриротовые съемные аппараты	аппараты сочетанного	протезы		всего	в том числе					
							с анома	с анома	с сагитал	с трансвер	с вертика	

всего	в т.ч. детей до 14 лет включительно	механического действия	функционального действия	механического действия	функционального действия	действия	несъемные	съемные		лиями отдельных зубов	лиями зубных рядов	ьными аномалиями прикуса	зальными аномалиями прикуса	льными аномалиями прикуса	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 039-4/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА

_____
(фамилия, имя, отчество)

за _____ 19__ г.

Для типографии!

при изготовлении документа
формат А4

ф. N 039-4/у

Числа месяца	Фактически отработано часов	Принято больных				Объем выполненной								
		всего		из них сельских жителей		вкладки	полукоронки	искусственные коронки						
		по обращаемости	в планово-профилак. порядке	по обращаемости	в планово-профилак. порядке			металлические	в том числе литые	пластмассовые	фарфоровые	комбинированные	экваторные	колпачковые
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

продолжение

работы

штифтовые	мостовидные протезы			съемные протезы	
	всего	в том	из них:	пластиночные	бюгельные

зубы		числе цельнолитые	коронок		штифтовых зубов	литых зубов	фасеток	пластмассовых зубов	частичные		полные		паяные		цельнолитые	
			металлических	эстетических					ф	п	ф	п	ф	п	ф	п
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 039-4/у

Объем выполненной работы								Число лиц, закончивших лечение	Из них с нозологическими		
ортодонтические аппараты	избирательное пришлифовывание зубов	непосредственные протезы	временные шины	постоянные шины и шины-протезы	в том числе цельнолитые	сложно-челюстные аппараты	починки протезов		патология твердых тканей	патологическая стираемость	частичное отсутствие зубов
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

и т.д. до конца страницы

продолжение

формами				Из общего количества закончивших лечение							
полное отсутствие зубов	болезни пародонта	аномалии и деформации	сложно-челюстно-лицевая патология	находящиеся на диспансерном учете	в порядке планово-профилактической помощи	школьники	уч-ся ПТУ, техникумов, ВУЗов	допризывники	беременные	пенсионеры и инвалиды ВОВ	кол-во лиц, получивших протезы с применением драгоценных металлов
45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 037-1/у

_____ Утверждена Минздравом СССР
наименование учреждения 04.10.80 г. N 1030

ЛИСТОК
ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда
_____
(фамилия, имя, отчество)
"__" _____ 19__ г.

_____ час. _____ мин. фактически отработано (по графику)

N п/п	Часы приема	Фамилия, имя, отчество больного	Число полных лет	N медицинской карты стомат. больного, N наряда	Житель города (г) или села (с)	По обращаемости (о) или в планово-профилак. порядке (п)	Группа населения	Порядковый номер посещения	Диагноз	Комплекс проводимого лечения или его этап, включая смежные специальности	Вид обезболивания	Направлены (лаборатория, рентгенография, биометрия и др.)	Лечение продолжено, закончено, консультация
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1													
2													
3													
4													

и т.д. N п/п до 31

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 037-1/у

Примечание: Листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда является основным первичным документом, отражающим загруженность одного рабочего дня контингентом больных и объемом лечебно-профилактических мероприятий.

В графе 5 указывается кроме номера медицинской карты стоматологического больного, N наряда, с целью оперативного контроля за исполнением работы в зуботехнических лабораториях.

Графа 6 заполняется символами: "г" - житель города; "с" - житель села.

В графе 7 отражается основной принцип, по которому оказывается помощь и также обозначается символами: "о" - помощь оказывается по обращаемости; "п" - помощь оказывается в планово-профилактическом порядке, т.е. больной направлен из терапевтического, хирургического, пародонтологического, профилактического, подросткового отделения или кабинетов стоматологических поликлиник или с амбулаторно-поликлинического общесоматического приема и нуждается в неотложной стоматологической ортопедической помощи.

Графа 8 отражает принадлежность больного к одной из декретированных групп и обозначается символами: "ш" - школьник; "с" - студент; "т" - техникум, ПТУ; "б" - беременные; "п" - пенсионеры; "ИОВ" - инвалиды отечественной войны; "р" - рабочие промышленных предприятий. Если данный больной находится на диспансерном учете, дополняется символ "д"; допризывный контингент - дпр.

Графа 9 указывает на то, какое по счету посещение данный больной находится на приеме у врача. Первичный - "1", а все повторные, соответственно - "2"; "3"; "4" и т.д.

Графа 10 - "Диагноз" кодируется и в нее вносится соответствующая римская цифра:

I - Патология твердых тканей зубов;

II - Частичное отсутствие зубов;

III - Полное отсутствие зубов;

IV - Патологическая стираемость;

V - Болезни пародонта;

VI - Аномалии и деформации;

VII - Сложно-челюстнолицевая патология.

В этой графе может стоять одна или несколько цифр, которые отразят групповой признак

нозологии более развернуто и полно описанную в истории болезни.

Графы 12 и 13 заполняются соответственно своему назначению, но не оставляется пустой и пишется, например, "не кровоточил".

В графе 14 делается отметка о назначении больного на следующий этап уже в листок соответствующего дня, либо указывается, что лечение закончено. Пациенту, которому проведена консультация, отмечается в этой же графе.

Для получения суммарных данных за рабочий день сведения с листка в конце рабочего дня вносятся врачом в дневник (учетная форма N 039-4/у) соответствующего календарного числа, месяца.

1.3. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРАХ И ПОЛИКЛИНИКАХ (АМБУЛАТОРИЯХ)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 028/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ
И ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ КАБИНЕТЫ

Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____
Диагноз _____
_____
_____
направлен _____
куда
_____
_____
_____
для _____
_____
_____

Подпись _____

"__" _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборотная сторона ф. N 28/у

Заключение _____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись _____

"__" _____ 19__ г.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР _____ Наименование учреждения, адрес		Медицинская документация Форма N 088/у Утверждена Минздравом СССР 29.01.85 N 106 Согласовано: Госкомтруд СССР

НАПРАВЛЕНИЕ НА ВТЭК

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

_____
1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения _____ Пол _____
3. Адрес больного_____
4. Инвалид _____ группы 5. Место работы _____
6. Адрес места работы _____
7. Профессия _____ 8. Должность _____
9. Под наблюдением лечебно-профилактического учреждения с "__" ____ 19__ г.
10. История настоящего заболевания (начало, развитие, течение, даты обострений, проведенные лечебно-профилактические мероприятия, меры по восстановлению трудоспособности) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
11. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

_____

числа месяца с _____ по _____	Название болезни
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____|_____
_____|_____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Минздрав СССР	Наименование учреждения, адрес _____

ИЗВЕЩЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ О РЕШЕНИИ ВТЭК

1. Фамилия, имя, отчество больного _____
2. Дата _____ 3. N акта _____
4. Диагноз ВТЭК _____

оборот ф. N 088/у

12. Изменение профессии или условий работы за последний год: _____

13. Состояние больного при направлении на ВТЭК (данные объективного обследования терапевта, хирурга, невропатолога и др. врачей) _____

14. Рентгенологические исследования: _____

15. Лабораторные исследования: _____

16. Диагноз при направлении на ВТЭК: а) основное заболевание (клиническая характеристика по принятой классификации, степень нарушения функций организма) _____

б) сопутствующие заболевания: _____

в) осложнения: _____

17. Основание для направления на ВТЭК: наличие признаков инвалидности, окончание срока инвалидности, переосвидетельствование, досрочное переосвидетельствование, необходимость продления больничного листка (подчеркнуть).

Председатель ВКК _____ Члены _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

_____

5. Заключение ВТЭК _____
_____
_____
6. Рекомендации по социально-трудовой реабилитации _____
_____
7. Рекомендации по медицинской реабилитации _____
_____
_____

Председатель ВТЭК _____ Дата отправки "__" _____ 19__ г.

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 29.01.1985 N 106)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 057/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ
на лечение (обследование) в венерологический стационар, подлежащий охране силами подразделений милиции

от "__" _____ 19__ г.

(пересылается только в запечатанном виде)

Гр-н (Гр-ка) _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ пол _____
Дата рождения _____ национальность _____
Адрес постоянного места жительства _____
_____
Место работы, должность _____
_____
Направлен(а) на лечение (обследование) по поводу _____
_____
_____
в связи _____
(мотивы, побуждающие к направлению данного лица
_____
на лечение или обследование в названный стационар)
_____
_____
_____
_____

Врач дермато-венеролог _____
подпись
Заведующий отделением _____
подпись
Главный врач _____
подпись

"__" _____ 19__ г.

Печать направившего лечебно-профилактического учреждения

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 027/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

В _____
(название и адрес учреждения, куда направляется выписка)

1. Фамилия, имя, отчество больного _____
2. Дата рождения _____
3. Домашний адрес _____
4. Место работы и род занятий _____
5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направления в стационар _____
б) по стационару: поступления _____
выбытия _____
6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

обор. сторона ф. N 027/у

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Лечебные и трудовые рекомендации: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

"__" _____ 19__ г.

Лечащий врач _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 113/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ОБМЕННАЯ КАРТА
родильного дома, родильного отделения больницы.
Сведения женской консультации о беременной (заполняется на каждую беременную и выдается на руки в 32 недели беременности)

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____ 3. Адрес _____
_____
4. Перенесенные общие, гинекологические заболевания, операции _____
_____
5. Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода
_____
_____
6. Которая беременность _____ роды _____
7. Было абортов _____
указать какие
Год _____ на каком сроке _____
8. Преждевременные роды _____ год _____ срок _____
срочные роды _____
9. Последняя менструация _____
число, месяц, год
10. Срок беременности _____ недель при первом посещении _____
"__" _____ 19__ г.
11. Всего посетила _____
12. Первое шевеление плода _____
число, месяц, год
13. Особенности течения данной беременности _____
_____
1. Размеры таза: _____
D Sp _____ D Cr _____ D troch _____ C. ext _____

C. diag _____ C. vera _____ Рост _____ Масса (вес) _____
при первой явке

Для типографии!
при изготовлении формат А5

Стр. 2 ф. N 113/у

15. Положение плода _____ Предлежащая часть:
головка, ягодицы, не определяется _____
Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, ударов _____
в 1 минуту слева, справа _____
16. Лабораторные и другие исследования:
RV1 "__" _____ 19__ г. RV2 "__" _____ 19__ г.
Резус - положительный, отрицательный, тип крови, титр антител _____
_____ группа крови _____
Резус-принадлежность крови мужа _____
Токсоплазмоз: РСК, кожная проба _____
_____
Клинические анализы:
крови _____
мочи _____
Анализ содержимого влагалища (мазок) _____
_____
Кал на яйца-глист _____
17. Физкультура _____ Число занятий _____
18. Психопрофилактическая подготовка _____
Число занятий _____ 19. Школа матерей _____
20. Дата введения стафилококкового анатоксина: I раз _____
II раза _____ III раза _____

21.

АД								
Даты								

22. Дата выдачи листка нетрудоспособности по дородовому отпуску
"__" _____ 19__ г.
23. Дата предполагаемых родов "__" _____ 19__ г.

Врач акушер-гинеколог _____

Дневник последующих посещений

Прибавка веса во время беременности __ предполагаемый вес плода___
(заполняется после 32 недель беременности)

Дата	Данные обследования	Подпись врача

Стр. 3 ф. N 113/у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 113/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ОБМЕННАЯ КАРТА
сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____ 3. Адрес _____
4. Дата поступления _____ роды произошли _____
число, месяц, год
5. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения у матери и плода и др.) _____
_____
_____
_____
6. Оперативные пособия в родах _____
_____
_____
7. Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность _____
_____
_____
_____
8. Течение послеродового периода (заболевания) _____
_____
_____
9. Выписан на _____ день после родов _____
10. Состояние матери при выписке _____
_____
_____
_____

Линия отреза

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

стр. 4 ф. N 113/у

11. Состояние ребенка:
при рождении _____
в родильном доме _____
при выписке _____
_____
_____
_____
12. Масса (вес) ребенка:
при рождении _____ при выписке _____
13. Рост ребенка при рождении _____
14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть), показания _____
_____
_____
_____
_____
15. Особые замечания _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

"__" _____ 19__ г.

Врач акушер-гинеколог _____

Стр. 5 ф. N 113/у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 113/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ОБМЕННАЯ КАРТА
(сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном)

1. Фамилия, имя, отчество родильницы _____
_____
2. Адрес _____
_____
3. Роды произошли _____
число, месяц, год
4. От которой беременности по счету родился ребенок _____ со сроком беременности _____ недель. Предшествующие беременности закончились: абортами, искусственными, самопроизвольными _____ родами _____ в т.ч. с мертвым плодом.
5. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть); при многоплодных родах родился по счету _____
6. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) _____
_____
_____
7. Обезболивание применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность
_____
_____
_____
8. Течение послеродового периода (заболевания) _____
_____
9. Выписан на _____ день после родов.
10. Состояние матери при выписке _____
_____
_____

Линия отреза

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

стр. 6 ф. N 113/у

11. Пол ребенка: жен., муж., масса (вес) при рождении _____
при выписке _____ рост при рождении _____ см.
12. Состояние ребенка:
при рождении - оценка по шкале Апгар - закричал - сразу, нет (подчеркнуть), проводились ли меры по оживлению (какие) _____
_____
_____
_____
в родильном доме - приложен впервые к груди на _____ день жизни; вскармливание - грудное, сцеженным молоком матери, донора (подчеркнуть), в случае перевода на вскармливание донорским грудным молоком указать причину _____
_____
пуповина отпала на _____ день жизни. Не болел, болел (подчеркнуть).
Диагноз _____
_____
_____
Лечение _____
_____
_____
При выписке _____
_____
_____
13. Противотуберкулезная вакцинация проведена полностью, нет (подчеркнуть), если нет, то указать причину _____
_____
14. Рекомендации _____
_____
15. Особые замечания _____
_____

"__" _____ 19__ г.

Врач акушер-гинеколог _____
Врач-педиатр _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 042/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА N _____
лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____ Пол М/Ж
2. Адрес _____
_____
3. Дата рождения _____
4. Профессия _____
5. Занимался ли ФК и спортом (систематически, длительность)
_____
_____
6. Диагноз при поступлении в больницу _____
_____
_____

Отделение (палата) N _____
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного N _____
_____
Дата заболевания, получения травмы ___
_____
_____
Поступил в больницу _____
_____
_____
Назначен в ЛФК _____
(дата)
Всего дней лечения в больнице _____
_____

7. Диагноз при поступлении в ЛФК _____
_____ Дней лечения ЛФК _____
_____
_____
8. Приступил к лечению в кабинете ЛФК _____
9. Краткий анамнез: проведенное лечение _____
_____
_____
10. Жалобы больного _____
_____
_____
11. Основные клинические данные _____
_____

12. Течение болезни _____
_____
_____
13. Функциональные пробы

Дата	До нагрузки			После нагрузки			
	пульс	АД	дыхание	пульс	АД	дыхание	реституция

14. Антропометрические данные

Дата	Рост		Вес	Окружность грудной клетки				Спиро метрия	Динамометрия	
	стоя	сидя		вдох	выдох	пауза	экскурсия		ручная	
									правая	левая

15. Измерение объема движений по суставам

Дата	Сустав	Объем движений		Дата	Сустав	Объем движений	

16. Назначения врача ЛФК

17. Отметки инструктора ЛФК

УЧЕТ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОЦЕДУР ЛФК

Дата	Пульс		Субъективные данные	Дата	Пульс		Субъективные данные
	до занятий	после занятий			до занятий	после занятий	

и т.д. до конца страницы

Подпись врача _____

Вкладной лист к форме N _____

КАРТА
больного с нарушением опорно-двигательного аппарата

Фамилия, имя, отчество _____

Данные функционального исследования

Дата	Подвижность позвоночника				Силовая выносливость мышц			
	вперед	назад	вправо	влево	спины	брюшного пресса	туловища	
							слева	справа

Дата	Относительная длина ног		Окружность живота	Величина поясничного лордоза	
	правой	левой			

Врач ЛФК _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 044/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

Карта стационарного (амб.) больного N _____
Лечащий врач _____
Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ пол

М	
Ж	

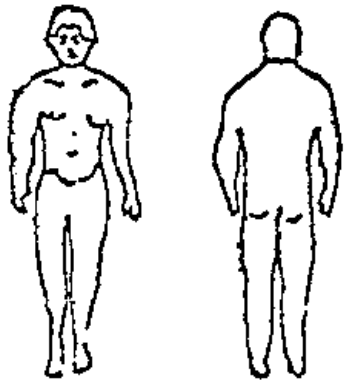
(подчеркнуть)

Из какого отделения (кабинета направлен больной _____
Диагноз _____
_____
подчеркнуть заболевание, по поводу
_____
которого больной направлен на физиотерапию
_____
Жалобы больного_____
_____

Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (подчеркнуть)	Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка

Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть)
Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные) _____

_____
_____



Эпикриз:

Врач-физиотерапевт

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Оборотная сторона ф. N 044/у

N п/п	Дата	Наименование процедуры	Дозировка	Продолжительность процедуры	Подпись медсестры	Прочие отметки

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 050/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
записи рентгенологических исследований
за 19__ г.

Примечание. В графе 8 указывается область исследования:

При одномоментном обследовании двух и более локализаций, каждая из них вписывается отдельной строкой.

В графе 9 указываются проведенные исследования: специальными методами полностью (например, ангиография, топография и т.д.), остальные - сокращенно путем внесения начальных букв: П - просвечивание, С - снимки, Э - электрорентгенограммы.

В графе 10 указывается количество сделанных снимков (пленок), электрорентгенограмм (формат), флюорограмм, включая и снимки, сделанные с применением специальных методов.

Число исследований, показанное в графе 12, как правило, должно соответствовать числу обследованных лиц, за исключением случаев, когда одномоментно обследуются органы двух и более локализаций, каждая из которых учитывается, как самостоятельное исследование.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 050/у

Дата исследования	N п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Адрес или название отделения стационара	N медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного	Диагноз при направлении в рентгеновский кабинет
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

ф. N 050/у (разворот)

Область исследования	Виды рентгенологического исследования больного (просвечивание, снимки, диагн. флюор., электрорентгенография,	Число снимков диагностических флюорограмм, электрорентгенограмм (их формат)	Диагноз врача-рентгенолога	Число рентгенологических исследований

	спец. методики)			
8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 051/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
больного, подвергающегося лучевой терапии

N медицинской карты стационарного больного (клинич., поликлинич.) _____
_____
Фамилия, имя, отчество _____ возраст _____
Адрес больного_____
Дата поступления _____ Дата начала лучевого облучения _____
Диагноз заболевания _____
Анамнез заболевания _____
Предшествующее лечение _____
Лечился ли ранее методом лучевой терапии: да, нет (подчеркнуть)
Когда _____ где _____ Метод лечения _____
_____ Очаговые дозы _____
Местный статус: _____
_____
Данные лабораторных исследований _____
_____

ПЛАН ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

N п/п	Дата	Название			Энергия излучения	Число полей	Число сеансов	Ритм облучения	Очаговые дозы		Подпись врача
		метода лучевого лечения	аппарата	изотопа					однократная	суммарная	

Текущие наблюдения _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Результаты лечения

Суммарные очаговые дозы в точках и областях учета

Первичный эффект лечения (нужное подчеркнуть)
выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть.
Лучевые реакции: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

"__" _____ 19__ г.

Подписи: Лечащего врача _____
Зав. отделением _____

ПРОТОКОЛ ДИСТАНЦИОННОГО ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Дата	Название аппарата	Область облучения	Название и N поля	N сеанса для данного поля	Размер поля	РИП или РИО	Мощность дозы на поверхности	Фильтр МА	Формирующее устройство	Угол наклона или качания источника	Продолжительность облучения	Доза на поверхности	Очаговые дозы в точках учета			Подпись врача
													точ Вл	точ Впр	точ А	
Итого за курс лечения:																

Протокол лучевой терапии закрытыми или открытыми источниками излучения

Название метода _____ Источник излучения _____
Способ введения _____

N п/п	Дата и время		Источники							Дистанция до точек учета	Мощность дозы	Эффективный период полувыведения Тэфф	Продолжительность облучения	Экспозиция (МГ. экв. час)	Суточная доза	Поглощенные дозы (рад) в точках учета																Подпись врача
	введения источников	удаления источников	количество	общая активность	удельная активность	активная длина	область размещения	объем или площадь размещения	период полураспада																						
Итого за курс лечения:																															

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 039-5/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ДНЕВНИК
учета работы рентгено-диагностического отделения (кабинета)
за _____ месяц 19__ года

Примечание. Дневник заполняется врачами-рентгенологами на основании записей "Журнала рентгенологических исследований", учетная форма N 50. Соответственно числам месяца в гр. 2 - 30 вносятся сведения о видах исследований, проводимых больным в соответствии с локализацией обследуемых органов.

Числа в гр. 3 могут равняться сумме чисел гр. 4, 5, 6, 7, 8, но, как правило, должны быть меньше этой суммы, т.к. при одном исследовании было сделано просвечивание, несколько снимков, электрорентгенограмм, флюорограмм и т.д. Аналогично соотношение графы 10 с суммой граф 11 - 15, гр. 16 с суммой гр. 17 - 21, гр. 22 с суммой граф 23 - 27.

Числа в гр. 2 должны равняться сумме чисел граф 3, 10, 16, 22. Сумма чисел в гр. 29 и 30 может быть равна сумме чисел в гр. 7, 15, 21, 27, но может быть больше их, если при одной специальной методике сделано несколько снимков.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 039-5/у

Числа месяца	Общее число рентгенологических исследований	Органов грудной клетки							Органов пищеварения					
		всего исследований	при них сделано:						всего исследований	при них сделано:				
			просвечиваний	снимков (рентгенограмм)	электрорентгенограмм	флюорограмм (диагностических)	специсследований			просвечиваний	снимков (рентгенограмм)	электрорентгенограмм	флюорограмм (диагностических)	специальных исследований
							всего	в т.ч. томографий						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

разворот ф. N 039-5/у

Костно-суставной системы						Прочих органов						Из числа просвечиваний число профил. рентгеноскопий органов грудной клетки	При применении специальных методов сделано:	
всего исследований	при них сделано:					всего исследований	при них сделано:						просвечиваний	снимков
	просвечиваний	снимков (рентгенограмм)	электрорентгенограмм	флюорограмм (диагностических)	специальных исследований		просвечиваний	снимков (рентгенограмм)	электрорентгенограмм	флюорограмм (диагностических)	специальных исследований			

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 029/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета процедур

Кабинет _____

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

Примечание:

Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения процедуры.

В крупных лечебно-профилактических учреждениях отдельные журналы можно вести на каждый вид процедуры.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

N п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Наименование процедуры (препарат)	Количество назначенных процедур	Доза	Даты проведения процедур																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

и т.д. до конца страницы

ВНИМАНИЮ БОЛЬНОГО!

Больной с кардиостимулятором может вести обычный образ жизни в соответствии с возрастом и выполнять легкую физическую работу.

Рекомендуется еженедельная проверка аппарата по пульсу или с помощью транзисторного приемника (считать обязательно в течение минуты).

У управляемых аппаратов контрольный ритм измерять при наложении на кожу магнита.

Изменение контрольного ритма на 8 импульсов в минуту от исходного свидетельствует о необходимости замены аппарата.

Противопоказаны тяжелые физические нагрузки, резкие движения, работа, связанная с вибрацией, повышенные электромагнитные помехи.

Рекомендации при неотложных случаях

При резком замедлении ритма сердечных сокращений, появлении приступов с потерей сознания до оказания экстренной хирургической помощи необходимо принимать симпатомиметические препараты, например, изадрин под язык 1/4 - 1/2 таблетки через 3 часа.

Подкожно ввести 0,1% раствор атропина или эфедрина по 0,5 мл.

Адрес ближайшей больницы для оказания неотложной медицинской помощи (заполняется по месту диспансерного наблюдения).

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 073/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
больного с имплантированным
электрокардиостимулятором (ЭКС)

Фамилия, имя, отчество больного _____
_____
Дата рождения _____
Группа крови _____
Резус фактор _____
Домашний адрес и телефон больного _____
_____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа

формат А4

стр. 2 ф. N 073/у

по месту жительства

АД	Частота импульсов ЭКС и ЭКГ	Фамилия врача

и т.д. до конца страницы

стр. 3 ф. N 073/у

Дата имплантации ЭКС _____
Доступ _____
_____
_____
_____
Тип ЭКС _____
Ритм по паспорту _____
Электроды _____
_____
Дата плановой смены ЭКС _____
_____
_____
_____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

стр. 4 ф. N 073/у

Наблюдение за больным

Дата осмотра	Общее состояние больного	Пульс

и т.д. до конца страницы

стр. 5 ф. N 073/у

Адрес и телефон медицинского учреждения,
где производилась имплантация ЭКС

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ВНИМАНИЮ ВРАЧА!

Периодическое наблюдение за больным в поликлинике по месту жительства рекомендуется проводить каждые 4 м-ца в течение первого года после имплантации ЭКС, каждые 2 месяца в течение второго года, далее - ежемесячно. Контролируемые величины определяются по ЭКГ при скорости записи 50 мм/сек.

Контрольный ритм управляемых аппаратов определяется при наложении магнита на кожу над ЭКС.

При урежении или учащении ритма (свыше 8 импульсов в минуту), возникновении конкуренции естественного и искусственного ритмов необходимо сообщить в медицинское учреждение, где производилась операция.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 058/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ
об инфекционном заболевании, пищевом, остром
профессиональном отравлении, необычной реакции
на прививку

1. Диагноз _____
(подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))
2. Фамилия, имя, отчество _____
_____ 3. Пол _____
4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) _____
_____
5. Адрес, населенный пункт _____ район
улица _____ дом N _____ кв. N _____
_____
(индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)
_____
_____
7. Даты:
заболевания _____
первичного обращения (выявления) _____
установления диагноза _____

последующего посещения детского учреждения, школы
_____
госпитализации _____

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 058/у

8. Место госпитализации _____
9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший
_____
_____
10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения _____
_____
11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____
_____

Фамилия сообщившего _____
Кто принял сообщение _____

12. Дата и час отсылки извещения _____

Подпись пославшего извещение _____

Регистрационный N _____ в журнале ф. N _____
санэпидстанции.

Подпись получившего извещение _____

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающих их, а также при изменении диагноза.

Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п. 1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапанья, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 089/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ИЗВЕЩЕНИЕ
о больном с впервые в жизни установленным диагнозом
активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии,

микроспории, фавуса, чесотки, трахомы,
психического заболевания

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____
2. Пол _____ 3. Возраст _____
4. Дата обращения _____
(год, месяц, число)
5. Адрес больного: населенный пункт _____
район _____ улица _____ дом _____ кв. ____
6. Городской житель, сельский житель (вписать) _____
7. Подробный диагноз <*> _____
_____
8. Подтвержден ли диагноз лабораторными исследованиями, данными рентгена, для туберкулезных больных указать наличие БК
_____
9. Заболевание выявлено: при обращении, при профилактическом осмотре, при обследовании в стационаре (подчеркнуть, вписать недостающее) _____
_____
_____

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 089/у

<*> Извещение составляется на следующие формы заболеваний:

1. Первичная туберкулезная инфекция

2. Туберкулез легких

3. Другие формы туберкулеза органов дыхания

4. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы

5. Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных желез

6. Туберкулез костей и суставов

7. Туберкулез мочеполовых органов

8. Туберкулез других органов

9. Милиарный туберкулез

10. Сифилис - все формы

11. Гонорея острая, хроническая

12. Трихофития с указанием локализации:

а) волосистой части головы;

б) ногтей;

в) гладкой кожи.

13. Микроспория

14. Фавус

15. Чесотка

16. Трахома I, II, III стадии

17. Психические расстройства

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 090/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ИЗВЕЩЕНИЕ
о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования

"__" _____ 19__ г.
дата заполнения извещения

Извещение направлено в _____
Фамилия, имя, отчество больного _____
1. Пол: муж. - 1, жен. - 2 ☐ 1

2. Год рождения _____ ☐☐ 2

3. Национальность _____ ☐☐☐ 3

4. Профессия _____ ☐☐ 4

Дата обращения "__" _____ 19__ г.
число месяц

Дата установления диагноза "__" _____ 19__ г.
число месяц

5. Обстоятельства выявления заболевания: обратился самостоятельно - 0, выявлена в женском смотровом кабинете - 1, при других видах профосмотров - 2, учтен посмертно с диагнозом, установленным при жизни - 3, посмертно без вскрытия - 4, после вскрытия - 5. ☐ 5

Адрес:

6. _____ область ☐☐☐ 6

7. _____ район ☐☐☐☐ 7

_____
населенный пункт, улица, дом N, кв. N

8. Житель городской - 1, сельский - 2 ☐ 8

9. Клиническая группа: II - 2, IV - 4 _____ ☐ 9

10. Диагноз _____ ☐☐☐ 10

_____
подробно с указанием органа локализации, опухоли в органе,

_____
степени ее распространенности

11. Диагноз подтвержден: ☐ 11

морфологически - 1, эндоскопически - 4,
цитологически - 2, изотопным методом - 5,
рентгенологически - 3, только клинически - 6.

12. Лечебное учреждение, куда направлен больной ☐ 12

Фамилия врача, заполнившего извещение _____
подпись

Примечание. Инструкцию по заполнению см. на обороте.

оборотная сторона ф. N 090/у

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИЗВЕЩЕНИЯ

1. Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в онкологическое учреждение, обслуживающее население данной территории.

2. Извещение составляется всеми врачами общей и специальной лечебной сети на больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, в т.ч. на больных, выявленных при целевых и периодических профосмотрах, медицинском освидетельствовании, при обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии и т.д.

3. Кодирование извещений производится только в онкологических учреждениях. При заполнении пунктов в соответствующих квадратах, у которых стоит цифра, нужный признак отмечается знаком, например:

4. На больных с заболеваниями, подозрительными на рак (клин. гр. 1-а), и с предопухолевыми заболеваниями (клин. гр. 1-Б) извещения не составляются.

5. В извещениях следует разборчиво заполнить все пункты. Записи не должны перекрывать квадраты, предназначенные для кодирования сведений.

6. П. п. 1, 5, 8, 9, и 11 заполняются в соответствии с примечанием на лицевой стороне.

7. В строке "дата обращения" указывается число, месяц и год, когда больной впервые обратился по поводу данного заболевания, независимо от того, в каком лечебном учреждении он был обследован.

8. В п. 4 указывается основная профессия, которой больной отдал большую часть своей

трудовой жизни. Если больной к моменту заполнения извещения находится на пенсии, следует указывать, кем он работал раньше.

9. В п. п. 6 и 7 отмечается адрес постоянного (а не временного) места жительства больного.

10. Ко II клин. группе относятся больные, которые по степени распространения опухоли подлежат специальному лечению, независимо от того, отказываются ли они от него или имеют общие противопоказания. К IV клин. группе относятся больные с далеко зашедшими формами заболевания, у которых специальное лечение уже невозможно.

11. В п. 11 следует подчеркнуть каждый из перечисленных методов исследования, с помощью которых у больного был установлен диагноз.

12. В п. 12 указывается лечебное учреждение, в которое больной направлен для дообследования или лечения. В извещениях на не госпитализируемых больных II клин. группы указывается соответствующая причина (наличие общих противопоказаний, отказ от лечения и др.)

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 091/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ИЗВЕЩЕНИЕ
о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (токсикомании)

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол _____ 3. Возраст _____ 4. Дата обращения _____
5. Адрес больного: населенный пункт _____
район _____ улица _____
дом N _____ кв. N _____
6. Профессия и место работы _____
7. Городской житель, сельский житель.
8. Диагноз (с указанием основного вида наркомании и сопутствующих) ____
_____
_____
_____
9. С какого года возникла наркомания _____

10. При каких обстоятельствах привык к наркотику: в результате применения при иной (физической) болезни (по назначению врача, самостоятельно), вследствие любопытства, подражания, влияния среды, тяжелых переживаний.

11. От кого зависит инициатива лечения: от самого больного, семьи, опекунов, лечебного учреждения, административных органов.

12. Способ получения наркотиков (по назначению врача, по поддельным рецептам, путем хищения из аптеки, со склада, приобретения на рынке у перекупщиков).

Дата заполнения извещения

Наименование лечебного заведения

Лечащий врач
Кроме подписи врача четко написать
фамилию врача

ИНСТРУКТИВНЫЕ УКАЗАНИЯ
К ФОРМЕ N 091/У

1. Извещение составляется врачом на каждого больного как городского, так и сельского жителя, с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании.

2. Извещение составляется в каждом психиатрическом, психоневрологическом учреждении, а также в психиатрическом кабинете и отделении общей сети.

3. При заполнении пункта 8 (диагноз) следует подробно указать, какие наркотики употребляет (опий, морфий, героин, гашиш, кокаин, эфир, барбитураты и др.).

4. Извещения направляются за истекший год непосредственно в Министерство здравоохранения СССР главному инспектору психоневрологической помощи по адресу: Москва, Рахмановский пер., дом 3 - не позднее 31 декабря.

Примечание. К п. 2. Извещение составляется также всеми наркологическими учреждениями.

К п. 3. При заполнении пункта 8 (диагноз) следует указать подробно, какие средства употребляются. При этом иметь в виду, что диагноз "наркомания" ставится в соответствии с Приказом МЗ СССР N 39 от 11.01.78.

К п. 4. Извещение направлять старшему инспектору по наркологии Минздрава СССР по адресу: Москва, Рахмановский пер., дом 3 - не позднее 31 декабря.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 092/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ИЗВЕЩЕНИЕ
о спортивной травме <*>

1. Фамилия _____
имя _____ отчество _____

2. Адрес _____
3. Дата рождения _____ 4. Пол _____
5. Место работы (учебы), должность _____
_____
_____
6. Наименование и адрес спорторганизации и коллектива физкультуры, где состоит членом пострадавший _____
_____
_____
7. Наименование и адрес физкультурной базы, где получена травма
_____
_____
_____
8. Время получения травмы 19__ г. месяц _____
число _____ часы _____
9. Повреждение произошло во время занятий, тренировок, соревнований (подчеркнуть и указать вид спорта) _____
_____
10. Спортивный разряд _____
_____

оборотная сторона ф. N 092/у

11. Обстоятельства, при которых произошло повреждение, и причины, их обусловившие _____
_____
_____
12. Локализация и характер повреждения _____
_____
_____
_____
_____
13. Заключение о тяжести повреждения _____
_____
_____
_____
14. Оказанная медпомощь (какая, кем, когда и где) _____
_____
_____
_____
15. Госпитализирован (куда) _____
_____
16. Наименование лечучреждения, направившего извещение _____
_____
17. Принятые меры по профилактике _____
_____
_____
_____
_____

Врач _____
Главный судья _____
Тренер (преподаватель) _____

"__" _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

<*> Извещение составляют врачи (фельдшера), обслуживающие спортивное мероприятие (занятия физической культурой), на случай тяжелых травм.

Извещение составляется в 2-х экземплярах:

1. Направляется врачебно-физкультурному диспансеру.

2. Остается в делах учреждения, составившего извещение.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 093/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ИЗВЕЩЕНИЕ
о побочном действии лекарственного препарата

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____ 3. Пол М. Ж.
4. Диагноз заболевания _____
_____
_____
5. Диагноз лекарственного осложнения _____
_____
_____
6. Полное название лекарственного средства, вызвавшего осложнение (или подозреваемого) _____
_____
_____
_____
7. Схема применения лекарственного средства:

а) путем введения препарата в организм

☐ - внутрь ☐ - накожно ☐ - подъязычно
☐ - внутримышечно ☐ - интраназально ☐ - per rectum
☐ - внутривенно ☐ - ингаляционно ☐ - per vaqinum
☐ - подкожно ☐ - полоскание ☐ - другие пути введения
☐ - внутрикожно ☐ - конъюнктивально

(указать) _____

б) доза и кратность введения за сутки _____

в) длительность применения г) режим применения

☐ - однократно ☐ - до 1 мес. ☐ - до 1 года ☐ - нерегулярно

☐ - 1 сутки ☐ - до 3 мес. ☐ - до 2 лет ☐ - систематически

☐ - до 7 дней ☐ - до 6 мес. ☐ - до 3 лет ☐ - периодически в течение года

☐ - до 14 дней ☐ - до 9 мес. ☐ - более 3 лет

1 2 3 4 5 6 раз

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 093/у

8. Перечислить мероприятия, применявшиеся:

а) за месяц до назначения лекарст. препар.

б) одновременно с приемом этого препарата

☐ - Медикаменты (указать)

_____
_____
_____
_____
_____

☐ - диетотерапия

☐ - физиотерапия

☐ - рентгено-радиотерапия

☐ - хирургическое лечение

☐ - психотерапия

☐ - Медикаменты (указать)

_____
_____
_____
_____
_____

9. Симптомы лекарственного осложнения _____
_____
_____
_____

10. Меры по устранению лекарственного осложнения:

☐ - отмена препарата

☐ - снижение дозы препарата

☐ - назначение средств

☐ - назначение средств протекторов

☐ - десенсибилизирующая терапия

☐ - дезинтоксикационная

_____
_____
_____

☐ - противошоковые мероприятия (указать)

☐ - реанимационные мероприятия (указать)

11. Исход лекарственного осложнения

1. Потеря трудоспособности ☐ 2. Выздоровление ☐ 3. Смерть ☐

12. Отмечались ли в прошлом у больного аллергические, токсические, токсикоаллергические, лекарственные реакции, а также непереносимость лекарственных, пищевых, бытовых, промышленных средств:

нет ☐ ☐ да _____

_____

13. Особенности клиники, лечения, исхода и другие данные лекарственного осложнения _____

_____

_____

Дата заполнения "__" _____ 19__ г.

Подпись врача _____

Порядок заполнения извещения о побочном действии лекарственного препарата:

1. В пунктах 3, 7а, 7в, 7г, 8, 10, 11, 12 отмечать в квадрате знаком + соответствующие случаю данные. При необходимости дать более подробные сведения заполняется 13 пункт.

2. Остальные пункты заполняются врачом в виде лаконичных содержательных ответов, разборчивым почерком.

3. При тяжелых формах лекарственного осложнения и при смертельных исходах необходимо подробное заполнение всех пунктов карты-извещения с указанием в 13 пункте лабораторных и патологоанатомических данных, а также сведений, характеризующих особенности наблюдавшегося осложнения.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 065-2/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
лицу, заболевшему венерической болезнью

Я, _____
_____
проживающий(ая) по адресу _____
_____
подтверждаю письменно, что сего числа _____
мне разъяснено, что я страдаю венерической болезнью в форме
_____
которая является заразительной для других лиц:

- гигиенические правила и необходимость их соблюдения в целях предупреждения передачи мною венерической болезни другим лицам;

- обязательность лечения и контрольного наблюдения в лечебно-профилактическом учреждении, порядок и режим лечения, вред самолечения;

- срок лечения и контрольного наблюдения, запрещение быть донором, как во время лечения и контрольного наблюдения, так и после них;

- что после настоящего предупреждения я несу уголовную ответственность по статьям 115 или 115-1 Уголовного Кодекса РСФСР и соответствующим статьям УК других союзных республик в случае, если поставлю другое лицо (или лиц) через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью; заражу другое лицо венерической болезнью; уклонюсь от лечения венерической болезни после настоящего предупреждения.

Все предписания лечащего врача обязуюсь строго выполнять.

О перемене своего места жительства обязуюсь сообщить лечащему врачу. Памятка мне вручена врачом.

Подпись больного _____
Подпись лечащего врача _____

"__" _____ 19__ г., город

Наименование лечебного учреждения:

N ____ карты стационарного больного или медицинской карты.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 060/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЖУРНАЛ
учета инфекционных заболеваний

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

Примечание. Графы 13 и 14 заполняются только в санитарно-эпидемиологических станциях.

Для типографии
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 060/у

N п/п	Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения, кто передал, кто принял	Наименование лечебного учреждения, сделавшего сообщение	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения)	Домашний адрес (город, село, улица, дом N, кв. N)	Наименование места работы, учебы, дошкольного детского учреждения, группа, класс, дата последнего посещения
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 060/у

Дата заболевания	Диагноз и дата его установления	Дата, место госпитализации	Дата первичного обращения	Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления	Дата эпид. обследования. Фамилия обследовавшего	Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детское учреждение, по месту учебы, работы и др.)	Лабораторное обследование и его результат	Примечание
8	9	10	11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 094/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СПРАВКА N _____
о временной нетрудоспособности при заболеваниях
вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением,
а также вследствие злоупотребления алкоголем

Выдана "__" _____ 19__ г.

Фамилия, имя, отчество _____
_____
Возраст _____ пол _____
Место работы _____
наименование предприятия,
_____
учреждения, колхоза
Диагноз _____
_____
Заключительный диагноз _____
_____
Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве, в быту).
Режим _____
_____
Направлен во ВТЭК "__" _____ 19__ г.
Находился в стационаре с "__" _____ 19__ г.
по "__" _____ 19__ г.

Подпись врача _____

Освидетельствован во ВТЭК _____ 19__ г.
Заключение ВТЭК _____
Перевести временно на другую работу с "__" _____ 19__ г.
по "__" _____ 19__ г.

Печать ВТЭК

Подпись главного врача _____
Подпись председателя _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 094/у

Освобождение от работы
с какого числа _____ 19__ г.
по какое число включительно _____ 19__ г.
Должность и фамилия врача _____

_____

Подпись врача _____

Приступить к работе _____
прописью число и месяц
_____19__ г.
Должность, фамилия и подпись врача _____
_____

Печать лечебного
учреждения

Выдана новая справка (продолжение) N _____ _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 094/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ N _____
о временной нетрудоспособности при заболеваниях
вследствие опьянения, связанных с опьянением,
злоупотреблением алкоголя
"__" _____ 19__ г.

Фамилия, имя, отчество _____
_____
Возраст _____ пол _____
Место работы _____
наименование предприятия,
_____
учреждения, колхоза
Диагноз _____
_____
Заключительный диагноз _____
_____
Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)

Освобожден от работы с "__" _____ 19__ г.
по "__" _____ 19__ г.

Фамилия врача, выдавшего справку _____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 095-1/у

_____
наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СПРАВКА
о временной нетрудоспособности
в связи с бытовой травмой, операцией аборта

Выдана "__" _____ 19__ г.

Фамилия, имя, отчество _____
_____
_____
место работы - наименование предприятия, учреждения
_____
Диагноз _____
_____
Освобожден(а) от работы с "__" _____ 19__ г.
по "__" _____ 19__ г.

Подпись врача _____

Освобождение от работы продлено
с _____ по _____
с _____ по _____

Отметка о выдаче листка нетрудоспособности в случае дальнейшего продления временной нетрудоспособности

Дата выдачи _____ N листка _____

Подпись врача _____

Место печати

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 095-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Контрольный талон к справке N _____

Дата выдачи _____
Фамилия, имя, отчество _____
_____
Диагноз _____
_____
Освобожден от работы с "__" _____ 19__ г.
по "__" _____ 19__ г.

Освобождение продлено
с _____ по _____
с _____ по _____

В продление временной нетрудоспособности выдан листок нетрудоспособности
с _____ N _____
число

Фамилия врача, выдавшего справку _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 095/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СПРАВКА
о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение
(нужное подчеркнуть)

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть) _____
_____
название учебного заведения,
_____
дошкольного учреждения
Фамилия, имя, отчество _____
_____
Дата рождения (год, месяц, для детей до 1-го года - день)
_____
Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия) _____
_____
Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими)
_____
(подчеркнуть, вписать)
_____
освобожден от занятий, посещений детского дошкольного учреждения
_____
_____
с _____ по _____
с _____ по _____

М.П.

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____

Медицинская документация
Форма N 095/у
Утверждена Минздравом СССР

наименование учреждения 04.10.80 г. N 1030

Контрольный талон к справке N _____

Дата выдачи _____

Фамилия, имя, отчество _____
_____
Название учебного заведения, детского дошкольного учреждения
_____
_____
Диагноз заболевания _____
_____
_____

Освобожден с _____ по _____
Освобождение продлено с _____ по _____

Фамилия врача, выдающего справку _____

Примечание. Контрольные талоны служат для учета выданных справок.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 100/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ N _____
стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной
(подчеркнуть) судебно-психиатрической экспертизы

На испытуемого _____
рождения 19__ г., обвиняемого по ст. _____
_____
или являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в отношении которого решается вопрос о дееспособности (подчеркнуть) в деле
_____
Судебно-психиатрическое освидетельствование произвела судебно-психиатрическая экспертная комиссия в составе:
председателя _____
членов комиссии _____
_____
врача-докладчика _____
на основании постановления (определения) _____
_____
от"__" _____ 19__ г.
Об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по ст. _____ УК _____ эксперты предупреждены.
Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы "Акта" <*> излагаются на следующих _____ листах.

<*> Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развития заболевания, если таковое имеется; описание физического, неврологического, психического состояния и данные лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз и экспертное заключение.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 101/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ N _____
психиатрического освидетельствования осужденного

На испытуемого _____
рождения 19__ года, осужденного по ст. _____
на срок _____
Срок наказания исчисляется с _____
Психиатрическое освидетельствование осужденного произвела судебно-психиатрическая комиссия в амбулаторных, стационарных (подчеркнуть) условиях в составе:
председателя _____
членов комиссии _____
врача-докладчика _____
на основании постановления _____
от"__" _____ 19__ г.
Права и обязанности эксперта, предусмотренные от _____
УПК _____ разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения или дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. _____
УК _____ эксперты предупреждены.
Остальные разделы "Акта" <*> излагаются на следующих _____ листах.

<*> Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развитии заболевания, если таковое имеется; описание физического, неврологического, психического состояния и данные лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз и вывод о возможности отбывать наказание в местах лишения свободы и необходимых медицинских мерах.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 104/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ N _____ <*>
психиатрического освидетельствования лица,
находящегося на принудительном лечении

На _____
ф., и., о.
рождения 19__ года, находящегося на принудительном лечении в данном учреждении с "__" _____ 19__ года
согласно определения суда _____
от "__" _____ 19__ года
Обвинявшегося по ст. _____
Психиатрическое освидетельствование произвела врачебная комиссия в составе:
председателя _____
членов комиссии _____
_____
Остальные разделы "Акта" <**> излагаются на следующих _____ листах.

<*> Составляется при прекращении принудительного лечения или изменения его формы.

<**> Данные анамнеза: описание физического и неврологического состояния и данные лабораторных исследований, описание психического состояния в динамике с указанием проведенного лечения, заключительная часть, в которой указывается диагноз и обосновывается необходимость прекращения принудительного лечения или изменения его.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 105/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

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

Указания по заполнению журнала

Ведется специально выделенным лицом в каждой судебно-психиатрической комиссии.

Журнал с пронумерованными листами должен быть прошнурован, опечатан печатью учреждения, на базе которого организовано проведение судебно-психиатрической экспертизы, и

подписан председателем комиссии.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 105/у

N п/п	Дата поступления	Фамилия, имя, отчество	Пол	Год рождения	Кем и когда вынесено постановление (определение) о производстве экспертизы	Характеристика испытуемых (следственные, осужденные, по гражданским делам)	Ст. УК (ГК)	По данному делу экспертиза первичная, повторная, дополнительная
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 105/у

Дата комиссии	N акта	Диагноз	Экспертное решение	Рекомендованные медицинские меры	Для стационарной экспертизы		
					куда направлен	дата выписки из стационара	число проведенных койко-дней
10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 035/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
для записи заключений врачебно-консультационной комиссии
19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 035/у

N п/п	Дата	Наименование лечучреждения или фамилия врача, направившего больного	Фамилия, имя, отчество больного	Год рождения	Адрес больного	Место работы (название предприятия и цеха, учреждения)	Профессия (выполняемая работа, должность)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 035/у

Диагноз или повод, по которому больной представлен на ВКК	N листка нетрудоспособности	Число дней нетрудоспособности по данному диагнозу	Заключение комиссии (диагноз, направление на спецлечение, перемена работы, число дней продления листка нетрудоспособности и прочее)	Который раз представляется на ВКК	Подписи членов комиссии	Дата направления на ВТЭК	Заключение ВТЭК
9	10	11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 036/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КНИГА
регистрации листков нетрудоспособности
19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 036/у

N п/п	N листка нетрудоспособности, выданного данным лечучреждением		N листка нетрудоспособности, выданного другим лечучреждением		Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Адрес больного	Место работы и выполняемая работа
	первый	продолжение	первый	продолжение				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 036/у

Диагноз		Фамилия врача		Освобожден от работы		Всего календарных дней освобождения от работы	Отметка о направлении больного в другие лечебные учреждения
первичный	заключительный	выдавшего листок нетрудоспособности	закончившего листок нетрудоспособности	с какого числа	по какое число		
10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 038-0/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета санитарно-просветительной работы
19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 038-0/у

N п/п	Дата	Форма работы: лекция, беседа, вечер вопросов, кино, радиоинформация, выступление по телевидению, распространение литературы	Тема	Фамилия и должность лектора	Место проведения (наименование предприятия, учреждения, клуба и т.д.)	Адрес	Число слушателей (посетителей)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

Формат
с корешком А5

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ
К ФОРМЕ N 103/у-84 N _____
(остается в лечебном учреждении)

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

1. Фамилия, имя, отчество матери _____
2. Адрес: республика, область (край) _____ район _____
город (село) _____ улица _____ дом ____ кв. N ___
3. Дата родов: год _____ месяц _____ число ____ час _____
4. Пол ребенка: мальчик, девочка (подчеркнуть)
5. Свидетельство выдал: врач (фельдшер, акушерка) _____
(подчеркнуть, Ф.И.О.)

Линия отреза

Министерство здравоохранения СССР	Код формы по ОКУД 5103834 6
Наименование учреждения	Медицинская документация Форма N 103/у-84 Утверждена Минздравом СССР 19.11.84 N 1300

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ N _____
(выдается для регистрации в органах ЗАГС)

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

Я, врач (фельдшер, акушерка) _____
(фамилия, имя, отчество)
_____,
настоящим удостоверяю, что у гр-ки _____
(фамилия, имя, отчество)
проживающей по адресу: республика, область (край) _____
район _____ город (село)_____
улица _____ дом N _____ кв. N _____
в_____
(наименование лечебного учреждения, на дому)
родился: год _____ месяц _____ число _____ час _____
ребенок: мальчик, девочка (подчеркнуть)
Врач (фельдшер, акушерка) _____
(подпись)

Печать

К сведению родителей

В соответствии с Кодексом о браке и семье РСФСР регистрация ребенка в органах ЗАГС обязательна и должна быть произведена в месячный срок со дня рождения (в других союзных республиках в сроки, установленные Кодексами

этих республик).

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)

Формат
с корешком А4

КОРЕШОК ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ К ФОРМЕ N 106/у-84 N _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного N _____)

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2. Возраст _____ 3. Дата смерти _____
(число, месяц, год)

Фамилия врача, выдавшего свидетельство о смерти _____

"__" _____ 19__ г. Подпись получателя _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Министерство здравоохранения СССР Наименование учреждения	Код формы по ОКУД 5 1 0 3 8 3 5 2 Медицинская документация Форма N 106/у-84 Утверждена Минздравом СССР 19.11.84 N 1300

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ N _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного N ___)

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

Место для кода	
	1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2 ☐	2. Пол: муж. - 1, жен. - 2 (подчеркнуть)
3 ☐	3. Дата рождения: год _____ месяц _____ число _____
4 ☐	4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____
5 ☐	5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 мес.: доношенный - 1; недоношенный - 2 (подчеркнуть)
6 ☐	6. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 года: масса (вес) при рождении _____ грамм
7 ☐	7. Место постоянного жительства умершего: область (край), республика _____ район _____ город - 1, село - 2 (подчеркнуть) _____ (вписать) ул. _____ дом _____ кв. _____
8 ☐	8. Место смерти: а) область (край), республика _____ район _____ город (село) _____
8б ☐	б) смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в др. месте - 3 (подчеркнуть) _____ (вписать где)

9	9. Смерть произошла от: заболевания - 1, несчастного случая вне производства - 2, несчастного случая в связи с производством - 3, убийства - 4, самоубийства - 5, род смерти не установлен - 6.
10	10. Причина смерти установлена: врачом, только установившим смерть, - 1, врачом, лечившим умершего, - 2, патологоанатомом - 3, судебно-медицинским экспертом - 4 (подчеркнуть)

Оборот ф. N 106/у-84

Причина смерти:
I а) _____
б) _____
в) _____
II _____

Дата отсылки сигнального извещения N _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

	11. Я, врач _____ должность _____ (Ф.И.О.) удостоверяю, что на основании: осмотра трупа - 1, записей лечащего врача в медицинской документации - 2, предшествующего наблюдения - 3, вскрытия - 4 (подчеркнуть) мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:
Ia	I. Непосредственная причина смерти (заболевание или осложнение основного заболевания) а) _____ _____ заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти: основное (первоначальное) заболевание указывается последним
Iб	б) _____ _____
Iв	в) _____ _____
II	II. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти _____ _____ _____
12	12. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы: а) дата травмы (отравления): год ____ месяц _____ число _____ б) при несчастных случаях, не связанных с производством, указать вид травмы: бытовая - 1, уличная (кроме транспортной) - 2, дорожно-транспортная - 3, школьная - 4, спортивная - 5, прочие - 6 (подчеркнуть) в) место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) _____ _____
13	13. Врачебное свидетельство выдано: наименование медицинского учреждения _____ _____ _____
	Печать Подпись врача, выдавшего свидетельство о смерти _____
	14. Врачебное свидетельство проверено в органах ЗАГСа врачом, ответственным за правильность заполнения врачебных

	свидетельств о смерти. "__" _____ 19__ г. Подпись _____

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)

Формат
с корешком А4

КОРЕШОК ФЕЛЬДШЕРСКОЙ СПРАВКИ О СМЕРТИ
К ФОРМЕ N 106-1/у-84 N _____

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

2. Возраст _____ 3. Дата смерти _____
(число, месяц, год)

Фамилия, имя, отчество лица, выдавшего справку _____

"__" _____ 19__ г. Подпись получателя _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

	Код формы по ОКУД 5103836 9
Министерство здравоохранения СССР Наименование учреждения	Медицинская документация Форма N 106-1/у-84 Утверждена Минздравом СССР 19.11.84 N 1300

ФЕЛЬДШЕРСКАЯ СПРАВКА О СМЕРТИ N _____

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

Место для кода	
	1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2	2. Пол: муж. - 1, жен. - 2 (подчеркнуть)
3	3. Дата рождения: год _____ месяц _____ число _____
4	4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____
5	5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 мес.: доношенный - 1; недоношенный - 2 (подчеркнуть)
6	6. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 года: масса (вес) при рождении _____ грамм
7	7. Место постоянного жительства умершего: область (край), республика _____ район _____ город - 1, село - 2 (подчеркнуть) _____ (вписать) улица _____ дом _____ квартира _____
8	8. Место смерти: а) область (край), республика _____ район _____ город (село) _____ б) смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в др. месте - 3 _____ (вписать где, подчеркнуть)

Оборот ф. N 106-1/у-84

Причина смерти:
I а) _____
б) _____
II _____
_____

Дата отправки сигнального извещения N _____ "__" _____ 19__ г.

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

9 ☐	9. Я, фельдшер _____ (фамилия, имя, отчество, должность) удостоверяю, что на основании: осмотра трупа - 1, предшествовавшего наблюдения за больным - 2, записей в медицинской документации - 3 установлена следующая причина смерти:
1а ☐	I. Непосредственная причина смерти (заболевание или осложнение основного заболевания) а) _____ _____
1б ☐	Основная причина смерти (первоначальное заболевание, вызвавшее непосредственную причину смерти) б) _____ _____
	II. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием, послужившим непосредственной причиной смерти _____ _____ _____
10 ☐	10. Наблюдался ли умерший при жизни врачом по поводу заболевания, явившегося основной причиной смерти: да - 1, нет - 2 (подчеркнуть)
11 ☐	11. Фельдшерская справка выдана: а) наименование медицинского учреждения _____ _____ Печать Подпись выдавшего справку _____ "__" _____ 19__ г.
	12. Справка проверена в ЗАГСе врачом, ответственным за правильность заполнения свидетельства о смерти. "__" _____ 19__ г. Подпись _____

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)

Формат
с корешком А4

КОРЕШОК ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ
К ФОРМЕ N 106-2/у-84 N _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного N ____)

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

Мертворожденный Умер на 1-й неделе жизни
1. Фамилия, имя, отчество матери _____
2. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка _____
3. Дата родов _____ 4. Дата смерти _____ 5. Возраст _____ дней
6. Смерть последовала: в стационаре, дома, в др. месте (подчеркнуть)
7. Фамилия врача, выдавшего свидетельство _____
8. Зарегистрировано в ЗАГСе, акт N _____ дата _____ Подпись _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

	Код формы по ОКУД 5103837 5
Министерство здравоохранения СССР	Медицинская документация Форма N 106-2/у-84 Утверждена Минздравом СССР 19.11.84 N 1300
Наименование учреждения	

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ N _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного N ___)

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

1 - Мертворожденный 2 - Умер на 1-й неделе жизни

Место для шифра

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
_____
2 ☐ 2. Пол: мужской - 1, женский - 2 (подчеркнуть)
3 ☐ 3. Дата рождения (мертворождения): год ____ месяц _____
число _____ час _____
4 ☐ 4. Дата смерти: год ____ месяц _____ число ____ час _____
5а ☐ 5. Место смерти (мертворождения): а) республика, область (край)
_____
район _____ город - 1, село - 2 _____
5б ☐ б) смерть (мертворождение) произошла: в стационаре - 1 _____
_____, дома - 2, в др. месте - 3 (подчеркнуть)
(вписать)
6. Фамилия, имя, отчество матери _____
7 ☐ 7. Год рождения матери _____ 8. Национальность _____
9 ☐ 9. Семейное положение: состоит в браке - 1, не состоит в браке - 2 (подчеркнуть)
Для состоящих в браке: дата заключения брака _____
Фамилия, имя, отчество мужа _____
(сведения заполнены на основании записей в паспорте матери, со слов матери - нужное подчеркнуть)
10 ☐ 10. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного) _____
республика, область (край) _____
район _____ город - 1, село - 2 (подчеркнуть)
улица _____ дом _____ кв. N _____
11 ☐ 11. Образование матери: начальное - 1, среднее общее - 2, среднее специальное - 3, высшее - 4 (подчеркнуть)
12 ☐ 12. Место работы матери _____
Занятие по этому месту работы (должность или выполняемая работа) _____
13 ☐ 13. Какие по счету роды _____
14 ☐ 14. Продолжительность настоящей беременности ____ нед. .
15 ☐ 15. Роды приняли: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др.

лицо - 4 (подчеркнуть) _____
(кто)

Оборот ф. N 106-2/у-84

Причина перинатальной смерти:

а) _____

б) _____

в) _____

г) _____

д) _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

16 ☐ 16. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, др. многоплодных родах - 4 (подчеркнуть)

17 ☐ 17. Масса ребенка (плода) при рождении _____ гр.

18. Рост ребенка (плода) _____ см

19 ☐ 19. Ребенок (плод) родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный - 3 (подчеркнуть)

20 ☐ 20. Ребенок (плод) родился: мацерированным - 1, в асфиксии - 2 (подчеркнуть)

21 ☐ 21. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, не известно - 4 (подчеркнуть)

22 ☐ 22. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен - 4 (подчеркнуть)

23. Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) __
_____

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода) _____
_____

в) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода) _____
_____

г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствовавшие смерти ребенка (плода) _____
_____

д) другие сопутствовавшие состояния _____
_____

24а ☐ 24. Причина смерти (мертворождения) установлена: а) врачом, удостоверившим смерть, - 1, врачом, принимавшим роды, - 2, врачом-педиатром, лечившим ребенка, - 3, патологоанатомом - 4, судебно-медицинским экспертом - 5 (подчеркнуть)

б ☐ б) на основании: осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации - 2, предшествовавшего наблюдения - 3, вскрытия - 4 (подчеркнуть)

25. Фамилия, имя, отчество, должность врача, выдавшего свидетельство, _____
_____

Подпись врача _____

ПЕЧАТЬ Главный врач учреждения здравоохранения
_____
фамилия /подпись/

26. Свидетельство проверено в органах ЗАГСа врачом, ответственным за правильность заполнения.

"__" _____ 19__ г. Подпись _____

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)

Формат А5

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР		Код формы по ОКУД 5103686 6
Наименование учреждения	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма N 106-3/у-84 утв. Минздравом СССР 19.11.84 N 1300	

СИГНАЛЬНОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ N _____
к врачебному свидетельству (фельдшерской справке) о смерти

N _____ выданному "__" _____ 19__ г.

(Направляется учреждениями здравоохранения в органы ЗАГС и не является основанием для регистрации факта смерти)

Врачом (фельдшером) _____
(фамилия, имя, отчество, должность)

Выдано свидетельство (справка) о смерти гр-на(ки)
_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____
проживающего(щей): область (край), республика _____
район _____ город (село) _____
Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____
Свидетельство (справка) получено(а) _____
_____
(фамилия, имя, отчество получателя)

проживающего по адресу: область (край), республика _____
район_____ город (село) _____
дом _____ кв. N _____

Подпись врача (фельдшера), выдавшего свидетельство (справку) _____

Дата отправления в органы ЗАГС
"__" _____ 19__ г.

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 19.11.1984 N 1300)

Минздрав СССР Наименование учреждения <*>	Код формы по ОКУД	
	Код учреждения по ОКПО	
	Мед. документация. Форма N 107/У	

		утверждена Минздравом СССР
РЕЦЕПТ (взрослый, детский - ненужное зачеркнуть) "__" _____ 19__ г. (дата выписки рецепта)		
Ф.И.О. больного Возраст Ф.И.О. врача		
руб.	коп.	Rp:
руб.	коп.	Rp: М.П.
Подпись и личная печать врача Рецепт действителен в течение 10 дней, 2 месяца (ненужное зачеркнуть)		

<*> Печатается фактическая подчиненность и название учреждения.

Бумага формата А6

ПАМЯТКА ВРАЧУ

- код лечебно-профилактического учреждения печатается типографским способом или ставится штамп;
- рецепт выписывается на латинском языке, разборчиво, четко, чернилами или шариковыми ручками, исправления запрещаются;
- на одном бланке: одно лекарство, содержащее ядовитое или наркотическое вещество или два - простые и сильнодействующие средства;
- разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений;
- в случае необходимости на курс лечения выписывается несколько рецептов;
- твердые и сыпучие вещества - в граммах (0,001; 0,5; 1,0) жидкие - в миллилитрах, граммах и каплях;
- способ применения - на русском или русском и национальном языках; запрещается ограничиваться общими указаниями: "внутреннее", "известно" и т.п.;
- подпись врача должна быть заверена его личной печатью

		Штамп аптеки	
N лекарств индивидуального приготовления			
Принял	Приготовил	Проверил	Отпустил

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 25.02.1982 N 175)

МИНЗДРАВ СССР	Код формы по ОКУД																		
Наименование учреждения <*>	Код учреждения								2										
Порядковый N рецепта в пач.	1			Мед. документация. Форма N 108/у Утверждена Минздравом СССР															
3																			
Бесплатно																Оплата			
Детям до года	1	ИОВ	2	Пр. катег.						3						20%		4	
Пенсионное удостоверение N			Рецепт N	4															
Дата выписки рецепта														5		6		7	
Ф.И.О. больного										возраст, диаг.				8		9			
Ф.И.О. врача				должность, личный N врача						10						11			

руб.	коп.	Rp.

12	13

14	М.П.

15	16	17	Подпись и личная печать врача

Рецепт действителен в течение 10 дней, 2 месяца
(ненужное зачеркнуть)

<*> Печатается фактическая подчиненность и название учреждения.

Бумага формата А6

Инструкция по кодированию рецептурного бланка

Графы 1 и с 12 по 17 кодируются в аптеке:
Графы со 2 по 11 кодируются в лечебно-профилактическом учреждении.
В разделе "наименование учреждения" должен быть поставлен штамп учреждения.
1 - порядковый номер рецепта в пачке,
2 - код лечебно-профилактического учреждения,
3 - категория больного, из обозначенных указаний нужный код подчеркнуть,
4 - номер рецепта,
5 - число, 6 - месяц, 7 - год выписки рецепта,
8 - возраст больного,
9 - диагноз,
10 - должность врача,
11 - личный номер врача,
12 - стоимость лекарственного средства,
13 - количество отпущенных больному единиц готового лекарственного средства,
14 - код готового лекарственного средства по ОКП,
15 - число, 16 - месяц, 17 - год отпуска лекарственного средства аптекой

		Штамп аптеки	
Номер лекарства индивидуального изготовления			
Принял	Приготовил	Проверил	Отпустил

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 25.02.1982 N 175)

1.4. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДРУГИХ ТИПОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 074/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации амбулаторных больных
за _____ м-ц 19__ г.

Для типографии
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

форма N 074/у

N п/п	Числа месяца	Принятый больной первичный, повторный (вписать)	Фамилия, имя, отчество	Пол	Год рождения (для детей до 1 г. дата рождения)	Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7

разворот ф. N 074/у

Место работы (для колхозников - название колхоза, для школьников - название школы, в каком классе учится)	Диагноз	Назначенное лечение	Примечание
8	9	10	11

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 075/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ТЕТРАДЬ
записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта, колхозного роддома

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 075/у

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
Год рождения _____ Адрес _____
_____
Срок беременности при взятии на учет ____ недель. Которая беременность ____
Сведения о предшествующих беременностях: родов _____,
в том числе преждевременных _____, абортов _____
Родилось: живыми _____, мертвыми _____
Дата взятия на учет "__" _____ 19__ г.
Дата снятия с учета "__" _____ 19__ г.
Беременность закончилась (родами в срок, преждевременными, абортом - подчеркнуть).

"__" _____ 19__ г.
(дата)

Роды произошли (на дому, в колхозном роддоме, ФАПе, др. стационаре)
_____
(наименование)

Дата посещения	Посещение ФАПа (колхозного роддома) или патронажное на дому - указать	Течение беременности (послеродового периода)

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 098/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета приема больных и рожениц в стационар
фельдшерско-акушерского пункта и колхозный родильный дом

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 098/у

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Возраст	Постоянное место жительства, адрес	Диагноз	Дата		Состояние при выписке или причина смерти	Дата родов	Сведения о новорожденных		
					поступления	выбытия или смерти			родился		умер в колхозном роддоме; доношенный, недоношенный (вписать)
									живым, доношенным, недоношенным (вписать)	мертвым	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 099/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ИСТОРИЯ РОДОВ
для колхозного родильного дома
(фельдшерско-акушерского пункта)

Фамилия, имя, отчество _____
_____
Местожительство _____
район, село, колхоз
_____
Поступила _____ 19__ г. Выписана _____ 19__ г.
число, месяц число, месяц
Возраст _____ Национальность _____

СВЕДЕНИЯ О ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЯХ

Число родов в срок _____, преждевременных _____,
абортов _____. Родила живых _____, мертворожденных _____

ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Размеры таза _____
Окружность живота _____, высота матки _____
Положение плода _____, сердцебиение _____
Предлежащая часть _____, где находится _____
Выделение из влагалища _____

РОДЫ:

Схватки начались _____ числа _____ час, воды отошли _____
_____ числа _____ час., _____ мин. Младенец родился _____ час., _____ мин., _____ числа _____ месяца, _____
Послед вышел через _____ час.,_____ мин., детское место отделилось все, под сомнением (подчеркнуть).
Оболочки отделились все, под сомнением (подчеркнуть).
Роды в срок, преждевременные (подчеркнуть), на какой неделе беременности __
_____
Обезболивание (чем) _____ результат _____
Особенности течения родов и пособия _____
Состояние промежности: цела, нарушена (подчеркнуть) _____

ПЛОД:

Мальчик, девочка (подчеркнуть).
Живой, мертвый, мацерированный (подчеркнуть).
Масса (вес) _____, рост _____ Особенности плода _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Оборотная сторона ф. N 099/у

ДНЕВНИК

Числа месяца	День после родов	Температура матери	Течение послеродового периода	Состояние новорожденного	Назначения	
					матери	новорожденному

Состояние при выписке: матери _____
_____
Ребенка _____
_____
Если переведена в больницу, то по какому поводу и куда _____
_____
_____
_____
_____

Зав. колхозным родильным домом _____
подпись
Зав. фельдшерско-акушерским пунктом _____
подпись

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 109/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
записи вызовов скорой медицинской помощи

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 109/у

N п/п	Дата и время (час., мин.) вызова	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Подробный адрес	По какому поводу был вызов	Фамилия лица, вызывающего скорую помощь, его должность и N телефона
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 109/у

Диагноз	Оказанная помощь, куда направлен	Подпись врача, оказавшего помощь	Фамилии фельдшера, санитара и шофера	Время (число, часы, мин.)		Сколько времени потрачено на выезд	Через сколько минут выехали на вызов	Отметки
				выезда	возвращения			Подпись старшего дежурного врача, опись документов и ценностей
8	9	10	11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 110/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
вызова скорой медицинской помощи N _____
"__" _____ 19__ г.

Время: приема передачи выезда возвращения

Адрес больного _____
Фамилия _____ Возраст _____
Повод к вызову _____
Вызывает _____ тел. _____ Диспетчер _____
3. Сектор Ф., И., О. больного _____

4. Н. С. [1]
Заболевание [2]
Роды [3]
План перев. [4]
Экстр. перев. [5]

5. Выз. первич. [1]
повторный [2]

6. Принят [1]
отказан [2]
самоотказ [3]

7. Вручен бриг. N [ ]

8. На руки [1]

_____
проживает _____

11. Возраст _____

12. Пол
М [1]
Ж [2]

13. Место вызова
улица [1]
квартира [2]
рабочее место [3]
лечеб. учреж. [4]
общест. место [5]
школа [6]
дошк. учреж. [7]

14. Результат выезда
больной обслужен [1]
не найден на месте [2]
отказ от помощи [3]
адрес не найден из-за плохого освещения [4]
нумерации домов [5]
бездорожия [6]
вызов ложный [7]
смерть до прибытия СМП [8]
пациент практически здоров [9]

15. Задержка выезда из-за отсутствия

по телеф.	2	водоем	8	транспорта	1
по радио	3	_____		врачей	2
9. Б-ой город	1	_____		фельдшера	3
сельский	2	Ст. вр. см.		бриг. соотв. проф.	4
приезжий	3			организ. неполадок	5
		_____		16. Б-ной пьяный	1
10. Подлеж. ак. посещ. пол. конс. N _____				нет	2

оборотная сторона ф. N 110/у

Жалобы, анамнез _____ арт. давление _____ m/Hg
_____ Температура _____
_____ Р _____
_____
_____
_____
_____
Диагноз _____
_____
_____
_____

18. Причина несчастного случая _____
_____
_____
_____

19. Осложнения

клиническая смерть	1
шок	2
кома	3
сердечная астма	4
отек легких	5
эмболия	6
асфиксия	7
аспирация	8

21. Оказанная помощь

острое кровотечение | 9
коллапс | 10
анурия | 11
нарушение сердечного ритма | 12
судороги | 13

20. Эффект. мер. при осложнении
осложнение устранено | 1
улучшение | 2
без эффекта | 3

22. Б-ой госпит. | 1 | в _____ б-цу
доставлен | 2 | в травм. пункт
оставлен | 3 | на месте

23. Километраж выезда _____

24. Врач _____ _____

фельдшер _____

водитель _____

санитар _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 114/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Станция скорой помощи

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ N _____
станции скорой медицинской помощи

Фамилия _____ | Возраст
Имя _____ | лет _____
Отчество _____ | мес. _____
со слов, по документам

Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинского учреждения (подчеркнуть) и др. _____
вписать

Диагноз врача скорой помощи, поликлиники (подчеркнуть и вписать диагноз)
_____
_____
_____
_____

Доставлен в _____
"__" час. "__" мин. _____ 19__ г.
По вызову, принятому в "__" час. "__" мин.

Врач _____
фамилия разборчиво

Фельдшер _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4с

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 114/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ТАЛОН
к сопроводительному листу N _____

Фамилия _____ | Возраст
Имя _____ | лет _____
Отчество _____ | мес. _____
со слов, по документам
Адрес _____
_____
Улица, квартира, рабочее место, медицинское учреждение, общественное место (подчеркнуть) и др. _____
вписать
_____
Когда и что случилось _____
_____
"___" час. "___" мин. _____ 19__ г.
Оказанная помощь _____
_____
Переноска на носилках, на руках, пешком
Доставлен в "___" час. "___" мин. _____ 19__ г.
по вызову, принятому в _____
Врач _____
фамилия разборчиво
Фельдшер _____

Диагноз при направлении скорой помощи, неотложной помощи, поликлиники (подчеркнуть и вписать диагноз) _____
_____
_____
_____
Диагноз приемного отделения _____
_____
_____
_____
Заключительный диагноз _____
_____
_____
_____
Операция "__" час. _____ 19__ г.
Обслужен амбулаторно, провел дней _____ час. _____
Выписан здоровым, с улучшением, без улучшения, с увечьем, скончался. _____
_____
_____ 19__ г.
Замечания лечебного учреждения (указать недостатки обслуживания скорой помощью): _____
_____
_____
_____

Врач отделения _____
фамилия разборчиво

оборотная сторона ф. N 114/у

В случае необходимости получить дополнительные сведения следует звонить на станцию скорой помощи.
Все больные, доставляемые станцией скорой помощи, подлежат обязательному приему в приемные отделения лечебных учреждений.
Замечания персонала скорой помощи

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Прочие замечания

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 115/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ДНЕВНИК
работы станции скорой медицинской помощи
за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 115/у

Числа месяца	Число обращений						Отказано по необоснованности вызова	Выполнено вызовов					Количество безрезультатных вызовов	Число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах									
		в том числе							в том числе						в том числе				Из них в сельских населенных пунктах				
		по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных				по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных			по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных		в том числе по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных
	всего	несчастных случаев	внезапных заболеваний	родов и патологий беременности					несчастных случаев	внезапных заболеваний	родов и патологий беременности				несчастных случаев	внезапных заболеваний	родов и патологий беременности		всего	несчастных случаев	внезапных заболеваний	родов и патологий беременности	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Оборот ф. N 115/у

Количество выездов, выполненных от момента вызова		Число лиц, которым оказана помощь бригадами							Число больных, доставленных в лечебные учреждения	Число лиц, которым оказана амбулаторная помощь на станции
		врачебными общепрофильными		фельдшерскими		специализированными				
до 4-х минут	позже 15 минут	всего	в т.ч. по оказанию помощи	всего	в т.ч. по перевозке	всего	в том числе			

			детскому населению		больных											
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 117/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации приема вызовов и их выполнения
отделением экстренной и планово-консультативной помощи
за 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 117/у

N п/п	Дата и время вызова	Откуда и кем сделан вызов	Фамилия, имя, отчество больного	Диагноз или причина вызова	Место нахождения больного
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 117/у

Консультант или сопровождающий		Вид транспорта	Время вылета (выезда)	Налет часов	Оказанная помощь	Подпись выполнившего вызов
фамилия, имя	должность, специальность					
7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 118/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЗАДАНИЕ N _____
на санитарный полет

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

Командиру _____
авиаотряда, звена, экипажа

Произвести полет "__" _____ 19__ г. _____ час. _____ мин.
по следующему заданию:

Маршрут полета	Пункт посадки	Фамилия, имя, отчество медицинского работника	Цель полета
1	2	3	4

Примечание _____
_____

М.П.

Заведующий отделением экстренной
и планово-консультативной помощи

Оборотная сторона ф. N 118/у

СВЕДЕНИЯ
о выполнении (заявки) _____ санавиацией

N п/п	Пункты отправления и прибытия по фактическому маршруту полета	Время				Пройдено километров	Время стоянки в пунктах посадки	Налет часов
		прилета		вылета				
		час.	мин.	час.	мин.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Пилот _____

Подпись лица, пользовавшегося самолетом _____

Заявка не выполнена по причинам _____
_____
_____
_____

Подпись командира авиаподразделения _____
(пилота отдельно базирующегося самолета, вертолета)

"__" _____ 19__ г.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 119/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЗАДАНИЕ N _____
врачу-консультанту

Отделение экстренной планово-консультативной помощи

Выезд плановый, экстренный. Вид транспорта _____
(подчеркнуть) _____
Фамилия, имя, отчество _____
_____
Должность, специальность _____
Пункт назначения _____
содержание задания _____
_____

Заведующий отделением экстренной

и планово-консультативной помощи _____

ОТЧЕТ КОНСУЛЬТАНТА

1. Проконсультировано больных:

N п/п	Фамилия, и., о. больного	Амб., стац.	Диагноз установлен лечебным учрежден.	Диагноз консультанта	Оказанная помощь
1	2	3	4	5	6

Число лиц, осмотренных профилактически _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 119/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СПРАВКА
о выполнении задания

Консультант: Фамилия, имя, отчество _____
_____
Должность, специальность _____
Пункт назначения _____ задание N _____
Выдан аванс _____
Р.О.Н. _____
Отметки о выбытии и прибытии в пункт назначения:

Выбыл из	Прибыл в	Выбыл из	Прибыл в
_____	_____	_____	_____
_____ 19__ г.	_____ 19__ г.	_____ 19__ г.	_____ 19__ г.
печать	печать	печать	печать

Бухгалтерии оплатить за _____ суток из расчета по _____ руб.
в сутки и расходы _____
_____
_____

Заведующий отделением экстренной
и планово-консультативной помощи _____
подпись

Для типографии!
при изготовлении документа

формат А4с

оборотная сторона ф. N 119/у

2. Прооперировано больных: (стационарных, поликлинических)
Фамилии, имена, отчества больных, диагноз, названия операций
_____
_____
_____
_____

3. Сделано флюорографий _____, рентгеноскопий _____
рентгенографий _____, других аппаратных, инструментальных исследований (вписать, какие) _____
_____

4. Произведено подробных разборов больных _____
Присутствовало врачей _____
_____

5. Организационно-методическая работа (указать обследованные учреждения, проведенные семинары, конференции) _____
_____

Консультант _____
подпись

М.П.

Главный врач _____
подпись

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 120/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации плановых выездов (вылетов)
за 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 120/у

N п/п	Дата	Место направления бригады (специалиста)	Для какой цели	Кто направляется (фамилия)	Дата фактического вылета (выезда)	Вид транспорта	Причина отмены вылета (выезда)	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 121/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета приема детей в дом ребенка
за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 121/у

N п/п	Дата поступления	Фамилия, имя и отчество ребенка	Дата рождения (год, число, месяц)	Кем направлен	Причина направления	С какими документами направлен в дом ребенка	Фамилия, имя, отчество и адрес родных ребенка (отца, матери, других близких родственников)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 121/у

Куда переведен, кто принял ребенка из дома ребенка	Дата перевода или выписки ребенка	Адрес учреждения и лица, принявшего ребенка	По каким документам выписан ребенок и расписка лица, принявшего ребенка	Кто выписал ребенка из дома ребенка	Подпись выписавшего	Отметки в случае смерти (указать дату и где умер: в больнице, на патронате, в доме ребенка)
9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 122/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета приема детей в ясли
за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

ф. N 122/у

N п/п	Фамилия и имя ребенка	Фамилия, имя и отчество матери	Девочка / мальчик	Дата рождения ребенка	Дата поступления ребенка в ясли	Домашний адрес и телефон
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 122/у

Место работы, должность		Дата выбытия ребенка	Причина выбытия	Примечание
матери	отца			
8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 123/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ТАБЕЛЬ
учета ежедневной посещаемости детей в детских яслях
за _____ 19__ г.

Группа _____

N п/п	Фамилия, имя ребенка	Код	Дни посещений																													Пропущено дней		Причины непосещения (основание)
			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	всего	в том числе засчитываемых	

и т.д. до конца страницы

оборотная сторона ф. N 123/у

N п/п	Фамилия, имя ребенка	Код	Дни посещений																													Пропущено дней		Причины непосещения (основание)
			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	всего	в том числе засчитываемых	

		1	2	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Всего детей
Должно было присутствовать детей по списочному составу																															
Фактически присутствовало детей																															
Из них на удлиненном пребывании - до 12 - 14 часов																															
Круглосуточно																															
Отсутствовало детей - всего																															
Из них:																															
1. По болезни																															
2. По карантину	в яслях																														
	на дому																														

3. По прочим причинам																												

СВЕДЕНИЯ ЗА МЕСЯЦ

Поступило вновь				Выбыло			
Всего	из них в возрасте			Всего	из них в возрасте		
	до 1 года	от 1 года до 3-х лет	3 года и старше		до 1 года	от 1 года до 3-х лет	3 года и старше

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 124/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
для записи питания ребенка (заполняется на детей
в возрасте до 9 месяцев)

"__" _____ 19__ г.

Фамилия, имя ребенка _____
Возраст на начало месяца _____ месяц _____ 19__ г.

Назначения врача		Числа месяца														
Назначено	Часы кормления	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		Отметки сестры о выполнении назначения														

наименование продуктов	Количество																
		1-ое кормление															
		2-ое кормление															
		3-е кормление															
		4-ое кормление															
		5-ое кормление															
		6-ое кормление															
Вес																	
Т°	утро																
	вечер																
Стул																	

Наблюдение сестры за поведением ребенка при кормлении _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 124/у

Назначения врача			Числа месяца															
Назначено		Часы кормления	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Наименование продуктов	Количество		Отметки сестры о выполнении назначения															
		1-ое кормление																
		2-ое кормление																
		3-е кормление																
		4-ое кормление																
		5-ое кормление																
		6-ое кормление																
Вес																		
Т°	утро																	
	вечер																	
Стул																		

Наблюдение сестры за поведением ребенка при кормлении _____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись сестры _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 125/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
изолятора, изоляционной комнаты
за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

N п/п	Фамилия, имя ребенка	Из какой группы	Возраст	Когда принят	Длительность пребывания (в течение дня)	Диагноз	Когда и куда выбыл	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 126/у
Утверждена Минздравом СССР
10.10.80 г. N 1050

СПРАВКА N _____
от "__" _____ 19__ г.

Дана гр. _____ в том, что
(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 2 сентября 1980 г. N 2819-X он(она) подлежит освобождению от взимания налога на холостяков, одиноких и малосемейных граждан СССР.

Главный врач (зам.) _____
(фамилия и подпись)

М.П. Лечащий врач _____
(фамилия и подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 126/у
Утверждена Минздравом СССР
10.10.80 г. N 1050

КОРЕШОК СПРАВКИ N _____
подтверждающей наличие заболевания, дающего право на отмену взимания налога на холостяков, одиноких и малосемейных граждан СССР в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 02.09.1980 г.
от "__" _____ 19__ г.

Дана гр. _____ в том, что он(она)
(фамилия, имя, отчество)
страдает _____ медицинская карта
(диагноз заболевания)
амбулаторного больного N _____, и в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 2 сентября 1980 г. N 2819-X подлежит освобождению от взимания налога на холостяков, одиноких и малосемейных граждан СССР.

Главный врач (заместитель) _____
(фамилия и подпись)

М.П. Лечащий врач _____
(фамилия и подпись)

Справку получил "__" _____ 19__ г.

_____
(подпись больного)

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 10.10.1980 N 1050)

КОД ФОРМЫ ПО ОКУД _____

КОД УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ОКПО _____

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ФОРМА N 127/У УТВ. МИНЗДРАВОМ СССР _____ N _____
Наименование учреждения		
КОНТРОЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ регистрации группы крови и резус-принадлежности		

Начат "__" _____ 19__ г.			Окончен "__" _____ 19__ г.				
N п/п	Фамилия, имя, отчество	Точный адрес местожительства	Дата внесения отметки в документ, название и N документа	Группа крови	Резус-принадлежность	Из каких, документов взяты данные о группе и резус-принадлежности	Подпись лица, сделавшего отметку в документе, удостоверяющем личность

(введен Приказом Минздрава СССР от 05.11.1980 N 1149)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 128/у
Утверждена Минздравом СССР
08.12.1980 г. N 1230

Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний

N п/п	Фамилия, имя и отчество	Возраст	Адрес	Первичный или повторный	Причина обращения (указать первичный диагноз, по контакту, реконвалесцент, на дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования и другие)	Заключение по данным клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования	Заключение и назначения врача кабинета инфекционных заболеваний

(введен Приказом Минздрава СССР от 08.12.1980 N 1230)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 130/У
Утверждена Минздравом СССР
20.01.1983 г. N 72

ЖУРНАЛ
учета консультаций в дистанционно-диагностическом
кабинете (центре)

N п/п	Дата и время регистрации ЭКГ	Наименование лечебного учреждения, передавшего ЭКГ	Фамилия, имя, отчество больного	Год рождения больного	Домашний адрес больного	Краткий анамнез и жалобы больного
1	2	3	4	5	6	7

Данные ЭКГ	Заключение врача-кардиолога и рекомендации по ведению и лечению больного	Дата и время передачи консультации	Фамилия, имя, отчество и подпись давшего заключение	Фамилия, имя, отчество и должность принявшего заключение
8	9	10	11	12

(введен Приказом Минздрава СССР от 20.01.1983 N 72)

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Код формы по ОКУД |_5_|_1_
Код учреждения по ОКПО

1	Министерство здравоохранения СССР Наименование учреждения		Медицинская документация Форма N 131/у Утверждено Минздравом СССР от 11.01.84 г. N 37	1
2	КАРТА УЧЕТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ N |_|_|_|_|_|_| (МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО N |_|_|_|_|			2
3	1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. Пол _____ 3. Дата рождения _____ телефон служ. _____ 4. Адрес: район _____ число, м-ц, год город (село) _____ ул. _____ дом N ___ корп. N _____ кв. N _____ 5. Место работы (учебы) _____ 6. Профессия, должность _____			3

4	7. Прикреплен для диспансеризации: 7.1. В данном учреждении: участок N _____ (название) 7.2. В другом учреждении Минздрава СССР, другого ведомства _____ (название)							4
	Год проведения диспансеризации	1	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Прикреплен для диспансеризации	2	._.	._.	._.	._.	._.	._.	
	Врачебный осмотр проведен (число, месяц):								
	Терапевтом	3	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Педиатром	4	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Хирургом	5	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Акушером-гинекологом	6	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Стоматологом (зубным врачом)	7	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Отоларингологом	8	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Офтальмологом	9	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Невропатологом	10	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Осмотр акушеркой смотрового кабинета	11	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	
	Лабораторно-инструментальные исследования (число, месяц):								

Год проведения диспансеризации		._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Анализ крови	12	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Исследование мочи:							
общее	13	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
на глюкозу	14	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
на белок	15	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Анализ кала на яйца гельминтов	16	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Цитологическое исследование мазков	17	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Флюорография	18	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Тонометрия глаз	19	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Острота зрения	20	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Острота слуха	21	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
ЭКГ	22	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Маммография	23	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Туберкулиновые пробы	24	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Дата завершения первичного диспансерного обследования	25	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.
Направлен(а) на дообследование	26	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.	._._._._.

Впервые выявленные при диспансеризации заболевания:

198_ г. _____ 198_ г. _____
198_ г. _____ 198_ г. _____
198_ г. _____ 198_ г. _____

ЗАПИСИ В КАРТЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ТОЛЬКО НЕПОСРЕДСТВЕННО В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И СОСТАВЛЕНИИ ОТЧЕТОВ УСТАНОВЛЕННОЙ ФОРМЫ

(в ред. Приказа Минздрава СССР от 11.01.1984 N 37)

Код формы по ОКУД _____

	Медицинская документация форма N 132/у Утв. Минздравом СССР 14.12.84 N 1412

КАРТОЧКА
больного сахарным диабетом

Дата выдачи "__" _____ 19__ г.

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____
2. Адрес _____
_____
3. Тел.: домашний _____
служебный _____
4. Поликлиника N _____
_____ района, тел.: _____

М.П. Главный врач _____
(подпись)

К сведению лиц,
оказывающих первую медицинскую помощь:

В случае потери сознания владельцем карточки необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи или доставить в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.

(введена Приказом Минздрава СССР от 14.12.1984 N 1412)

1.5. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 170/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Адрес: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА <*>
(Экспертиза трупа)
N _____

"__" _____ 19__ г. с "__" до "__" часов при _____ погоде и _____ освещении, на основании _____
_____
от "__" _____ 19__ г. N _____ в помещении _____

судебно-медицинский(е) эксперт(ы) _____
должность, место работы
_____
фамилия, и., о., специальность, стаж, категория,
_____
ученая степень и звание
_____
_____
_____
_____
произвел(и) судебно-медицинскую экспертизу трупа _____
_____
фамилия, имя, отчество умершего
рождения 19__ г. (____ лет).

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. _____ УПК _____ ССР, разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. _____
_____ УК _____ ССР предупрежден.

Эксперт(ы) _____
подпись(и)

При экспертизе присутствовали _____
_____
_____
_____
_____

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы "Заключения эксперта" излагаются на следующих _____ листах.

<*> "Заключение эксперта" составляется при наличии постановления органов внутренних дел, прокуратуры; определения суда. В соответствии с УПК союзной республики документ может именоваться "Акт судебно-медицинской экспертизы".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Указания по составлению "Заключения эксперта"

По заполнении титульного листа, "Заключение эксперта" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению при экспертизе, последовательно излагаются: обстоятельства дела (сведения из постановления, протокола осмотра трупа, медицинских документов и др.); данные наружного, внутреннего исследований; отмечаются другие произведенные вмешательства на трупе (если имели место), в том числе изъятие органов и тканей; указывается, на какие дополнительные исследования и какой материал был направлен (при необходимости); приводятся результаты исследований; формулируются диагноз и выводы.

"Заключение эксперта" должно включать все перечисленные разделы. Все обнаруженное при экспертизе трупа (болезненные или травматические изменения, нормальное состояние органов и тканей и т.д.) детально описывается. Подмена подробного описания диагнозами ("абсцесс", "жировое перерождение", "входное огнестрельное отверстие" и др.), употребление выражений "норма", "без особенностей" и т.п., а также сокращение слов не допускается. Название месяца приводится полностью, без цифрового обозначения.

"Заключение эксперта" оформляется не менее, чем в двух экземплярах.

Протокольная часть "Заключения эксперта" составляется на месте, в процессе производства экспертизы. "Заключение эксперта" должно направляться органам прокуратуры, МВД, КГБ, суду, назначившим судебно-медицинскую экспертизу, не позднее, чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

С красной строки начинаются только новые разделы протокольной части "Заключения эксперта", диагноз и выводы. Внутри каждого раздела материал излагается без выделения абзацев.

Протокольная часть "Заключения эксперта", после перечисления объектов, направленных на дополнительные исследования, подписывается судебно-медицинским(и) экспертом(ами) и присутствующими лицами, а диагноз и выводы подписываются судебно-медицинским(и) экспертом(ами) и присутствующими лицами, а диагноз и выводы подписываются судебно-медицинским(и) экспертом(ами). "Заключение эксперта" заканчивается датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

На втором экземпляре "Заключения эксперта", остающемся в бюро судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинский эксперт делает отметку о выдаче Врачебного свидетельства о смерти, с указанием причины смерти, выставленной в свидетельстве.

Если первоначально было выдано предварительное свидетельство о смерти, то, по уточнении причины и рода смерти, новое свидетельство с отметкой "взамен предварительного" пересылается непосредственно в областное (краевое, городское, республиканское) статистическое управление, о чем также делается соответствующая запись в "Заключении эксперта". Сделанные записи удостоверяются подписью судебно-медицинского эксперта.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 171/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
судебно-медицинского исследования трупа <*>
N _____

"__" _____ 19__ г. с "__" до "__" часов при _____ погоде и _____ освещении, на основании _____
_____
от "__" _____ 19__ г. N _____ в помещении _____
судебно-медицинский(е) эксперт(ы) _____
должность, место работы,
_____
фамилия, и., о., специальность, стаж, категория,
_____
ученая степень и звание
_____
_____
_____

произвел(и) судебно-медицинское исследование трупа _____
_____
фамилия, имя, отчество умершего
рождения 19__ г. (____ лет).
При исследовании присутствовали _____
_____
_____
_____
_____
Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании, и другие разделы "Акта судебно-медицинского исследования трупа" излагаются на следующих __ листах.

<*> "Акт судебно-медицинского исследования трупа" составляется при отсутствии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 171/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Акта судебно-медицинского исследования трупа"

По заполнении титульного листа, "Акт судебно-медицинского исследования трупа" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению при исследовании, излагаются: обстоятельства дела (сведения из полученных документов, в том числе медицинских); данные наружного, внутреннего исследований; отмечаются другие произведенные вмешательства на трупе (если имели место), в том числе изъятие органов и тканей; указывается, на какие дополнительные исследования и какой материал был направлен (при необходимости); приводятся результаты исследований; формулируются диагноз и заключение.

"Акт судебно-медицинского исследования трупа" должен включать все перечисленные разделы. Все обнаруженное при исследовании трупа (болезненные или травматические изменения, нормальное состояние органов и тканей и т.д.) детально описывается. Подмена подробного описания диагнозами ("абсцесс", "жировое перерождение", "входное огнестрельное отверстие" и др.), употребление выражений "норма", "без особенностей" и т.п., а также сокращение слов не допускается. Название месяца приводится полностью, без цифрового обозначения.

"Акт судебно-медицинского исследования трупа" оформляется не менее чем в двух экземплярах.

Протокольная часть "Акта судебно-медицинского исследования трупа" составляется на месте, в процессе производства исследования. "Акт судебно-медицинского исследования трупа" должен быть закончен и направлен по назначению не позднее, чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

С красной строки начинаются только новые разделы протокольной части "Акта

судебно-медицинского исследования трупа", диагноз и заключение. Внутри каждого раздела материал излагается без выделения абзацев.

Протокольная часть "Акта судебно-медицинского исследования трупа", после перечисления объектов, направленных на дополнительные исследования, подписывается судебно-медицинским(и) экспертом(ами) и присутствующими лицами, а диагноз и заключение подписываются судебно-медицинским(и) экспертом(ами). "Акт судебно-медицинского исследования трупа" заканчивается датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

На втором экземпляре "Акта судебно-медицинского исследования трупа", остающемся в бюро судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинский эксперт делает отметку о выдаче Врачебного свидетельства о смерти, с указанием причины смерти, выставленной в свидетельстве.

Если первоначально было выдано предварительное свидетельство о смерти, то, по уточнении причины и рода смерти, новое свидетельство с отметкой "взамен предварительного" пересылается непосредственно в областное (краевое, городское, республиканское) статистическое управление, о чем также делается соответствующая запись в "Акте судебно-медицинского исследования трупа". Сделанные записи удостоверяются подписью судебно-медицинского эксперта.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 172/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА <*>
(Экспертиза свидетельствуемого)
N _____

"__" _____ 19__ г., при _____ освещении,
на основании _____
_____
_____ от "__" _____ 19__ г. _____ в
помещении _____
_____
судебно-медицинский(е) эксперт(ы) _____
должность, место работы,
_____
фамилия, и., о., специальность, стаж, категория,
_____
ученая степень и звание
_____
_____
_____
_____
произвел(и) судебно-медицинское освидетельствование гр. _____
_____
фамилия, имя, отчество
рождения 19__ г. (_____ лет), по профессии _____
проживающего(ей) _____
_____

предъявившего(ей) _____
паспорт (N, серия, кем и когда выдан) или
_____
другой документ с фотокарточкой, удостоверяющей личность
_____
Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. _____ УПК _____ _____ ССР, разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. _____ _____ УК _____ ССР предупрежден.
Эксперт(ы) _____
При экспертизе присутствовали _____
_____
_____
Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы "Заключения эксперта" излагаются на следующих листах.

<*> "Заключение эксперта" составляется при наличии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда. В соответствии с УПК союзной республики документ может именоваться "Акт судебно-медицинской экспертизы".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 172/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Заключения эксперта"

По заполнении титульного листа "Заключение эксперта" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению, последовательно излагаются: обстоятельства дела (сведения из постановления органов прокуратуры, МВД, КГБ или определения суда, из подлинных медицинских документов); данные освидетельствования; указывается, на какие дополнительные обследования направлен свидетельствуемый(ая); на какие дополнительные исследования и какой материал был направлен; приводятся полученные результаты; формулируются выводы.

"Заключение эксперта" должно включать в себя все перечисленные разделы. Имеющиеся повреждения тщательно описывают. При этом замена описания диагнозами и употребление специальных медицинских терминов не допускаются.

"Заключение эксперта" оформляется не менее, чем в двух экземплярах.

Протокольная часть "Заключения эксперта" составляется в процессе обследования; выводы составляются по окончании экспертизы.

С красной строки начинаются только новые разделы протокольной части "Заключения эксперта" и выводы. Внутри каждого раздела материал излагается без выделения абзацев.

Протокольная часть подписывается экспертом(ами) и присутствующими лицами; выводы подписываются судебно-медицинским экспертом(ами).

"Заключение эксперта" заканчивается датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 173/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
судебно-медицинского освидетельствования <*>
N _____

"__" _____ 19__ г., при _____ освещении,
на основании _____
_____
_____ от "__" _____ 19__ г. N _____
в помещении _____
_____
судебно-медицинский(е) эксперт(ы) _____
должность, место работы,
_____
фамилия, и., о., специальность, стаж, категория,
_____
ученая степень и звание
_____
_____
_____
_____
произвел(и) судебно-медицинское освидетельствование гр. _____
_____
фамилия, имя, отчество

рождения 19__ г. (_____ лет), по профессии _____
проживающего(ей) _____
_____
предъявившего(ей) _____
паспорт (N, серия, кем и когда выдан) или
_____
другой документ с фотокарточкой, удостоверяющей личность

При освидетельствовании присутствовали _____
_____
_____
_____
Вопросы, подлежащие разрешению при освидетельствовании, и другие разделы "Акта судебно-медицинского освидетельствования" излагаются на следующих _____ листах.

<*> "Акт судебно-медицинского освидетельствования" составляется при отсутствии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 173/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Акта судебно-медицинского освидетельствования"

По заполнении титульного листа "Акт" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению, последовательно излагаются: обстоятельства дела (сведения из полученных документов, в том числе медицинских); данные освидетельствования; указывается, на какое дополнительное обследование направлен свидетельствуемый(ая); на какие исследования и какой материал был направлен; приводятся полученные результаты, формулируются выводы.

"Акт" должен включать в себя все перечисленные разделы.

Обнаруженные повреждения тщательно описывают. При этом замена описания диагнозами и употребление специальных медицинских терминов не допускаются.

"Акт" оформляется не менее, чем в двух экземплярах.

Протокольная часть "Акта" составляется в процессе обследования; заключение составляется по окончании освидетельствования.

С красной строки начинаются только новые разделы протокольной части "Акта" и заключение. Внутри каждого раздела материал излагается без выделения абзацев.

Протокольная часть подписывается судебно-медицинским экспертом(ами) и присутствующими лицами, "Заключение" подписывается судебно-медицинским экспертом(ами).

"Акт" заканчивается датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 174/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА <*>
(Экспертиза вещественных доказательств)
N _____

На основании _____
_____
от "__" _____ 19__ г. N _____ в _____
отделении лаборатории Бюро судебно-медицинской экспертизы _____
_____ обл(край)здравотдела, Министерства
здравоохранения _____
_____ судебно-медицинским(и) экспертом(ами),

экспертом(ами)-химиком(ами) отделения _____
должность, фамилия, и., о.,
_____
специальность, стаж,
_____
категория, ученая степень и звание
_____
_____
_____
произведена экспертиза _____
перечень вещественных доказательств
_____
_____
по делу _____
Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. _____ УПК _____ _____ ССР, разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. _____ УК _____ ССР предупрежден.

Эксперт(ы) _____
подпись(и)

Экспертиза начата _____
Экспертиза окончена _____

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы "Заключения эксперта" излагаются на следующих _____ листах.

<*> "Заключение эксперта" составляется при наличии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда. В соответствии с УПК союзной республики, документ может именоваться "Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы вещественных доказательств".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 174/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Заключения эксперта"

По заполнении титульного листа "Заключение эксперта" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению при экспертизе, указывается, какие образцы присланы для сравнения (если они поступили); излагаются обстоятельства дела (сведения из постановления следственных органов или определения суда и прочих документов); приводится описание вещественных доказательств, включая упаковку их; на основании записей в рабочих журналах описывается исследование, с указанием примененных методов, используемой аппаратуры и реагентов, результатов исследования; формулируются выводы.

"Заключение эксперта" оформляется не менее, чем в двух экземплярах. Оно должно быть закончено и направлено органам прокуратуры, МВД, КГБ, суду, назначившим экспертизу, не позднее, чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

"Заключение эксперта" заканчивается подписью экспертов, датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 175/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
судебно-медицинского (судебно-химического)
исследования <*>
N _____

На основании _____
_____
от "__" _____ 19__ г. N _____ в _____
отделении судебно-медицинской лаборатории Бюро судебно-медицинской экспертизы _____ обл(край)здравотдела, Министерства здравоохранения _____ СССР (АССР)
_____ судебно-медицинским(и) экспертом(ами), экспертом(ами)-химиком(ами) отделения _____
должность, фамилия, и., о.,
_____
специальность, стаж,
_____
категория, ученая степень и звание
_____
_____
_____
произведено исследование _____
перечень объектов, их количество
_____
_____
_____
по поводу _____
_____

Исследование начато _____
Исследование закончено _____

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании, и другие разделы "Акта судебно-медицинского (судебно-химического) исследования" излагаются на следующих ____ листах.

<*> "Акт судебно-медицинского (судебно-химического) исследования" составляется при отсутствии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда.

оборотная сторона ф. N 175/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Акта судебно-медицинского
(судебно-химического) исследования"

По заполнении титульного листа "Акт" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

После перечисления вопросов, подлежащих разрешению, излагаются обстоятельства дела, сведения из полученных документов, в том числе медицинских; приводится описание полученных объектов, включая упаковку их; на основании записей в рабочих журналах описывается исследование с указанием примененных методов, используемой аппаратуры и реагентов, результатов исследования, формулируется заключение.

"Акт" оформляется не менее, чем в двух экземплярах. Он должен быть закончен и направлен по назначению не позднее, чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

"Акт" заканчивается подписью эксперта (ов), датой окончания оформления документа и скрепляется печатью.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 176/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
судебно-гистологического исследования
N _____

На основании _____
_____
от "__" _____ 19__ г. N _____ в судебно-гистологическом отделении _____ морга Бюро судебно-медицинской экспертизы _____ обл(край)здравотдела, Министерства здравоохранения _____ ССР (АССР) судебно-медицинским экспертом отделения
_____
должность, фамилия, и., о., специальность, стаж,
_____
категория, ученая степень и звание
_____
произведено исследование _____
перечень направленных объектов, их количество
_____
_____
от трупа _____
фамилия, имя, отчество умершего, возраст
с целью _____
_____
_____
Судебно-медицинский диагноз _____
_____
_____
Дата вскрытия трупа _____ "Заключение эксперта" ("Акт") N _____
Дата поступления объектов в отделение _____
_____ _____
дата начала исследования дата окончания исследования

Другие разделы "Акта" излагаются на следующих ____ листах.

оборотная сторона ф. N 176/у

УКАЗАНИЯ
по составлению "Акта судебно-гистологического исследования"

По заполнении титульного листа "Акт" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

Вначале кратко излагают обстоятельства дела. В описательной части указывают, в какой упаковке, в каком виде (опечатанном или нет), в какой фиксирующей жидкости и в каком количестве находились объекты, в каком состоянии поступили.

При изложении хода исследования указываются: методика изготовления препаратов, примененные окраски, общее количество срезов. Данные микроскопического исследования приводятся отдельно по каждому органу (объекту), с указанием количества исследованных препаратов.

Приводят судебно-гистологический диагноз (заключение).

Акт заканчивается подписью эксперта, датой окончания оформления документа, скрепляется печатью и направляется по назначению не позднее, чем через три дня после окончания исследования.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 177/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
судебно-химического исследования <*>

На основании _____
_____
в судебно-химическом отделении судебно-медицинской лаборатории Бюро судебно-медицинской экспертизы экспертом-химиком _____
_____
фамилия, и., о., специальность, стаж,
_____
категория, ученая степень и звание
_____
произведено исследование _____
наименование объектов
_____
_____
от трупа _____
фамилия, имя, отчество умершего, возраст

с целью определения этилового спирта.
Дата наступления смерти _____
" вскрытия трупа и номер заключения (акта) _____
" поступления объектов в отделение _____
" начала исследования _____
" окончания исследования _____
Обстоятельства дела _____
_____
_____
_____
_____
Описание объектов _____
_____
_____
_____
_____

<*> Составляется в двух экземплярах при производстве исследований на наличие спиртов C_1 - C_8 (этиловый спирт и его аналоги) газохроматографическим методом.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 177/у

Методика химического исследования. Условия хроматографического разделения: хроматограф _____, колонка _____, насадка _____ + _____% едкого натра + _____% _____ Температура колонки _____ С, инжектора - _____ Расход газа-носителя _____ л/час; детектор-катарометр; ток детектора - _____ ма.

Во флакон из-под пенициллина наливали 0,5 мл 50% раствора трихлоруксусной кислоты, добавляли каплю раствора 1:400 метилового спирта и 0,5 мл _____ После фиксации пробки к горловине флакона содержимое его тщательно взбалтывали, затем во флакон шприцом вводили 0,3 мл 30% раствора нитрита натрия и смесь тщательно взбалтывали. Шприцом отбирали из флакона 3 мл парообразной пробы и вводили ее в хроматограф - на хроматограмме идентифицировали пики: метилнитрита _____
_____
_____

2 мл 4% раствора _____ спирта (внутренний стандарт) смешивали с 2 мл _____, 1 мл смеси вводили во флакон из-под пенициллина, содержащий 0,5 мл раствора трихлоруксусной кислоты. После фиксации пробки к горловине флакона содержимое его тщательно перемешивали, шприцом вводили 0,3 мл раствора нитрита натрия. Смесь тщательно взбалтывали. Через минуту из флакона отбирали 3 мл парообразной пробы, которую вводили в хроматограф. При этом на хроматограмме отмечена высота пика этилнитрита, равная _____ мм, высота пика _____ мм. По вышеописанной методике производилось исследование _____. При этом высота пика этилнитрита была равной _____ мм, высота пика _____ мм. Одновременно по вышеописанной методике строились калибровочные графики. При построении калибровочных графиков использовались 1, 2, 4 и 60% растворы этанола, приготовленные на дистиллированной воде. Перерасчетный коэффициент по количественному определению этанола по водноспиртовой смеси составляет: для крови - 0,95, для мочи - 1,05.

При этом высота пиков этилнитрита соответственно составила _____ мм; высота пиков _____ мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При судебно-химическом исследовании _____
от трупа _____
фамилия, имя, отчество умершего
обнаружен этиловый спирт в концентрации _____
_____
_____
не обнаружены: _____
_____
Приложение: 1. Две хроматограммы на 2 листах.
2. Калибровочный график на 1 листе.

Эксперт-химик _____
подпись
"__" _____ 19__ г.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 178/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ
в судебно-медицинскую лабораторию

Направляется для _____ исследования материал
от _____
фамилия, имя, отчество умершего (свидетельствуемого),
_____
год рождения, пол
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
Заключение эксперта (акт) N ____ Дата и часы взятия материала _____
Фиксирующая жидкость _____
(если производилось консервирование)
Опечатано печатью с оттиском _____

оборотная сторона ф. N 178/у

Краткие обстоятельства дела _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

"__" _____ 19__ г.

_____ _____
фамилия, имя, отчество эксперта подпись

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 179/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ
на судебно-химическое исследование

Направляется материал из трупа _____
фамилия, имя, отчество умершего,
_____ в _____ банках, _____ флаконах.
год рождения, пол

Наименование органа Вес

I. Банка N 1 содержит _____
Банка N 2 " _____
Банка N 3 " _____
Банка N 4 " _____
Банка N 5 " _____
Флакон N 1 " _____
Флакон N 2 " _____
_____
II. Образец этилового спирта, примененного для консервирования _____ мл.

оборотная сторона ф. N 179/у

Опечатано печатью с оттиском _____
_____

Дата смерти _____ 19__ г. Дата вскрытия трупа _____ 19__ г.

"Заключение эксперта" ("Акт") N _____
Краткие обстоятельства дела и предполагаемая причина смерти _____
_____
_____
_____
Вопросы, подлежащие разрешению при судебно-химическом исследовании _____
_____
_____
_____
_____

"__" _____ 19__ г. _____
фамилия, имя, отчество эксперта (подпись)

Примечания. Следует указывать вещество (группу веществ), отравление которыми подозревается.

При направлении материала из эксгумированного трупа посылать: образцы почвы, части гроба, одежды, украшений, с указанием места, глубины погребения и характер почвы.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 180/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ
на судебно-гистологическое исследование

Направляется материал от трупа _____
фамилия, имя, отчество умершего,
_____ Дата смерти _____
год рождения, пол год, месяц, число, час, минуты

Дата и часы вскрытия трупа _____
Заключение (акт) N _____
Краткие обстоятельства дела _____
_____
_____
_____
Клинический диагноз (если умер в стационаре) _____
_____
_____
_____
Судебно-медицинский диагноз _____
_____
_____
_____

Цель исследования: подтверждение диагноза [1], установление диагноза [2], определение характера и прижизненности повреждений [3],

др. _____ [4]

Фиксирующая жидкость _____
Краткое описание макроскопических изменений органов и тканей, кусочки которых направлены на исследование _____
_____
_____
_____
_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 180/у

Локализация повреждений на коже (раны, кровоподтеки, ссадины, электрометки и т.п.) и их расположение по отношению к трупным пятнам _____
_____
_____
_____
_____
_____

Примечание. Взятие для гистологического исследования тех или иных органов зависит от цели исследования.

Перечень кусочков, направленных на исследование

Органы (какие отделы)		Количество кусочков	Особые отметки (форма кусочков, локализация и т.п.)
Мозг с оболочками	кора		
	подкорковая обл.		
	ствол		
	спинной мозг		
Сердце			
Аорта			
Легкое			
Дыхательные пути	гортань		
	трахея		
	бронхи		
Печень			
Почка			
Селезенка			
Кишечник			
Эндокринные железы	гипофиз		
	надпочечники		
	правый		

	левый		
	щитовидная железа		
	зобная железа		
	половые железы		
	поджелудочная железа		
Кожа			
Другие органы и ткани, в том числе микрочастицы			
Отпечатки органов			
Мазки			

Материал опечатан печатью с оттиском _____

"__" _____ 19__ г. _____
фамилия, и., о. эксперта (подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 181/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации трупов в судебно-медицинском морге

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

Указания по заполнению журнала

Журнал заполняет медицинский регистратор (медицинская сестра, фельдшер или лаборант).

В графе 15 при личном получении "Заключения эксперта" (Акта") должна быть подпись получателя с указанием его фамилии, должности, N служебного удостоверения; пересылку акта по почте оформляют заказным отправлением, указывают N и дату почтовой квитанции.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа

формат А3

ф. N 181/у

N п/п	Фамилия, имя, отчество умершего	Пол	Дата рождения	Место постоянного жительства и N паспорта умершего	Труп доставлен в морг		Откуда труп поступил в морг (из дома, с улицы и пр.)	Кем и когда вынесено постановление о производстве экспертизы	Кем и когда произведена экспертиза трупа
					дата	время			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 181/у

Причина смерти (краткий диагноз, в соответствии с врачебным свидетельством о смерти)	Какие объекты (внутренние органы и кусочки, мазки, кровь и т.п.) и куда направлены на дополнительное исследование	Дата		Когда и кому направлено или передано "Заключение эксперта" ("Акт"). Расписка в получении	Дата выдачи или погребения трупа и N свидетельства о смерти	Кому выдан труп (фамилия, имя, отчество, серия и N паспорта, место постоянного жительства) и место захоронения
		получения результатов анализов из лаборатории	получения "Заключения эксперта" ("Акта")			
11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 182/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации свидетельствуемых в судебно-медицинской амбулатории (кабинете)

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

Указания по заполнению журнала

Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением).

В графе 10 указывается характер экспертизы, например, "квалификация тяжести телесных повреждений"; "определение возраста"; "экспертиза половых состояний" и т.д.

В графе 11 указывается установленная степень тяжести телесных повреждений; установленный возраст; наличие (или отсутствие) нарушения девственной плевы, признаков мужеложства и пр.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 182/у

N п/п	Фамилия, имя, отчество свидетельствуемого	Пол	Дата рождения	Профессия	Адрес	Кем направлен на экспертизу
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 182/у

Дата проведения экспертизы	Время происшествия	Вид экспертизы	Результаты экспертизы	Номер "Заключения экспера" ("Акта")	Фамилия судебно-медицинского эксперта	Фамилия, должность, N служебного удостоверения лица, получившего "Заключение эксперта" ("Акт"), его подпись, дата (или N и дата почтовой квитанции)
8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 183/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз
по материалам следственных и судебных дел

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

Указания по заполнению журнала

Заполняется специально выделенным лицом.

В графах 15 и 16 перечисляются сдаваемые документы и иные материалы (с указанием количества листов), затем следует расписка получившего лица. Если получателем является не сотрудник бюро судебно-медицинской экспертизы, осуществляющий отправку, а представитель органов внутренних дел, прокуратуры или суда, то указывается его фамилия, должность, N служебного удостоверения.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 183/у

N п/п	Дата поступления	Номер и дата основного сопроводительного документа	Наименование учреждения, направившего дело	Наименование дела с указанием фамилий, инициалов и возраста потерпевших и обвиняемых	Краткое содержание дела	Количество томов и листов дела	Докладчик по делу		
							Фамилия судебно-медицинского эксперта	дата вручения дела	дата возвращения всех материалов
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 183/у

Дата производства экспертизы	Состав комиссии	Краткое изложение результатов экспертизы	Номер "Заключения эксперта" ("Акта")	Дата, фамилия, имя, отчество и подпись лица	
				получившего "Заключение эксперта" ("Акт"), сопроводительный документ к нему и материалы дела (или номер и дата почтовой квитанции)	которому сданы документы, поступившие с материалами дела и дубликаты "Заключения эксперта" ("Акта")
11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 184/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации вещественных доказательств
и документов к ним в лаборатории

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

Указания по заполнению журнала

Ведется специально выделенным лицом в каждом отделении судебно-медицинской лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы.

В графе 1 указывается порядковый номер экспертизы (по отделению). В графе 2 эксперт расписывается, если в отделении работают 2 эксперта и более. В графах 15 и 16 перечисляются сдаваемые документы (с указанием числа листов) и вещественные доказательства. В графе 15 расписывается получатель, с указанием его фамилии, должности, N служебного удостоверения или сотрудник бюро судебно-медицинской экспертизы, осуществляющий отправку; в графе 16 датированная расписка дается сотрудником бюро, ответственным за хранение архива.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 184/у

N п/п	Дата поступления вещественных доказательств и документов	Номер и дата основного сопроводительного документа	Количество листов поступивших документов	Наименование учреждения, направившего вещественные доказательства	Фамилия, имя, отчество потерпевших и обвиняемых	Перечень (характер) вещественных доказательств и образцов, представленных для сравнения	Краткие обстоятельства дела
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 184/у

Цель экспертизы	Фамилия и подпись эксперта, которому поручено проведение экспертизы	Дата производства экспертизы		Краткое изложение результатов экспертизы	Номер "Заключения эксперта ("Акта")	Дата, фамилия, и., о., подпись лица	
		начала	окончания			получившего "Заключение эксперта" ("Акт") и вещественные доказательства (или номер и дата почтовой квитанции)	которому сданы остающиеся вещественные доказательства и документы
9	10	11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 185/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации исследований мазков и тампонов в лаборатории

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

Указания по заполнению журнала

Ведется в судебно-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы.

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 185/у

N п/п	Фамилия эксперта, направившего мазок, тампон и пр.	N и дата направления	Дата поступления	В каком виде поступил мазок, тампон и пр.	Даты исследования		Принадлежность мазков, тампонов и пр.	Возраст	Результаты исследования	Фамилия эксперта, производившего исследование	Примечание
					начала	окончания	фамилия, имя, отчество				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 186/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Отделение _____

ЖУРНАЛ
регистрации исследований трупной крови в лаборатории

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

Указания по заполнению журнала

Журнал предназначен для регистрации исследований жидкой трупной крови, поступившей из моргов по направлению судебно-медицинских экспертов.

В графах 11 - 21 указывают серии сывороток, сведения о лектинах и данные о проверке титра и специфичности реагентов.

В графе 24 указывают данные об остатке образца (высушен на марле и т.п.)

Журнал должен иметь пронумерованные листы, быть опечатан и подписан начальником бюро.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 186/у

N п/п	Фамилия, имя, отчество, возраст лица, из трупа которого взята кровь	Фамилия эксперта, направившего кровь	N "Заключения эксперта ("Акта")	Даты			Упаковка, количество крови, состояние, в котором она поступила	Исследование изосерологических						
				смерти	поступления крови в отделение	исследования крови		АВО						
								тест-эритроциты		изосыворотки		иммунные сыворотки		
								A	B	бета	альфа	анти-A	анти-B	анти-H
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 186/у

систем тест-эритроцитами, сыворотками, лектинами и пр.															Результат определения групп по исследованным системам	Подпись эксперта, проводившего исследование	Примечание
	Льюис				Другие системы												
лектин	анти-Le^a	анти-$Le^в$	анти-Le^a	анти-$Le^в$													
анти-H	с полными антителами		с неполными антителами														
16	17	18	19	20	21										22	23	24

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 187/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
судебно-медицинской экспертизы трупа

	Порядковый номер	Код содержания
1. _____ должность, фамилия, и., о. эксперта		
2. _____ дата вскрытия 3. _____ час вскрытия	2	
4. _____ заключение (акт) N 5. _____ дата составления выводов	5	
6. Участие судебно-медицинского эксперта в осмотре трупа на месте происшествия: да [1] нет [2] (подчеркнуть)	6	
7. Труп направлен _____ указать, кем	7	
8. Основание для производства экспертизы: постановление [1], направление следственных органов [2], направление лечебного учреждения [3], прочие [4]	8	
9. _____ фамилия, имя, отчество умершего		
10. Пол: М [1], Ж [2], не установлен [3] (подчеркнуть)	10	
11. Возраст _____ (лет; для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)	11	
12. Профессия _____	12	
13. _____ дата смерти/час смерти	13	
14. Место смерти: квартира [1], место работы [2], лечебное учреждение [3], улица [4],		

общественное место [5], прочее [6]
(подчеркнуть) 14 _____

15. Краткое изложение обстоятельств дела и документальных данных _____
_____
_____
_____
_____

16. Дополнительные исследования _____
какие 16 _____
_____

17. Алкоголь: установлен [1], не установлен [2]
(подчеркнуть) 17 _____
в крови _____ 0/00, в моче _____ 0/00

18. Причина смерти _____
_____
_____

19. Категория смерти: насильственная [1],
не насильственная [2] (подчеркнуть) 19 _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

обор. сторона ф. N 187/у

20. При насильственной смерти: убийство [1],
самоубийство [2], несчастный случай вне
связи с производством [3], несчастный
случай на производстве [4], род смерти
не установлен [5] (подчеркнуть) 20 _____

21. Вид смерти _____ 21 _____

22. При смерти в больнице _____
наименование больницы,
_____
отделения, N медицинской карты стац. больного,
_____ 22 _____
срок пребывания (дней/часов)

23. При скоропостижной смерти: обращение в поликлинику
незадолго до смерти (да [1], нет [2]), выдача
листка нетрудоспособности (да [3], нет [4]),
23

N амбулаторной карты _____ _____

24. Судебно-медицинский диагноз _____
_____
_____
_____ 24
_____ _____
25
25. Клинический (поликлинический) диагноз: а
а) основное заболевание _____ б
б) осложнение _____ в
в) сопутствующее заболевание _____ _____

26. Сличение судебно-медицинского и клинического (поликлинического) диагнозов:

совпали [1], частично совпали [2],

не совпали [3] (подчеркнуть) 26

Не диагносцировано: а) основное заболевание _____ а
какое
_____
б) сопутствующее заболевание _____ б
какое

27. Причины расхождения диагнозов _____
_____
_____ 27
_____ _____

28. Дефекты оказания медицинской помощи _____
_____
_____ 28
_____ _____

29. Дефекты медицинской документации _____
_____
_____ 29
_____ _____

30. Разбор случая на клинико(поликлинико)-анатомической конференции:

да [1], нет [2] (подчеркнуть) 30

_____ _____
дата составления подпись эксперта

Заполняет судебно-медицинский эксперт. Используется для научно-практической разработки материалов бюро.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 188/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЗАКЛЮЧЕНИЕ <*>
(экспертиза по материалам дела)

"__" _____ N _____

19__ г. на основании _____
(наименование постановления, определения)
_____
от "__" _____ 19__ г. N _____, в помещении _____
_____
судебно-медицинская экспертная комиссия, в составе: председателя _____
_____
фамилия, и., о.;
_____
занимаемая должность, специальность, стаж, категория,
_____
ученая степень и звание
членов _____
фамилия, и., о.; занимаемая должность, специальность, стаж,
_____
категория, ученая степень и звание
_____
_____
_____
и докладчика по делу _____
фамилия, и., о.; занимаемая должность,
_____
специальность, стаж, категория, ученая степень и звание
произвела экспертизу по материалам дела N _____
наименование дела
_____
_____
Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. _____ УПК _____ ССР, разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. _____ УК _____ ССР предупрежден.

Эксперты _____
подписи
_____
Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы "Заключения" излагаются на следующих _____ листах.

<*> "Заключение" составляется при наличии постановления органов внутренних дел, прокуратуры; определения суда. В соответствии с УПК союзной республики, документ может именоваться "Акт судебно-медицинской экспертизы".

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

обор. сторона ф. N 188/у

Указания по составлению "Заключения"

По заполнении титульного листа "Заключение" продолжается на листах бумаги, которые нумеруются, начиная с цифры "2".

Вводная часть заканчивается перечислением вопросов, подлежащих разрешению. Затем последовательно излагаются "Обстоятельства дела", в которых приводят повод к возбуждению дела и все сведения, необходимые для суждения и обоснования заключения. К ним относятся:

данные из протокола осмотра трупа на месте его обнаружения; акта судебно-медицинской экспертизы трупа или протокола патолого-анатомического вскрытия, с указанием номера, даты, должности и фамилии врача, производившего исследование; допросов обвиняемых, потерпевших, свидетелей; объяснительных записок проходящих по делу лиц; заявления заинтересованных лиц; выписки из медицинских документов (медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, с указанием номера, наименования лечебного учреждения - операционного журнала и т.п.); протоколов клинико-анатомических и клинических конференций; характеристик на привлекаемый к ответственности медицинский персонал и т.д.

Каждую выписку из материалов дела сопровождают ссылкой на листы дела. Допускается пересказ отдельных фрагментов докладчиком, но без личных суждений и оценок.

Если комиссия производит также освидетельствование потерпевшего, то результаты обследования, анализов и пр. вписываются отдельным разделом в "Обстоятельства дела".

Ответы на поставленные вопросы начинаются формулировкой: "Изучив материалы дела (перечислить, что еще было проведено и изучено комиссией), в соответствии с поставленными вопросами, судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующим выводам: ..." (следует текст ответов).

"Заключение" оформляется не менее чем в двух экземплярах, подписываемых всеми членами комиссии и скрепляемых печатью. "Заключение" направляется учреждению, назначившему экспертизу, не позднее, чем через 3 дня после окончания.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 189/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ
на консультацию, рентгенологическое исследование
к "Заключению эксперта" ("Акту") N _____

Направляется в _____
наименование лечебно-профилактического учреждения
к врачу _____
по какой специальности
гр-н(ка) _____
фамилия, имя, отчество
для _____
цель исследования
Диагноз _____
Место работы судебно-медицинского эксперта _____
_____
Результаты обследования и заключение прошу отправить по адресу _____
_____
Судебно-медицинский эксперт _____ (_____)
фамилия, имя, отчество, подпись

"__" _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 190/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации материалов и документов
в гистологическом отделении

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

Указания по заполнению журнала

Журнал заполняет лаборант под наблюдением заведующего отделением (при отсутствии последнего - судебно-медицинского эксперта-гистолога).

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 190/у

N п/п	Дата поступления	Номер и дата основного сопроводительного документа	Кем направлен материал	Фамилия, имя, отчество умершего	Пол	Дата		Номер "Заключения эксперта" ("Акта")	Перечень кусочков, их количество
						рождения	смерти		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 190/у

Макроскопический (патологоанатомический) диагноз	Фамилии врача и лаборанта, производивших исследование	Дата исследования		Количество изготовленных препаратов, их окраска, способ изготовления	Результат исследования (микроскопический диагноз, заключение)	Номер акта исследования	Дата и подпись лица, получившего акт исследования (или номер и дата почтовой квитанции)	Данные об израсходовании или остатке кусочков органов, тканей		
		начала	окончания					оставлены в отделении	отосланы вместе с актом	уничтожены (когда)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 191/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге

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

Указания по заполнению журнала

Ответственность за ведение журнала возлагается на санитара(ов) морга, осуществляющих прием трупов.

Систематический контроль проводит заведующий отделом судебно-медицинского исследования трупов (моргом), заведующий городским, межрайонным, районным отделением бюро судебно-медицинской экспертизы.

В графе 9 указывается основание для выдачи (отношение учреждения, заявление, завизированное заведующим отделом (моргом), отделением, с указанием номера документа и даты).

Журнал, с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью бюро судебно-медицинской экспертизы и подписан начальником бюро.

По использовании передается в архив.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

ф. N 191/у

N п/п	Дата поступления трупа	Фамилия, имя, отчество умершего	Кем доставлен труп	Перечень и краткое описание носильных вещей, вещественных доказательств и других предметов, доставленных с трупом	Перечень и краткое описание документов и ценностей, доставленных с трупом
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 191/у

Фамилия, имя, отчество, подпись лица:		Основание для выдачи вещей, документов, ценностей, вещественных доказательств, доставленных с трупом	Перечень выданных вещей, документов, ценностей, вещественных доказательств; сведения о получателе: фамилия, имя, отчество, наименование и N личного документа, постоянное местожительство; подпись получателя, дата	Сведения о судьбе носильных вещей, вещественных доказательств, документов, ценностей и других предметов, не взятых из морга
доставившего труп, вещи, документы, ценности	принявшего труп, вещи, документы, ценности			
7	8	9	10	11

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 192/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЭТИКЕТКА НА БАНКУ N _____

1. _____, "___" лет
фамилия, и., о. умершего (свидетельствуемого)
2. Заключение эксперта (акт) N _____
3. _____
перечень вложенных объектов
4. Дата взятия объектов _____
5. _____

фамилия, и., о. суд.-мед. эксперта
_____
место работы

"__" _____ 19__ г.

_____
подпись

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А7

1.6. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ЛАБОРАТОРИЙ В СОСТАВЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 200/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

В лабораторию _____
Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____
Палата _____ участок _____ медицинская карта N _____
Диагноз, группа диспансерного учета _____
Исследовать (указать консервант) _____
(нужное вписать)

_____

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 201/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

НАПРАВЛЕНИЕ

на гематологический, общеклинический анализ N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст ____
Учреждение _____ отделение _____
палата _____ участок _____ медицинская карта N _____
Диагноз _____

Нужное отметить (вписать) [\ ]

КРОВИ:

Общий анализ <*>	[ ]	Ретикулоциты	[ ]
Hb	[ ]	Диаметр эритроцитов	[ ]
РОЭ	[ ]	Осмотическая резистентность эритроцитов	[ ]
Эритроциты	[ ]		
Лейкоциты	[ ]	Гистиоциты	[ ]
Дифференциальный подсчет лейкоцитов	[ ]	_____	[ ]
Время кровотечения	[ ]	_____	[ ]
Время свертывания	[ ]		
Тромбоциты	[ ]		

МОЧИ:

Общий анализ <*>	[ ]	Осадок	[ ]
Глюкоза	[ ]	Уропепсин	[ ]
Ацетон	[ ]	Паропротеины	[ ]
По Зимницкому	[ ]	_____	[ ]
альфа-амилаза	[ ]	Количество форменных элементов: по Аддис-Каковскому	[ ]
Желчные пигменты	[ ]	Амбурже	[ ]
Уробилин	[ ]	Нечипоренко	[ ]
Хлориды	[ ]	Активные лейкоциты	[ ]
_____	[ ]	_____	[ ]

<*> Принятая в лечебно-профилактическом учреждении констелляция.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

обор. сторона ф. N 201/у

КАЛА:

Общий анализ <*> ____

Скрытая кровь ____

Стеркобилин ____

Яйца глистов ____

Патогенные простейшие ____

_____ ____

_____ ____

МОКРОТЫ:

Общий анализ <*> ____

Микобактерии туберкулеза ____

Эластичные волокна ____

Элементы бронхиальной астмы ____

Клетки с гемосидерином ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

Дуоденального содержимого ____

Желудочного содержимого ____

Спинномозговой жидкости ____

Плевральной жидкости ____

Асцитической жидкости ____

Синовиальной жидкости ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

_____ ____

Подпись врача _____

<*> Принятая в лечебно-профилактическом учреждении констелляция.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 202/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

НАПРАВЛЕНИЕ НА БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ N _____
крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст ____
Учреждение _____ отделение _____
палата _____ участок _____ медицинская карта N _____

Нужное отметить (вписать) [\ ]

Диагноз _____

Общий белок	[ ]	Фосфор неорганический	[ ]
Белковые фракции	[ ]	Железо	[ ]
Фибриноген	[ ]	Аминотрансферазы:	
Остаточный азот	[ ]	АлАТ	[ ]
Мочевина	[ ]	АсАТ	[ ]
		Альдолаза монофосфат	[ ]
Креатинин	[ ]	Альдолаза дифосфат	[ ]
Мочевая кислота	[ ]	Лактат дегидрогеназа (ЛДГ):	
Билирубин	[ ]	общая	[ ]
Липиды общие	[ ]	Изоферменты ЛДГ	[ ]
Холестерин общий	[ ]	Фосфатаза щелочная	[ ]
Эфиры холестерина	[ ]	Фосфатаза кислая	[ ]
Триглицериды	[ ]	Холинэстераза сывороточная	[ ]
Фосфолипиды общие	[ ]	Креатинфосфокиназа	[ ]
Хлор	[ ]	альфа-амилаза	[ ]
Калий	[ ]	_____	[ ]
Натрий	[ ]	_____	[ ]
Индикан	[ ]	_____	[ ]
Кальций	[ ]	Глюкоза натощак	[ ]

Гликемический профиль _____ [ ]

Нагрузка глюкозой _____ [ ]

Двойная нагрузка глюкозой _____ [ ]

Сиаловые кислоты _____ [ ]

Серомукоид _____ [ ]

Гексозы _____ [ ]

Пробы:

тимоловая ☐

сулемовая ☐

Квика ☐

бромсульфалеиновая ☐

формоловая ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 203/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
на цитологическое исследование и результат исследования
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

В лабораторию _____
Фамилия, И., О. _____
Возраст _____

Учреждение _____
отделение _____ палата _____
участок _____ медицинская карта N _____
Анамнез и клинические данные _____
_____
Клинический диагноз _____
Направляемый материал (препараты, жидкость, отделяемое, пунктат и т.д.) и его количество _____
_____
_____
Локализация и характер процесса (опухолевидное образование, свищ, язвенная поверхность и т.д.) _____
_____
_____
Методика получения материала (пункция, соскоб, отпечатки, мазки-отпечатки)
_____
_____
_____
_____

оборотная сторона ф. N 203/у

Результат цитологического исследования N _____
от "__" _____ 19__ г.
_____
_____
_____
_____
и т.д. до конца страницы

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 204/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
на микробиологическое исследование

"__" _____ 19__ г. _____ час. _____ мин.
дата и время взятия материала

В _____ лабораторию
Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Медицинская карта N _____ Учреждение _____
Отделение _____ палата _____ участок _____
Адрес постоянного места жительства (временного с указанием ф., и., о., у которого проживает обследуемый) _____
Место работы, учебы (наименование детского учреждения, школы) _____

Диагноз, дата заболевания: _____
Показания к обследованию: больной, переболевший, реконвалесцент, бактерионоситель, контактный, профилактическое обследование _____
_____
(подчеркнуть, вписать)

Материал: кровь, моча, мокрота, кал, дуоденальное содержимое, спинномозговая жидкость, пунктат, раневое отделяемое, гной, выпот, секционный материал, мазок со слизистых, соскоб и др. _____
_____
(подчеркнуть, вписать, указав, откуда получен материал)
Цель и наименование исследования: _____
(на какие инфекции исследовать)
Должность, фамилия, подпись лица, направляющего материал _____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 205/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ
на санитарно-микробиологическое исследование

Регистрационный N _____
Наименование лаборатории СЭС и др., в которую направляется материал ____
_____
Наименование и число образцов _____
_____
тара, упаковка, маркировка _____
_____
Место, дата и время отбора, наименование НТД _____
_____
_____
_____
_____
Цель исследования на: _____
_____
_____
Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпид. показаниям (подчеркнуть или дописать) _____
_____
Должность, фамилия, подпись лица, отобравшего образец _____
_____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____

Медицинская документация
Форма N 205/у
Утверждена Минздравом СССР

наименование учреждения 04.10.80 г. N 1030

РЕЗУЛЬТАТ
санитарно-микробиологического исследования

Регистрационный N _____, наименование лаборатории СЭС и др.,
проводившей исследование _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Наименование образца _____
Место отбора образца _____
Цель исследования _____
_____
_____
Дата поступления материала в лабораторию _____
Результат исследования _____
_____
_____
_____
_____

(Соответствует НТД, не соответствует, НТД отсутствует)

Дата выдачи ответа "__" _____ 19__ г.

Фамилия, подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 206/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
для исследования крови на пробу Кумбса

"__" _____ 19__ г.

В лабораторию _____
_____
_____
Фамилия, имя, отчество _____
_____
Возраст_____
Учреждение _____ отделение _____
_____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Диагноз _____
_____
_____
Группа крови исследуемого _____
_____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Подпись врача _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 206/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ N _____
крови на пробу Кумбса

"__" _____ 19__ г.
(дата взятия крови)

Лаборатория _____
_____
_____
Фамилия, имя, отчество _____
_____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

РЕЗУЛЬТАТ:

Прямая проба _____
(положительная, отрицательная)
Титр _____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись врача-лаборанта

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 207/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
для исследования крови на резус-принадлежность
и резус-антитела (нужное подчеркнуть)

"__" _____ 19__ г.

Фамилия, имя, отчество _____
_____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____
Палата _____ Участок _____
Медицинская карта N _____

Диагноз _____ Я
_____
_____ О
Группа крови исследуемого _____ Т
Фамилия врача, определявшего группу крови _____ Р
_____ Е
Переливалась ли кровь ранее (указать даты и реакцию на переливание) _____ З
_____ А
_____
_____
_____
_____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 207/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ N _____
на резус-принадлежность и резус-антитела
"__" _____ 19__ г.

Л Лаборатория _____
И Фамилия, имя, отчество _____
Н _____
И Возраст _____
Я Учреждение _____
Отделение _____
О Палата _____ Участок _____
Т Медицинская карта N _____
р Резус-принадлежность _____
Е Резус-антитела: не обнаружены
З обнаружены: полные, неполные (нужное подчеркнуть)
А
Титр _____

"__" _____ 19__ г.

Подпись врача-лаборанта _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

обор. сторона ф. N 207/у

Сколько в анамнезе беременностей _____
Рождались ли дети с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек и др.) _____
подчеркнуть, вписать
_____
_____
_____
_____
Имелись ли повторные выкидыши и мертворожденные дети _____
_____
вписать
_____
_____

_____

Подпись врача,
взявшего кровь на исследование _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 208/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЭТИКЕТКА
для посуды с биоматериалом

Фамилия, И., О. _____
Учреждение _____ отделение _____
палата _____ участок _____
медицинская карта N _____
Анализ _____
Дата _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А7

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 209/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____
палата _____ участок _____
Медицинская карта N _____
_____
_____
_____
_____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись: _____

Для типографии!

при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 210/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Физико-химические свойства

Количество _____ л <*> _____ мл <**> _____
Цвет _____
Прозрачность _____
Относительная плотность _____
Реакция _____
Белок _____ г/л <*> _____ г % <**> _____
Глюкоза _____ ммоль/л <*> _____ г % <**> _____
Кетоновые тела _____
Реакция на кровь _____
Билирубин _____
Уробилиноиды _____
Желчные кислоты _____
Индикан _____

<*> Единицы СИ.

<**> Единицы, подлежащие замене.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 210/у

Эпителий:
плоский _____
переходный _____
почечный _____
Лейкоциты _____
_____
Эритроциты:
неизмененные _____
измененные _____

Цилиндры:
гиалиновые _____
зернистые _____
восковидные _____
эпителиальные _____
лейкоцитарные _____
эритроцитарные _____
пигментные _____
Слизь _____
_____
Соли _____
Бактерии _____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 211/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Количество принятой жидкости _____

Номер порции	Часы	Относительная плотность	Количество мочи в л.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

8			

Дневной диурез _____ л
Ночной диурез _____ л
Общий диурез _____ л

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 212/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ N _____
глюкоза и кетоновые тела
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____ палата _____
участок _____ медицинская карта N _____
Суточное количество мочи _____ л.

	Результат	
	единицы СИ	единицы, подлежащие замене
Относительная плотность		
Глюкоза	ммоль/л	г%

Реакция на кетоновые тела _____
"__" _____ 19__ г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 213/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ГЛЮКОЗУРИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Часы сбора мочи	Количество мочи в л	Относительная плотность	Глюкоза ммоль/л (г%) <*>	Реакция на кетоновые тела

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

<*> В скобках даны единицы, подлежащие замене.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 214/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ N _____

Активность альфа-амилазы
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Единицы СИ мкг/(с-л)	Единицы, подлежащие замене мг (час-мл)
Результат		
Норма		

"__"_____ 19__ г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 215/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
определение количества форменных элементов мочи
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

По методу _____
(указать метод)

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____
Палата _____ участок _____ медицинская карта N _____

	Результаты	Норма
Лейкоциты		
Эритроциты		
Цилиндры		

"__"_____ 19__ г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 216/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОКРОТЫ N _____
"__" _____ 19__ г. ___ час. ___ мин.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____ Учреждение _____ Отделение _____
палата _____ Участок _____ медицинская карта N _____
Количество _____ Запах _____
Цвет _____ Характер _____
Примеси _____
Консистенция _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборотная сторона ф. N 216/у

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Эпителий _____
Альвеолярные макрофаги _____
_____
Лейкоциты _____
Эритроциты _____

Эозинофилы _____

Волокна: _____
эластичные _____
коралловидные _____
обызвествленные _____
Микобактерии туберкулеза _____
_____
Грибы _____
Прочая флора _____

Спирали Куршмана _____
Кристаллы Шарко-Лейдена _____
_____
Клетки с признаками атипии _____
_____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 217/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Количество _____ мл
Цвет _____
Прозрачность _____
Консистенция _____
Лейкоциты _____
Эритроциты _____
Эпителии _____
Макрофаги _____
Лецитиновые зерна _____
Амилоидные тельца _____
Сперматозоиды _____
Трихомонады _____
Гонококки _____
Прочая флора _____
Клетки с признаками атипии _____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 218/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Отделяемое из:			
	шейки матки	мочеиспускательного канала	влагалища	прямой кишки
эпителий				
лейкоциты				
эритроциты				
микрофлора				
трихомонады				
гонококки				
клетки с признаками атипии				

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 219/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КАЛА N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Количество _____
Консистенция _____
Форма _____
Запах _____
Цвет _____
Реакция _____
Слизь _____
Кровь _____
Остатки непереваренной пищи _____
_____

_____

Химическое исследование:

Реакция на скрытую кровь: _____
_____
_____
Реакция на стеркобилин _____
Реакция на билирубин _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 219/у

Микроскопическое исследование

Мышечные волокна:
с исчерченностью _____
без исчерченности _____
Соединительная ткань _____
Жир нейтральный _____
Жирные кислоты _____
Мыла _____
Растительная клетчатка переваримая _____
_____
Крахмал _____
Иодофильная флора _____
Кристаллы _____
Слизь _____
Эпителий _____
Лейкоциты _____
Эритроциты _____
Простейшие _____
Яйца глистов _____
Дрожжевые грибки _____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 220/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АНАЛИЗ КАЛА N ____
яйца гельминтов, скрытая кровь,
стеркобилин, билирубин

"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

час. _____ мин. _____

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Яйца гельминтов _____
_____
Простейшие _____
_____
Реакция на скрытую кровь _____
_____
_____
Реакция на стеркобилин _____
Реакция на билирубин _____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 221/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО N _____
фракционное исследование

"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

До введения стимулятора (Базальная секреция)

N порции	Количество сока в мл	Титрационные единицы (ммоль/л HCl)				слизь	желчь	кровь	пепсин		
		общая кислотность	свободная соляная кислота	связанная соляная кислота	кислотный остаток						
0											
1											
2											
3											
4											

Дебит-час соляной кислоты _____ ммоль/час
Дебит-час свободной соляной кислоты _____ ммоль/час

После введения стимулятора (Стимулированная секреция)

Стимулятор: _____

5											
6											
7											
8											

Дебит-час соляной кислоты _____ ммоль/час
Дебит-час свободной соляной кислоты _____ ммоль/час
Микроскопия осадка: _____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

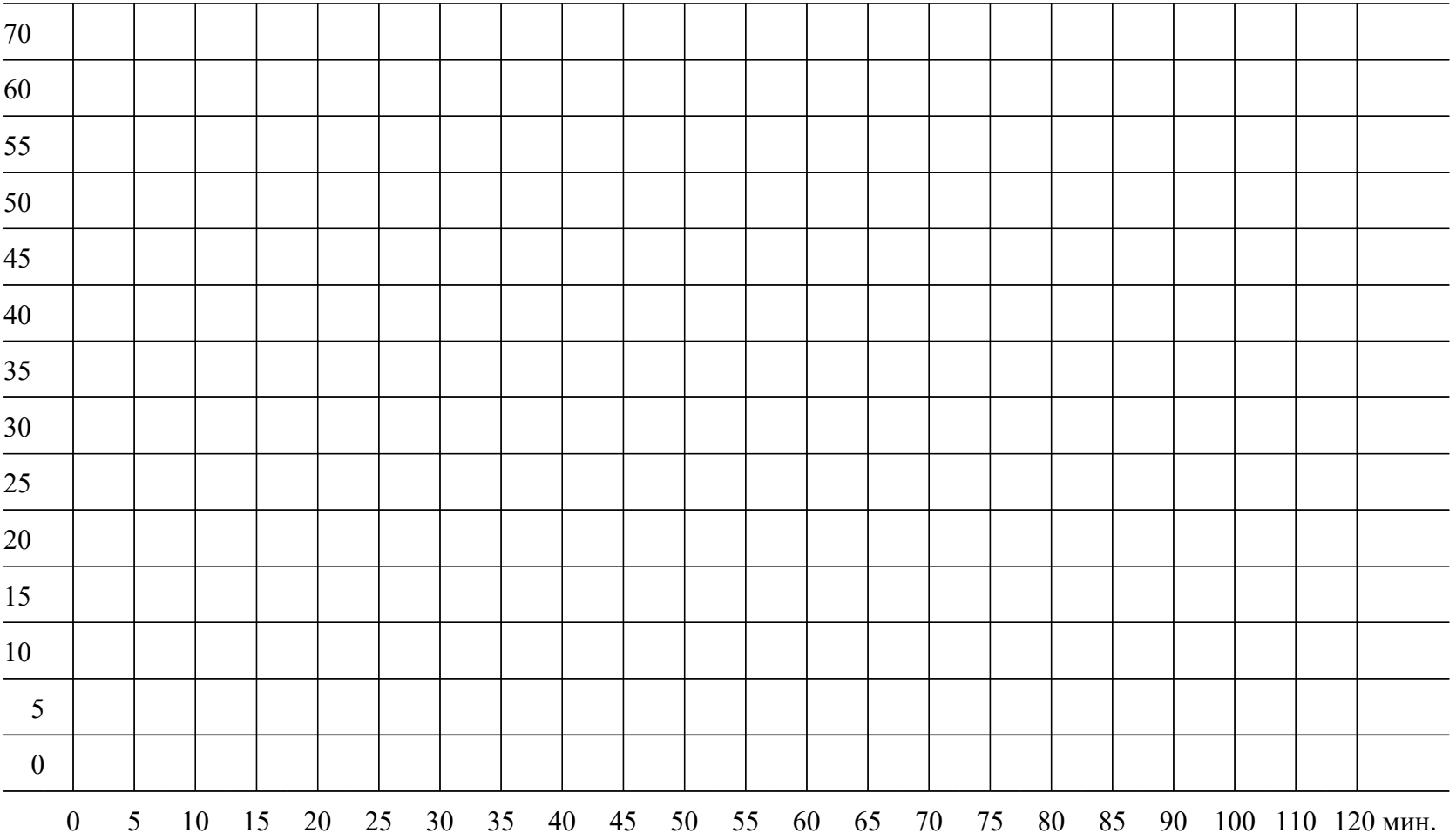
Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 222/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Зонд _____
Содержание желудка _____ мл. своб. HCl _____, общая кислотность _____
Зонд входит в дуоденум через _____ мин. Контроль рентгена - да, нет.
Спазм пилорического отдела желудка, атония антрального отдела желудка.
Порция "А", длительность выделения _____ мин., _____ мл, цвет светло-, темно-желтый
Прозрачная, мутная, с хлопьями _____
Микроспория _____
_____
Порция "В" через _____ мин. после введения раздражителя (_____)
длительность выделения ____ мин., ____ мл, выделяется равномерно, толчками, цвет темно-желтый, коричневый, темно-коричневый, зеленоватый.
Прозрачная, мутная, с хлопьями _____ Билирубиновый индекс _____
Рефлекса нет.
Микроскопия _____
_____
Порция "С", длительность выделения _____ мин., _____ мл, цвет темно-, светло-желтый
Прозрачная, мутная, с хлопьями _____
Микроскопия _____
_____
Билирубин _____ желчные кислоты _____
Холестерин _____ холато-холестериновый коэффициент _____
А, В, С, рост флоры _____



Заключение _____

"__" _____ 19__ г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 223/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ N ____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Количество _____
Цвет _____
до центрифугирования
_____
после центрифугирования
Ксантохромия _____
Прозрачность _____
до центрифугирования
_____
после центрифугирования
Цитоз _____

ХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Белок _____
_____
_____
Реакция Таката-Ара _____
Реакция Ланге_____
_____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. 223/у

ЛИКВОРОГРАММА

Лимфоциты _____
Эозинофилы _____
Нейтрофилы _____
Макрофаги _____
Измененные клетки _____
Полибласты _____
Плазмоциты _____
Клетки арахноидэндотелия_____
Клетки эпендимы _____
Зернистые шары _____
_____

Эритроциты _____
_____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А3

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 224/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

		Результат	Норма			
			Единицы СИ		Единицы, подлежащие замене	
Гемоглобин	М		130,0 - 160,0	г/л	13,0 - 16,0	г%
	Ж		120,0 - 140,0		12,0 - 14,0	
Эритроциты	М		4,0 - 5,0	$\cdot 10^{12}$/л	4,0 - 5,0	млн. в 1 $мм^3$ (мкл)
	Ж		3,9 - 4,7		3,9 - 4,7	
Цветовой показатель			0,85 - 1,05		0,85 - 1,05	
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците			30 - 35	пг	30 - 35	пг
Ретикулоциты			2 - 10	$^0/_{00}$	2 - 10	$^0/_{00}$
Тромбоциты			180,0 - 320,0	$\cdot 10^9$/л	180,0 - 320,0	тыс. в 1 $мм^3$ (мкл)
Лейкоциты			4,0 - 9,0	$\cdot 10^9$/л	4,0 - 9,0	тыс. в 1 $мм^3$ (мкл)

обор. сторона ф. N 224/у

Нейтрофилы	Миелоциты		- -	% $\cdot 10^9$/л	- -	% в 1 мм^3 (мкл)
	Метамиелоциты		- -	% $\cdot 10^9$/л	- -	% в 1 мм^3 (мкл)
	Палочкоядерные		1 - 6 0,040 - 0,300	% $\cdot 10^9$/л	1 - 6 40 - 300	% в 1 мм^3 (мкл)
	Сегментоядерные		47 - 72 2,000 - 5,500	% $\cdot 10^9$/л	47 - 72 2000 - 5500	% в 1 мм^3 (мкл)
Эозинофилы			0,5 - 5 0,020 - 0,300	% $\cdot 10^9$/л	0,5 - 5 20 - 300	% в 1 мм^3 (мкл)
Базофилы			0 - 1 0 - 0,065	% $\cdot 10^9$/л	0 - 1 0 - 65	% в 1 мм^3 (мкл)
Лимфоциты			19 - 37 1,200 - 3,000	% $\cdot 10^9$/л	19 - 37 1200 - 3000	% в 1 мм^3 (мкл)
Моноциты			3 - 11 0,090 - 0,600	% $\cdot 10^9$/л	3 - 11 90 - 600	% в 1 мм^3 (мкл)
Плазматические клетки			- -	% $\cdot 10^9$/л	- -	% в 1 мм^3 (мкл)
Скорость (реакция) оседания эритроцитов	М Ж		2 - 10 2 - 15	мм/час	2 - 10 2 - 15	мм/час

Морфология эритроцитов

Анизоцитоз (макроциты, микроциты, мегалоциты) _____
Пойкилоцитоз _____
Эритроциты с базофильной зернистостью _____
Полихроматофилия _____
Тельца Жолли, кольца Кебота _____
Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) _____
_____ Мегалобласты _____

Морфология лейкоцитов

Гиперсегментация ядер _____
Токсогенная зернистость _____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 225/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
гемоглобин, эритроциты, лейкоциты,
скорость (реакция) оседания эритроцитов
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

		Результат	
Гемоглобин	Единицы СИ		г/л
	(единицы, подлежащие замене)		г%
Эритроциты	Единицы СИ		$\cdot 10^{12}$/л
	(единицы, подлежащие замене)		млн. в 1 $мм^3$ (мкл)
Лейкоциты	Единицы СИ		$\cdot 10^9$/л
	(единицы, подлежащие замене)		тыс. в 1 $мм^3$ (мкл)
Скорость (реакция) оседания эритроцитов	Единицы СИ		мм/час
	(единицы, подлежащие замене)		мм/час

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 226/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

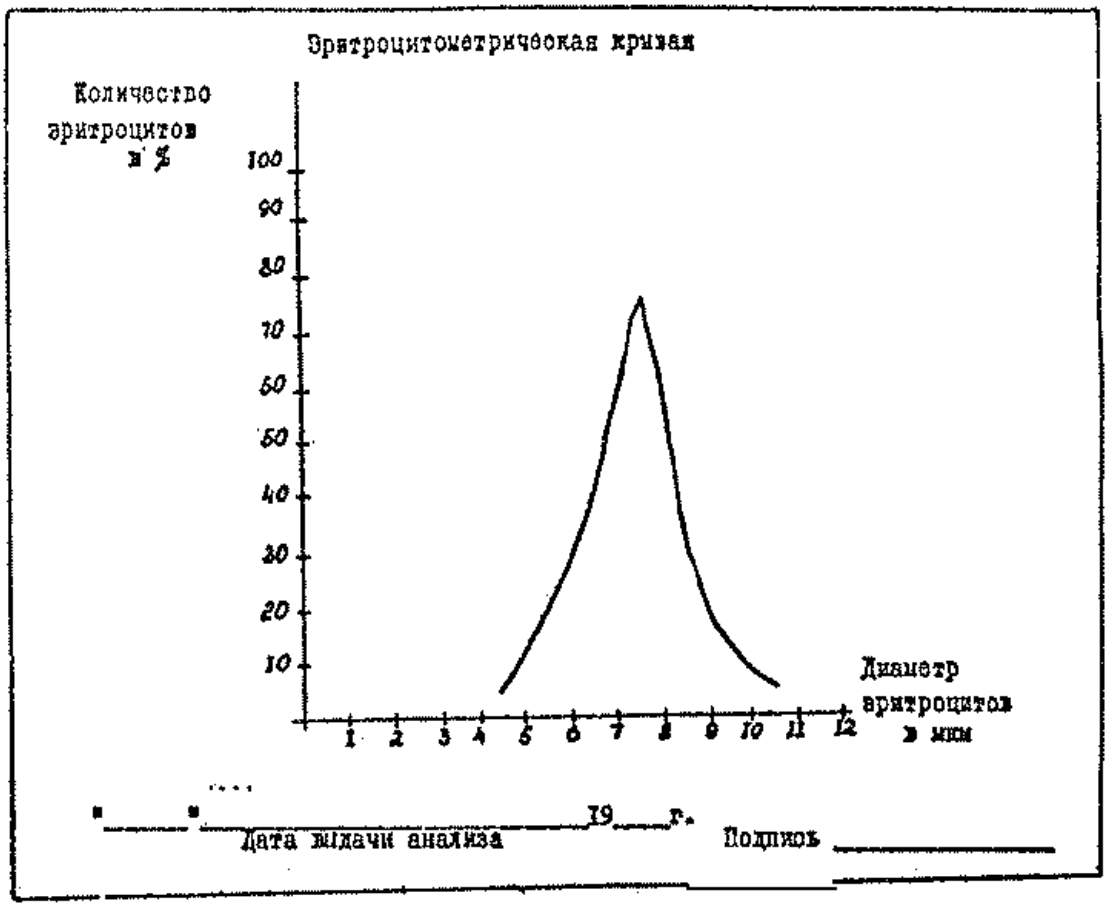
АНАЛИЗ КРОВИ N _____
определение диаметра эритроцитов
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Диаметр эритроцитов в микрометрах (мкм)									
Количество эритроцитов с данным диаметром в %									

Средний диаметр эритроцита _____ мкм.

оборотная сторона ф. N 226/у



Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 227/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА N ____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Пункцией _____ получено _____
Количество миелокариоцитов _____ норма: 50,0 - 150,0 тыс. в 1 мкл
(50,0 - 150,0 · 109/л - единицы СИ)
Количество мегакариоцитов _____ норма: 23,0 - 103,0 в 1 мкл
(0,023 - 0,103 · 109/л - единицы СИ)

Клеточные элементы		Содержание в %		Клеточные элементы	Содержание в %	
		норма	результат		норма	результат
Недифференцированные бласты		0,7 - 1,3		Проэритробласты	0,8 - 1,4	
Миелобласты		0,1 - 0,3		Эритробласты базофильные	1,7 - 4,3	
Промиелоциты		0,9 - 1,6		Эритробласты полихроматофильные	9,0 - 15,0	
Нейтрофильные	Миелоциты	8,9 - 13,9		Эритробласты оксифильные	0,3 - 0,7	
	Метамиелоциты	11,2 - 14,6		Нормобласты полихроматофильные	1,6 - 4,4	
	Палочкоядерные	12,0 - 18,0		Нормобласты оксифильные	0,3 - 0,5	
	Сегментоядерные	17,9 - 26,1		Промегалобласты		
Эозинофильные	Миелоциты	0,5 - 0,9		Мегалобласты базофильные		
	Метамиелоциты	0,1 - 0,3		Мегалобласты полихроматофильные		
	Палочкоядерные	0 - 0,2		Мегалобласты оксифильные		
	Сегментоядерные	0,4 - 1,6		Мегакариобласты		
Базофильные	Миелоциты			Промегакариоциты		
	Метамиелоциты			Мегакариоциты	0 - 0,2	
	Палочкоядерные			Ретикулярные клетки	0 - 0,5	
	Сегментоядерные	0 - 0,6		Плазмобласты		

Лимфобласты			Проплазмоциты		
Пролимфоциты			Плазматические клетки	0,1 - 0,9	
Лимфоциты	9,4 - 14,4		Митоз клеток гранулопоэза	0,2 - 0,4	
Монобласты			Митоз клеток эритропоэза	0,2 - 1,0	
Промоноциты			Заключение: _____		
Моноциты	0,5 - 1,9		_____		
Лейко-эритробластическое отношение	3:1 - 4:1		_____		
Индекс созревания нейтрофилов	0,62 - 0,78		_____		
Индекс созревания цитоплазмы эритробластов и нормобластов	0,73 - 0,85		_____		

"__" _____ 19__ г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А1

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 228/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ N _____
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Исследуемый компонент. Относительная атомная или молекулярная масса	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене			Коэффициент пересчета в единицы СИ
	результат	норма <*>		результат	норма <*>		
Общий белок			г/л			г/100 мл	10,000
Альбумин 69000			мкмоль/л			г/100 мл	144,93
Альбумин			г/л			г/100 мл	10,000
Глобулины			г/л			г/100 мл	10,000
α_1			%			%	
α_2			%			%	
β			%			%	
γ			%			%	
Фибриноген			мг/л			мг/100 мл	10,000
Остаточный азот 14,0067			ммоль/л			мг/100 мл	0,7140

Мочевина 60,06			ммоль/л			мг/100 мл	0,1665
Индикан 295,30			мкмоль/л мг/л			мг/100 мл мг/100 мл	33,863 10,000
Креатинин 113,12			ммоль/л			мг/100 мл	0,0880
Мочевая кислота 168,11			ммоль/л			мг/100 мл	0,0590
Липиды общие			г/л			г/100 мл	10,000
Холестерин общий 386,64			ммоль/л			мг/100 мл	0,0260
Эфиры холестерина			ммоль/л			мг/100 мл	0,0260
Триглицериды 875			ммоль/л			мг/100 мл	0,0110
Фосфолипиды общие ср. 774			ммоль/л			г/л	1,2920
бета-липопротеиды			%			%	1,0000
Билирубин общий 584,65			мкмоль/л			мг/100 мл	17,104
Билирубин связанный			мкмоль/л			мг/100 мл	17,104
Билирубин свободный			мкмоль/л			мг/100 мл	17,104
Калий 39,102			ммоль/л			мэкв/л мг/100 мл	1,0000 0,2557
Натрий 22,989			ммоль/л			мэкв/л мг/100 мл	1,0000 0,4350

Кальций 40,08			ммоль/л			мэкв/л мг/100 мл	0,5000 0,2495
Магний 24,312			ммоль/л			мэкв/л мг/100 мл	0,5000 0,4113
Железо 55,847			мкмоль/л			мкг/100 мл	0,1790

<*> Норма вносится в соответствии с используемым методом.

оборотная сторона ф. N 228/у

Исследуемый компонент. Относительная атомная или молекулярная масса	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене			Коэффициент пересчета в единицы СИ
	результат	норма <*>		результат	норма <*>		
Хлор 35,453			ммоль/л			мэкв/л --- мг/100 мл	1,0000 0,2820
Фосфор неорганический 30,973			ммоль/л			мг/100 мл	0,3230
Аланин-аминотрансфераза (АлАТ)			нмоль/(с · л)			мкмоль --- (час · мл)	278,00
Аспартат-аминотрансфераза (АсАТ)			нмоль/(с · л)			мкмоль --- (час · мл)	278,00

α-амилаза			мкг/(с · л)			мг/(час · мл)	278,00
Фруктозо-1,6-дифосфат альдолаза			мкмоль/(с · л)			мкмоль ---------- (мин. · мл)	16,667
Фруктозо-1,6-монофосфат альдолаза			мкмоль/(с · л)			мкмоль ---------- (мин. · мл)	16,667
Креатинфосфокиназа (КФК)			мкмоль/(с · л)			мкмоль ---------- (мин. · мл)	16,667
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)			нмоль/(с · л)			мкмоль ---------- (час. · мл)	278,00
Изоферменты ЛДГ:			%			%	
ЛДГ1			%			%	
ЛДГ2			%			%	
ЛДГ3			%			%	
ЛДГ4			%			%	
ЛДГ5			%			%	
Фосфатаза кислая (ФК)			нмоль/(с · л)			мкмоль ---------- (час. · мл)	278,00

Фосфатаза щелочная (ФЩ)			нмоль/(с · л)			мкмоль ---------- (час. · мл)	278,00
Холинэстераза сывороточная (ХЭсыв.)			мкмоль/(с · л)			мкмоль ---------- (час. · мл)	0,2780
Глюкоза 180,16			ммоль/л			мг/100 мл	0,0555
Сиаловые кислоты 309,28			ммоль/л			мг/100 мл	0,0320
Серомукоид			мг/л			мг/100 мл	10,000
Гексозы			мг/л			мг/100 мл	10,000
Тимоловая проба						экстинкция	
Сулемовая проба						мл	
Бромсульфалеиновая проба			%			%	

<*> Норма вносится в соответствии с используемым методом.

"__" _____ 19__ г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Примечание. Лечебно-профилактические учреждения при печатании в типографии бланка "Биохимический анализ крови" могут включать в него меньшее число показателей, в соответствии с выполняемым объемом исследований и обязательным минимумом лабораторных исследований, утвержденным Приказом МЗ СССР N 380 от 15 апреля 1978 г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А1

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 229/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
белковые фракции сыворотки крови (метод электрофореза)
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Общее количество белка _____ г/л _____ г/100 мл

			Альбумины	Глобулины			
				α_1	α_2	β	γ
Относительное содержание в %		результат					
		норма					
Абсолютное содержание	Единицы СИ (г/л)	результат					
		норма					
	Единицы, подлежащие замене (г/100 мл)	результат					
		норма					

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 230/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
липопротеиды сыворотки крови
_____
(указать метод)
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Фракция липопротеидов (в относительных %)

	Результат	Норма
α		
пре-β		
β		

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

Медицинская документация
Форма N 231/у

_____ Утверждена Минздравом СССР
наименование учреждения 04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
содержание глюкозы
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Время	Результат	
	единицы СИ ммоль/л	единицы, подлежащие замене мг/100 мл

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 232/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КРИВАЯ ПОСЛЕ НАГРУЗКИ
ГЛЮКОЗОЙ, ГАЛАКТОЗОЙ N _____
(подчеркнуть)

"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

час. _____ мин. _____

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Результат	
	Единицы СИ ммоль/л	Единицы, подлежащие замене мг/100 мл
Глюкоза натощак		
Нагрузка первая		
Через ____ мин. после нагрузки		
Через ____ мин.		
Через ____ мин.		
Через ____ мин.		
Нагрузка вторая (через ____ мин. после первой нагрузки)		
Через ____ мин. после ____ нагрузки		
Через ____ мин.		
Через ____ мин.		
Через ____ мин.		
Через ____ мин.		

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборотная сторона ф. N 232/у

мг/100 мл							
250							
240							
230							
220							

210							
200							
190							
180							
170							
160							
150							
140							
130							
120							
110							
100							
90							
80							
70							
	0	30	60	90	120	150	180 мин.

Гипергликемический
коэффициент = _____

Постгликемический
коэффициент = _____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 233/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
содержание электролитов
"__" _____ 19__ г.

дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

		Единицы СИ ммоль/л		Единицы, подлежащие замене мэкв/л		Коэффициент пересчета в единицы СИ
		результат	норма	результат	норма	
Плазма (сыворотка)	Калий					1,0000
	Натрий					1,0000
	Кальций					0,5000
Эритроциты	Калий					1,0000
	Натрий					1,0000
Моча	Калий					1,0000
	Натрий					1,0000
	Кальций					0,5000

Суточный диурез _____ л

натрий
------ = (норма =)
калий

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 234/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
активность ферментов сыворотки крови

"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Результат	Единицы СИ	Норма	Коэффициент пересчета в единицы СИ
		Единицы, подлежащие замене		
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(час · мл)		278,00
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(час · мл)		278,00
α-амилаза		мкг/(с · л)		
		мг/(час · л)		278,00
γ-глутамилтранспептидаза (γ-ГТП)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(час · мл)		278,00
Глутаматдегидрогеназа (ГлДГ)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(мин · л)		16,667
Креатинфосфокиназа (КФК)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(мин · л)		16,667
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) (изоферменты ЛДГ - см. на оборот.)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(час · мл)		278,00
Липаза				
Сорбитолдегидрогеназа (СДГ)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(час · мл)		278,00
Фосфатаза кислая (ФК)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(час · мл)		278,00
Фосфатаза щелочная (ФЩ)		нмоль/(с · л)		
		мкмоль/(час · мл)		278,00

Фруктозо-1,6-дифосфат альдолаза		мкмоль/(с · л)		
		мкмоль/(мин · мл)		16,667
Фруктозо-1-монофосфат альдолаза		мкмоль/(с · л)		
		мкмоль/(мин · мл)		16,667
Холинэстераза сывороточная (ХЭ сыв.)		мкмоль/(с · л)		
		мкмоль/(час · мл)		0,2780

оборотная сторона ф. N 234/у

ИЗОФЕРМЕНТЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ
(в относительных %)

	Результат	Норма	
Изоферменты лактатдегидрогеназы:			

и т.д. до конца страницы

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 235/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
содержание гормонов и медиаторов
"__" _____ 19__ г.

дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене		
	результат		норма	результат		норма
11-оксикортикостероиды:		мкг/л			мкг/100 мл	
суммарные						
свободные						
Через 2 часа						
после АКТГ						
Через 4 часа						
после АКТГ						
17-оксикортикостероиды:		мкмоль/л				
суммарные						
свободные						
Через 2 часа						
после АКТГ						
Через 4 часа						
после АКТГ						
Серотонин		мг/л				
Гистамин		нмоль/л				

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 235/у

	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене		
	результат		норма	результат		норма
Экстрагируемый бутанолом йод		нмоль/л			мкг/100 мл	
Йод, связанный с белком						
Ацетилхолин		мкмоль/л				

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 236/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ N _____
содержание гормонов и медиаторов
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Суточный диурез _____ л _____

	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене		
	результат		норма	результат		норма
17-оксикортикостероиды: суммарные		мкмоль			мг	
свободные						
17-оксикортикостероиды: суммарные						

Прегнандиол						
Эстрогены суммарные		нмоль			мкг	
Эстрон						
Эстрадиол						

оборотная сторона ф. N 236/у

	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене		
	результат		норма	результат		норма
Эстриол		нмоль			мкг	
Адреналин		мкмоль			мг	
Дофамин						
ДОФА						
Ванилил миндальная кислота						
5-оксиндолил-уксусная кислота						

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 237/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
показатели системы свертывания крови
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Наименование исследования	Единицы СИ		
	Результат	Норма <*>	
Время свертывания крови (венозной)			мин.
Время кровотечения			мин.
Количество тромбоцитов		180,0 - 320,0	$\cdot 10^9$/л
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)			с
Протромбиновое время (индекс)			с (%)
Пробы на ингибицию:			с
			с
			с
			с
Коррекционные пробы:			с
			с
			с
			с
Тромбиновое время (ТВ)			с
Рентилазное время			с
Фибриноген плазмы			мг/л
Растворимые комплексы фибринмономера (РКФМ)			
Фибринолитическая активность			мин.
Плазминоген			
Антиплазминовая активность			

Продукты распада фибриногена (ПРФ)			
Фактор II (протромбин)			%
Фактор V (проакцелерин)			%
Фактор VII (проконвертин)			%
Фактор VIII (антигемофилический глобулин "А")			%
Фактор IX (антигемофилический глобулин "Б")			%
Фактор X (Стюарта-Прауэра)			

<*> Норма вносится в соответствии с методом, принятым в лаборатории.

оборотная сторона ф. N 237/у

Наименование исследования	Единицы СИ		
	Результат	Норма <*>	
Фактор XI (РТА)			
Фактор XII (Хагемана)			
Фактор XIII (фибринстабилизирующий)			
Тест генерации тромбопластина: тромбоциты			с
плазма			с
сыворотка			с
Ретракция кровяного сгустка			
Тромбоэластограмма (ТЭГ): r			мин.
K			мин.
ma			мм

S			мин.
Адгезия (ретенция) тромбоцитов			%
Агрегация тромбоцитов: с АДФ			
с коллагеном			
с адреналином			
с ристомицином			
Антиген фактора VIII			%
Антитромбин III			%

<*> Норма вносится в соответствии с методом, принятым в лаборатории.

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 238/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
показатели системы свертывания крови
(сокращенный анализ)
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____

Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Результат	Норма <*>
Время свертывания:		
венозная кровь	мин.	мин.
капиллярная кровь	мин.	мин.
Время кровотечения	мин.	мин.
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	с	с
Протромбиновое время (индекс):		
Плазма крови	с (%)	с (%)
Капиллярная кровь	с (%)	с (%)
Тромбиновое время (ТВ)	с	с
Фибриноген плазмы	мг/л	мг/л
Тромбоциты	$\cdot 10^9$/л	$\cdot 10^9$/л

<*> Норма вносится в соответствии с используемым методом.

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 239/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РЕЗУЛЬТАТ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ N

"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____
Палата _____ участок _____ медицинская карта N _____
При исследовании _____
(указать материал)
_____
_____
_____
_____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 240/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РЕЗУЛЬТАТ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВЫДЕЛЕННЫХ КУЛЬТУР
К ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ N _____

"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____
Палата _____ участок _____ медицинская карта N _____
При исследовании _____
(указать материал)

	Наименование микроорганизмов												Ассоциация микроорганизмов			
Выделены:																
	1				2				3				4			
Наименование препаратов	Чувствительность <*> микроорганизмов															
	устойчив	малочувств.	чувствителен	МИК в мкг/мл	устойчив	малочувств.	чувствителен	МИК в мкг/мл	устойчив	малочувств.	чувствителен	МИК в мкг/мл	устойчив	малочувств.	чувствителен	МИК в мкг/мл
Антибиотики: Пенициллин																
Метициллин																
Оксациллин																
Диклоксациллин																
Ампициллин																
Карбенициллин																
Эритромицин																
Олеандомицин																
Линкомицин																

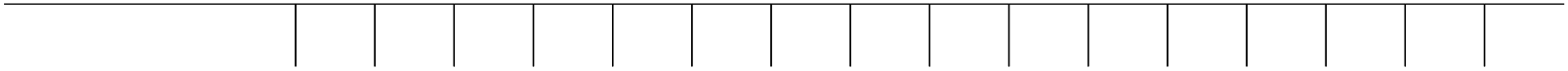
Ристомицин																
Рифамицин																
Левомицетин																
Тетрациклин																
Стрептомицин																
Канамицин																

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

оборотная сторона ф. N 240/у

	Чувствительность <*> микроорганизмов															
	1				2				3				4			
Мономицин																
Гентамицин																
Неомицин																
Полимиксин																
Цепорин																

Сульфаниламиды: Сульфадиметоксин															
Норсульфазол															
Нитрофураны: Фуразолин															
Фурациллин															
Фурадонин															
Фурагин															
Фуразолидон															
Прочие:															



<*> Результат отметить: при использовании метода дисков - знаком "+", при использовании метода разведений - указанием минимальной, ингибирующей концентрации МИК (мкг/мл).

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 241/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
реакция Вассермана и др.

"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Реакция Вассермана с антигенами:
кардиолипиновым _____
неспецифическим _____
из бледных трепонем _____
(культуральным) _____
Реакция Кана _____
Реакция цитохолевая _____
Количественный титр РВ _____
Реакция Вассермана (на холоде) _____
Реакция иммобилизации трепонем (РИТ) _____
Реакция иммунофлуоресценции (РИФ): _____
РИФ-100 _____
РИФ-200 _____
РИФ-абсорб. _____
Экспресс-реакции:
плазматест _____
_____
типа ВДРЛ (реакция с инактивированной сывороткой) _____
_____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 242/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
реакция Видаля, Райта, Хеддльсона и др.
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

Реакция	Титр					
	1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600
Реакция Видаля с диагностикумами: брюшного тифа О						
брюшного тифа ОН						
Сальмонеллезные группы А (1,2)						
" " В (4,5)						
" " С (6,7)						
" " Д (1,9)						
" " Е (3,10)						
Реакция агглютинации с эритроцитарными диагностикумами: Зонне						
Флекснера						

Ньюкестл						
Реакция Райта						
Реакция Хеддльсона						

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

оборотная сторона ф. N 242/у

Реакция агглютинации
с риккетсиозным антигеном _____
РПГА с антигеном
Провачека _____
_____
_____
Реакция Пауль-Буннеля _____
_____
_____
РСК с антигенами:
риккетсиозным _____
"Ку" _____
токсоплазмозным _____
орнитозным _____
_____
_____
_____
_____
и т.д. до конца страницы

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 243/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АНАЛИЗ КРОВИ N _____
антистрептолизин-О, антигиалуронидаза,
антистрептокиназа, С-реактивный белок,
ревматоидный фактор

"__" _____ 19__ г. ч. ___ м. ___

Фамилия, имя, отчество _____ Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____

	Результат	Норма
Антистрептолизин-О		
Антигиалуронидаза		
Антистрептокиназа		
С-реактивный белок		
Реакция Ваалер-Розе		
Латекс-тест		

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 244/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
иммуноглобулины

_____
(указать биоматериал)
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
_____
_____
_____
_____
и т.д. до конца страницы

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа Подпись _____

Для типографии!

при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 245/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
(указать биоматериал)
АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИН, АВСТРАЛИЙСКИЙ АНТИГЕН

"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Альфа-фетопротеин _____
Австралийский антиген _____
_____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 246/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ N _____
ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КОМПЛЕМЕНТА
"__" _____ 19__ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____
Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Гемолитическая активность комплемента _____
_____

"__" _____ 19__ г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 247/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

КАРТА ДИНАМИКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
(анализ мочи)

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Дата поступления "__" _____ 19__ г.
Дата выписки "__" _____ 19__ г.
Диагноз _____

Наименование исследований	Даты исследований								
Количество									
Цвет									
Относительная плотность									
Прозрачность									
Реакция									
Белок									
Глюкоза									
Кетоновые тела									
Реакция на кровь									
Билирубин									
Уробилиноиды									
Желчные кислоты									

Индикан									

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А6

оборотная сторона ф. N 247/у

Наименование исследований	Даты исследований								
Эпителий:									
плоский									
переходный									
почечный									
Лейкоциты									
Эритроциты:									
неизмененные									
измененные									
Цилиндры:									
гиалиновые									
зернистые									
восковидные									
эпителиальные									
Слизь									
Соли									
Бактерии									

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 248/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

КАРТА ДИНАМИКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
(анализ крови)

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Дата поступления "__" _____ 19__ г.
Дата выписки "__" _____ 19__ г.
Диагноз _____

Наименование исследований		Даты исследований										
Гемоглобин												
Эритроциты												
Цветовой показатель												
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците												
Ретикулоциты												
Тромбоциты												
Лейкоциты												
Нейтрофилы	Миелоциты											
	Метамиелоциты											
	Палочкоядерные											
	Сегментоядерные											
Эозинофилы												

оборотная сторона ф. N 248/у

Наименование исследований	Даты исследований										
Базофилы											
Лимфоциты											
Моноциты											
Плазматические клетки											
Скорость (реакция) оседания эритроцитов											
Анизоцитоз											
Пойкилоцитоз											
Эритроциты с базофильной зернистостью											
Полихроматофилия											
Тельца Жолли, кольца Кебота											
Эритробласты (на 100 лейкоцитов)											
Нормобласты (на 100 лейкоцитов)											
Мегалобласты											
Гиперсегментация ядер лейкоцитов											
Токсогенная зернистость лейкоцитов											

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 249/у

_____
наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

КАРТА ДИНАМИКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
(биохимический анализ крови)

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта N _____
Дата поступления "__" _____ 19__ г.
Дата выписки "__" _____ 19__ г.
Диагноз _____

Наименование исследований	Даты исследований							
Общий белок								
Альбумины								
Глобулины								
α_1								
α_2								
β								
γ								
Фибриноген								
Остаточный азот								
Мочевина								
Индикан								
Креатинин								
Мочевая кислота								
Липиды общие								
Холестерин общий								
Эфиры холестерина								
Триглицериды								

Фосфолипиды общие								
бета-липопротеиды								
Билирубин общий								
Билирубин свободный								
Билирубин связанный								
Калий								
Натрий								
Кальций								
Магний								
Железо								

оборотная сторона ф. N 249/у

Наименование исследований	Даты исследований							
Хлор								
Фосфор неорганический								
АлАТ								
АсАТ								
α-амилаза								
Фруктозо-1,6-дифосфат альдолаза								
Фруктозо-1,6-монофосфат альдолаза								
КК								
СДГ								
γ-ГПТ								
ЛДГ								
Изоферменты ЛДГ:								

ЛДГ1								
ЛДГ2								
ЛДГ3								
ЛДГ4								
ЛДГ5								
Фосфатаза кислая ФК								
Фосфатаза щелочная ФЩ								
ХЭсыв.								
Глюкоза								
Сиаловые кислоты								
Серомукоид								
Гексозы								
Тимоловая проба								
Сулемовая проба								
Бромсульфалеиновая проба								

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 250/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации анализов и их результатов

_____
(название анализов)

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

Журнал предназначен для регистрации и записи результатов анализов - биохимических, общеклинических, гематологических и пр.

В графах 6 - 30 вписываются названия анализов, например: билирубин, холестерин и т.п.

В строках против соответствующих граф с названиями анализов условным знаком (У или +) отмечаются исследования, которые необходимо выполнить больному согласно направлению (регистрация анализов).

По выполнению анализов лаборантами результаты вносятся в данный журнал (запись результатов исследования) из рабочих журналов.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 250/у

Дата поступления	N п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Отделение, палата, участок	Диагноз	Название и								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 250/у

результат анализа															Примечание
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 251/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
лабораторных исследований
_____
вписать название анализа

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

1. Рабочий журнал ведется исполнителем методик (врачом-лаборантом, лаборантом).

2. В графы "1" и "2" переписывают дату и номер анализов из регистрационного журнала.

3. Номера анализов в рабочем журнале должны строго соответствовать номерам регистрационного журнала.

4. По выполнении анализов результаты и показания приборов вносятся в регистрационный журнал.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 251/у

Дата	Регистрационный N анализа	Показания прибора		Результат	Примечание
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 252/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических и паразитологических исследований
_____
(вписать название анализов)

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

Журнал предназначен для регистрации микробиологических и паразитологических исследований.

При большом объеме работы можно вести журналы по видам исследований (на энтеробактерии, коринебактерии, кокки и т.д.).

Основанием для приема материала на исследование служат бланки-направления.

Очередной регистрационный номер присваивается каждому поступившему материалу, и под этим номером проводят исследование до завершения. Все записи в рабочем журнале и на бланках ведут под этим номером, не допуская расхождения номеров.

Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Для типографии
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 252/у

Дата	N п/п	Регистрационный номер	Учреждение, направившее материал	Дата, время		Фамилия, и.о. Медицинская карта N	Возраст	Домашний адрес	Место работы, должность (для детей наименование детского учреждения, школы)
				взятия материала	поступления в лабораторию				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

разворот ф. N 252/у

Отделение, палата, участок	Диагноз. Дата заболевания	Показания к обследованию	Обследование: первичн., повторн., контрольное	Исследуемый материал	Цель исследования	Результат исследования <*>	Подпись лица, проводившего исследов.	Дата выдачи ответа	Фамилия лица, получившего ответ
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

<*> При исследованиях на возбудителей паразитарных болезней при положительном результате указывается вид паразита и интенсивность инвазии.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 253/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований

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

1. В графу 3 "Регистрационный N" переписываются номера анализов регистрационного журнала. Анализ ведут на всех этапах под одним номером.

2. В графе 4 "Наименование среды и характер роста" отмечают название плотных питательных сред, на которые производят посев исследуемого материала, а также наличие или отсутствие подозрительных колоний. Для каждой среды используют отдельную горизонтальную строку.

3. Графы 6 - 26 "Тесты для идентификации" служат для характеристики биологических свойств микроорганизмов (ферментативная активность, антигенная структура, токсигенность и др.).

4. Расщепление углеводов рекомендуется отмечать следующими знаками:

кг - при образовании кислоты и газа;

к - при образовании кислоты без газообразования;

- - расщепление отсутствует.

5. Ферментативную активность в отношении других веществ, а также образование индола и сероводорода и т.д. целесообразно отмечать знаками:

(+) - реакция положительная;

(-) - реакция отрицательная.

6. В графе 27 "Результат исследования" указать вид выделенных микроорганизмов и массивность обсеменения.

Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 253/у

Дата	N п/п	Регистрационный N	Наименование среды и характер роста	Микроскопия	Тесты для							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 253/у

идентификации													Результат исследования	Дата окончания исследования. Подпись лица, проводившего исследование
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 254/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химио-терапевтическим препаратам

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

1. В графе 3 "Регистрационный N" указываются номера анализов, соответствующие номерам регистрационного журнала.

Анализ ведут на всех этапах под одним номером.

2. Графы 4 - 8 заполняются в том случае, если данный журнал служит и для первичной регистрации анализов.

3. В графах 9 - 27 "Чувствительность микроорганизмов" указываются названия химиопрепаратов и регистрируются зоны задержки роста или минимальные ингибирующие концентрации (МИК).

4. При заполнении журнала в лабораториях противотуберкулезных учреждений - графа 6 должна называться - "Ниациновый тест", графа 8 - "Рост в контроле".

Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 254/у

Дата	N п/п	Регистрационный N	Фамилия, имя, отчество. Возраст. Медицинская карта N	Учреждение, отделение, палата	Диагноз. Дата заболевания	Материал	Выделено: (название микроорганизма)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 254/у

Чувствительность микроорганизмов																					Дата выдачи ответа
																					подпись лица, проводившего исследование
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 255/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований
на туберкулез

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 255/у

Дата		N п/п	Регистр. N	Фамилия, имя, отчество обследуемого	Учреждение, отделение, палата	Материал	Консервант	Диагноз	Группа диспансерного учета	Цель исследования	Результат исследования		N культуры
взятия	пост.										культурального	бактериоскопического	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 256/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
приготовления и контроля питательных сред

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

1. При заполнении графы 6 указываются данные о сухих питательных средах, пептоне и т.п.

2. В графах 7 - 11 могут приводиться данные о количестве засеваемых микробных клеток.

3. Для полного учета в журналах ежедневно ведутся записи о количестве приготовленных питательных сред, независимо от проведения контроля.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 256/у

N п/п	Дата приготовления среды	Дата контроля	Наименование среды	Количество приготовленной среды в литрах	Серия и дата изготовления препарата, из которого приготовлена среда	Тесты, применяемые для контроля сред					Заключение о пригодности	Дата и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 257/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
контроля работы стерилизаторов
воздушного, парового (автоклава)

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

Указать нормативно-техническую документацию (НТД) контроля работы стерилизаторов:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 257/у

Дата	Марка, N стерилизатора воздушного, парового (автоклава)	Стерилизуемые изделия		Упаковка	Время стерилизации в мин.		Режим		Тест-контроль			Подпись
		наименование	кол-во		начало	конец	давление	температура	биологический	термический	химический	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 258/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
исследований на стерильность

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

Методы отбора образцов и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 258/у

Дата	N п/п	Регистрационный номер	Материал	Учреждение, место взятия материала	Обработка материала и дата посева	Исследование									Результат исследования	Дата окончания исследования. Подпись лица, провод. исслед.
						в аэробных условиях				в анаэробных условиях						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 259/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований
_____
вписать название исследований

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

Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 259/у

Дата	N п/п	Регистрационный N	Фамилия, имя, отчество. Медицинская карта N	Учреждение, отделение, палата	Диагноз. Дата заболевания	Наименование исследования, кратность	Наименование антигена	Результаты исследования											Дата окончания исследования, подпись лица, провод. исслед.
								1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600	1:3200	КС	КА			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 260/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований
_____
(диагностика сифилиса)

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 260/у

Дата	N анализа	Фамилия, имя, отчество	Учреждение, отделение, палата, участок	Медицинская карта N	Диагноз	Исследуемый материал	Реакция Вассермана			КС
							с антигенами (указать серию, титр)			
							трепонемным	неспецифическим	кардиолипиновым	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 260/у

Цитохолевая реакция	Реакция Кана	Количественный титр									РСК				Дата выдачи ответа. Подпись врача
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

Министерство здравоохранения
СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 261/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА
РАБОТЫ ВРАЧА-ЛАБОРАНТА
за _____ 19__ г.

Врач-лаборант (медлаборант) _____

N п/п	Название анализа	Количество выполненных анализов по дням месяца																													Итого за месяц
		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	

Листок ежедневного учета работы заполняется врачом-лаборантом (медлаборантом) и сдается заведующему лабораторией для внесения данных о количестве выполненных исследований в журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории (Форма N ___/у).

оборотная сторона ф. N 261/у

Врач-лаборант (медлаборант) _____

N п/п	Название анализа	Количество выполненных анализов по дням месяца																													Итого за месяц
		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	

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 262/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

ЖУРНАЛ
учета количества выполненных анализов в лаборатории

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

1. Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории ведется заведующим лабораторией.

2. Строки графы "Название анализа" заполняются согласно "Номенклатуре основных видов лабораторных анализов" по разделам: I - общеклинические анализы; II - гематологические; III - цитологические; IV - биохимические; V - микробиологические; VI - иммунологические анализы.

3. В графу "Лечебные подразделения" (подграфы 3 - 22) вносятся названия обслуживаемых лабораторией стационаров (лечебных отделений), амбулаторно-поликлинических учреждений.

Особо выделяется количество анализов, выполненных по помощи на дому.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ф. N 262/у

_____ месяц _____ год

N п/п	Название анализа	ЛЕЧЕБНЫЕ								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 262/у

ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ											Итого за	
											месяц	год
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 263/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
приема и выдачи шприцев, инструментария, материалов

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

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

ПОЛУЧЕНО																									
СДАНО																									
ОСТАТОК																									

Дата Подпись

1.7. МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 300-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
перечня объектов, подлежащих государственному санитарному надзору

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

_____
_____ ССР
(союзная республика)
_____ АССР
область (край) _____
населенный пункт _____ район _____
Город _____
Раздел санитарного надзора _____
В журнале прошнуровано листов _____

оборот ф. 300-у

N п/п	Полное наименование предприятия (учреждения), зарегистрированного в исполкоме местных Советов народных депутатов	Адрес, номер телефона	Организация, которой подчинено учреждение (предприятие), министерство	Количество работающих	Номер карты объектов
1	2	3	4	5	6

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 301-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЗАКЛЮЧЕНИЕ N ____
по отводу земельного участка под строительство
"__" _____ 19__ г.

I. Протокол рассмотрения проекта

1. Наименование объекта, для которого отводится участок, его ведомственная принадлежность _____
_____
_____
_____

2. Место нахождения участка _____
республика, край, область, город, район
_____

3. Наименование документов, на основании которых дано настоящее заключение
_____
_____

4. Производился ли осмотр участка в натуре _____
комиссией в составе: _____
_____
_____

5. Характеристика земельного участка (территории):
а) размеры (площади) _____ б) рельеф _____
в) вид грунта _____
г) высота стояния грунтовых вод _____
д) наличие заболоченности _____
е) наличие зеленых насаждений _____
_____

6. Использование участка (территории) в прошлом _____
_____
_____
_____

7. Размещение участка по отношению к окружающей территории, имеющимся строениям _____
_____

8. Господствующее направление ветров _____

9. Характеристика возможных влияний указанного объекта строительства на окружающую среду и гигиенические условия жизни населения _____
_____
_____

10. Класс объекта по санитарной классификации, размеры санитарно-защитной зоны в соответствии с СН 245-71 и возможность ее организации _____
_____
_____
_____

11. Источнии водоснабжкения, возможность организации зоны санитарной охраны
_____
_____

12. Возможность канализования объекта _____
_____

13. Места спуска сточных вод (соответствие требованиям) _____
_____
_____

14. Возможность теплоснабжения объекта _____
_____
_____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Земельный участок _____
место расположения
_____
по санитарно-гигиеническим условиям:
а) пригоден для строительства _____
_____
_____
б) не пригоден (указать основания) _____
_____

_____

Настоящее заключение действительно _____

Главный государственный санитарный врач
_____
_____
(административная территория)

Место печати

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 302-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации заключений по отводу земельных участков
под строительство

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

оборот. ф. 302-у

N п/п	N заключения	Дата	Наименование объекта	Ведомственная принадлежность	Место нахождения участка	Результаты рассмотрения	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 303-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЗАКЛЮЧЕНИЕ N ____
по проекту _____
"__" _____ 19__ г.

I. Протокол рассмотрения проекта

1. Наименование проекта _____
_____
2. Наименование предприятия _____
3. Министерство (ведомство) _____
4. Место строительства _____
(адрес)
_____
5. Представлены документы:
а) _____
б) _____
в) _____
г) _____
д) _____
е) _____
ж) _____
з) _____
и) _____
к) _____
6. Проект разработан _____
(наименование проектной организации)
_____
7. Проект представлен _____
(наименование учреждения или предприятия)
_____
при сопроводительном письме N _____ от "__" _____ 19__ г.
8. Проектные материалы получены "__" _____ 19__ г.
Входящий N _____
_____
Заключение по проектным материалам в соответствии с пунктом 9 "б", "в" Положения о государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденного постановлением Совета Министров СССР 31 мая 1973 г. N 361.

об. ф. 303-у

9. Экспертное заключение дано _____
(наименование учреждения, давшего заключение)
_____
N _____ от "__" _____ 19__ г.
10. При рассмотрении проекта _____
_____
и экспертного заключения _____
_____
установлено: _____
_____
_____
_____

_____
_____
_____

II. Заключение

на основании изложенного, проект _____
_____
_____

СОГЛАСОВЫВАЕТСЯ, ОТКЛОНЯЕТСЯ ОТ СОГЛАСОВАНИЯ (ненужное зачеркнуть)

На основании Положения о государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденном постановлением Совета Министров СССР 31 мая 1973 г. N 361 настоящее заключение имеет обязательную силу.

Место печати Государственный Главный санитарный врач _____
_____
(наименование
_____
(административной территории)
_____
_____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 304-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации проектов и заключений по проектам

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

об. ф. 304-у

N п/п	Дата получения проекта	Наименование проекта	Заказчик Министерство (ведомство) предприятие	Наименование и адрес проектной организации, разработавшей проект	Учреждение, давшее экспертное заключение, N, дата	Заключение (проект согласован, отклонен) N, дата

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 305-у

_____
Наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА N _____
предупредительного санитарного надзора строящегося,
реконструируемого объекта

1. Наименование объекта _____
_____
2. Адрес _____
_____
3. Министерство (ведомство) _____
4. Взято на контроль (дата) _____
5. Организация, выполняющая проект _____
_____
6. Организация, осуществляющая строительство _____
_____
7. Дата согласования с санитарно-эпидемиологической станцией и номер заключения:
а) отвода земельного участка _____
б) проекта _____
8. Сроки строительства:
плановые _____
_____
фактические _____
_____
_____

об. ф. 305-у

9. Проводимый контроль

N п/п	Содержание работы (обследование, запросы, лабораторные и инструментальные методы исследования и т.д.)	Выявленные нарушения действующих норм и правил	Принятые меры	Ф.И.О. специалиста санэпидстанции
1	2	3	4	5

10. Дата ввода объекта в эксплуатацию _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 306-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПОСТАНОВЛЕНИЕ N _____
о запрещении, приостановлении
"__" _____ 19__ г.

Я, главный государственный санитарный врач _____
(наименование

_____
административной территории, фамилия, имя, отчество)
рассмотрев материалы обследования _____
_____
(наименование объекта, принадлежность)
_____
_____
(наименование документов)
установил: _____
_____
_____
_____
Руководствуясь Положением о государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденным постановлением Совета Министров СССР 31 мая 1973 г. N 361, ПОСТАНОВИЛ:
Приостановить, запретить с "__" _____ 19__ г.
_____
Впредь до _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

об. ф. 306-у

Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на _____
_____
(должность, фамилия, имя, отчество)
_____
Постановление может быть обжаловано в 10-дневный срок вышестоящему должностному лицу санитарно-эпидемиологической службы.

Место печати

Главный государственный санитарный врач
_____
(наименование административной
_____
территории)
_____
(подпись)

Постановление получил
_____
(занимаемая должность)
_____
фамилия, и., о.
"__" _____ 19__ г.
(дата получения постановления)

Постановление составлено в _____ экз.

Постановление выносится на основании п. п. 9 "д", "е", "ж" Положения о Государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденного постановлением Совета Министров СССР от 31 мая 1973 г. N 361.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____

Медицинская документация
Форма N 307-у
Утверждена Минздравом СССР

Наименование учреждения 04.10.80 г. N 1030

КАРТА N _____
объекта текущего санитарного надзора _____

Раздел надзора _____
_____
Наименование объекта _____
_____
Адрес _____
_____ телефон _____

Руководитель предприятия (организации, учреждения)
_____
(фамилия, имя, отчество)

Характеристика санитарного состояния объекта
а) на момент составления карты _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

б) на 1 января 19__ г. _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
в) на 1 января 19__ г. _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
г) на 1 января 19__ г. _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ТЕКУЩИЙ САНИТАРНЫЙ НАДЗОР

Дата обследования	Цель обследования (плановое, проверка выполнения предложений, рассм. жалобы, взятие проб и т.д.)	Результаты обследования (акт, запись в сан. журнал, составление протокола и т.д.)	Обследование проведено			Дополнительные меры (обращение в вышестоящие организации, письма, запросы, справки и т.д.)
			врачом	пом. врача	инженером	

1	2	3	4	5	6	7

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дата составления карты

"__" _____ 19__ г.

Санитарный врач _____
(подпись)

Помощник санитарного врача _____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 308-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

КНИГА
для записи санитарного состояния учреждения
"__" _____ 19__ г.

Дата посещения	Обнаруженные нарушения санитарного состояния и противоэпидемического режима	Предложенные мероприятия	Назначенный срок выполнения	Фамилия санитарного врача	Дата и результат проверки выполнения
1	2	3	4	5	6

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 309-У
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ПРОТОКОЛ
о нарушении санитарно-гигиенических
и санитарно-противоэпидемических правил
"__" _____ 198_ г.

Мною _____
(наименование должности - органа или учреждения
_____
санитарно-эпидемиологической службы, адрес, телефон)
_____
_____
_____
_____
(фамилия, имя, отчество)
_____
при санитарном обследовании _____
(наименование объекта, его подчинение)
_____
обнаружено _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
что является нарушением _____
(наименование санитарно-гигиенических
_____
и санитарно-противоэпидемических правил)

Ответственным за нарушение является:
1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
2. Возраст _____ 3. Семейное положение _____
4. Место работы, адрес предприятия (учреждения) _____
_____
5. Занимаемая должность _____
6. Оклад заработной платы _____
7. Домашний адрес _____

Подпись лица, составившего протокол _____

Подпись лица, ответственного за нарушение _____

Фамилия, имя, отчество понятых _____

Должность и место работы, их местожительство _____
_____
Объяснение лица, ответственного за нарушение _____
_____
_____

Протокол получил _____
(подпись ответственного за нарушение, дата получения)

Отметка об отказе от подписи ответственного лица, от дачи объяснения или более позднем представлении объяснения _____
_____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Главный государственный
санитарный врач

Медицинская документация
Форма N 310-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПОСТАНОВЛЕНИЕ N _____
о наложении штрафа

"__" _____ 19__ г.

_____
Главный государственный санитарный врач _____
(наименование административной территории)

_____
(фамилия, имя, отчество)

Рассмотрев представленные материалы (перечислить) _____
_____
установил _____
_____
(указать характер нарушений, наименование санитарно-гигиенических
_____
и санитарно-противоэпидемических правил)

На основании Положения о государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденного постановлением Совета Министров СССР от 31 мая 1973 года N 361, ПОСТАНОВИЛ:
подвергнуть штрафу в сумме _____ руб.
(прописью)
гражданина _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
являющегося _____
(занимаемая должность, предприятие, учреждение)
проживающего _____
Означенный штраф должен, быть внесен не позднее _____ в _____
_____ отделение Госбанка в доход Госбюджета, а квитанция об уплате штрафа представлена мне.

Настоящее постановление может быть обжаловано в 10-дневный срок со дня вручения постановления в народный суд по месту жительства. Копия заявления об этом направляется должностному лицу, которое внесло постановление о наложении штрафа, для приостановления взыскания штрафа.

Главный государственный санитарный врач _____
(подпись)
Постановление получил _____
(подпись оштрафованного, дата получения)

Фамилия, имя, отчество, должность и подпись другого лица, получившего постановление для вручения оштрафованному _____
_____
_____
(дата)

Отметка о высылке постановления заказным письмом _____
(число, месяц, год. N квитанции)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 311-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации постановлений о наложении штрафов

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

ф. 311-у

N постановления	Дата вынесения постановления	Кем вынесено постановление (должность, фамилия, имя, отчество)	Фамилия, имя, отчество оштрафованного	Занимаемая должность, наименование предприятия учреждения, его подчиненность, адрес	Домашний адрес	Сумма штрафа	Существо нарушения по протоколу
1	2	3	4	5	6	7	8

разворот ф. 311-у

Кем составлен протокол (должность, ф., и., о., наименование органа или учреждения санитарно-эпидемиологической службы)	Дата составления протокола о санитарном нарушении и акта санитарного обследования	Дата вручения постановления (лично, послано заказным письмом по адресу)	Доведено до сведения общественности по месту работы или жительства	Срок добровольного внесения штрафа	Обжалование постановления в народный суд и принятое решение	Предложения о взыскании штрафа из заработной платы оштрафованного и через народный суд (обращение взысканию на имущество)	Отметка о взыскании штрафа
9	10	11	12	13	14	15	16

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Главный государственный
санитарный врач

Медицинская документация
Форма N 312-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРЕДЛОЖЕНИЕ
об удержании неуплаченного штрафа

В бухгалтерию _____
(наименование предприятия, учреждения)
_____
Адрес _____
_____
На основании п. 12 "Положения о государственном санитарном надзоре в СССР", утвержденного Постановлением Совета Министров СССР 31 мая 1973 года N 361, предлагаю взыскать в бесспорном порядке с _____
_____
работающего в _____
_____ штраф в сумме _____
согласно постановлению о наложении штрафа главного государственного санитарного врача _____
_____
_____
(наименование территории)
N _____ от "__" _____ 19__ года путем вычета из заработной платы.

Удержанная сумма должна быть внесена в _____
отделение Госбанка в доход Госбюджета.

Главный государственный санитарный врач
_____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 313-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПОВЕСТКА N _____
для дачи объяснения о нарушении санитарно-гигиенических
и санитарно-противоэпидемических правил
"__" _____ 19__ г.

Тов. _____
(фамилия, и., о.)
Занимаемая должность _____
Адрес _____
(служебный)
_____
Прошу прибыть к _____ час. "__" _____ 19__ г.

в _____
(наименование санэпидстанции)
_____
(адрес санэпидстанции, телефон)
к _____
(ф., и., о. должностного лица)

для дачи объяснений по поводу нарушения санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
(подпись лица, выписавшего повестку)

Повестку получил _____ _____
(подпись) (занимаемая должность)

"__" _____ 198_ г.
(дата получения повестки)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Главный государственный санитарный врач

Медицинская документация
Форма N 314-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРЕДЛОЖЕНИЕ
об отстранении от работы

Руководителю предприятия (учреждения) _____
_____
_____ _____
(адрес) (телефон)

Руководствуясь инструкцией Министерства здравоохранения СССР от 6 февраля 1961 года, изданной на основании постановления Совнаркома СССР от 1 октября 1936 года (Сборник законов СССР, 1936, N 50, с. 410), ПРЕДЛАГАЮ не допускать к работе до получения письменного разрешения _____
_____
(наименование санэпидстанции)
_____
тов. _____
(фамилия, имя, отчество)
работающего в должности _____
отстраняемого от работы по поводу _____
_____
_____
_____
_____
_____

Главный государственный санитарный врач _____
(наименование)
_____

административной территории
_____
(подпись)

Предложение получил _____
(подпись)
_____
(должность, дата)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 315-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

АКТ
санитарного обследования
"__" _____ 19__ г.

Мною _____
(фамилия, имя, отчество, должность)
_____
В присутствии _____
(фамилия, имя, отчество, должность)
_____
_____
Установлено: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

об. ф. 315-у

На основании Положения о государственном санитарном надзоре в СССР, утвержденного Постановлением Совета Министров СССР от 31 мая 1973 г. N 361, ПРЕДЛАГАЕТСЯ:

Ном. п/п	Наименование мероприятия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель

Акт составлен в _____ экз.

Подписи: _____
_____
_____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 316-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
по приему оздоровительного учреждения _____
(наименование)
от "__" _____ 19__ г.

Организация _____
(наименование, адрес)
_____
комиссия в составе: _____
_____
_____
произвела прием оздоровительного учреждения _____
_____
1. Оздоровительное учреждение расположено (подробный адрес, удаленность от железной дороги, населенного пункта, больницы) _____
_____
_____
2. Подъездные пути (шоссе, проселочная дорога) _____
_____
3. Оздоровительное учреждение (стационарное или арендованное - подчеркнуть) с какого года функционирует _____
_____
4. Расчетная вместимость учреждения _____
количество смен _____
5. Площадь в кв. м на одного ребенка в спальне _____
6. Наличие основных и вспомогательных помещений для дневного пребывания, для работы кружков, клуба, эстрады, Ленинской комнаты, Совета дружины, для хранения чемоданов, умывальных, туалетов, сушки одежды и обуви, для чистки одежды и обуви и др. _____
_____
_____
_____
_____

ф. 316-у

_____
_____
_____
_____
_____
7. Столовые: число посадочных мест в обеденном зале _____
площадь на 1 посадочное место _____
Необходимый набор помещений (их площадь): при обеденном зале _____
производственные, складские, технические помещения и помещения персонала __
_____
_____
_____
_____
наличие подводки холодной и горячей воды к моечным ваннам _____
_____
_____
_____

обеспеченность инвентарем, оборудованием, посудой _____

8. Условия хранения продуктов (скоропортящихся, сухих, овощей) _____

источники холода (холодильн. камеры, бытовые холодильники, ледники) их температурный режим _____

Наличие транспорта и специальной тары для перевозки продуктов _____

9. Помещения медицинского назначения (площадь):
ожидальная (навес) _____
кабинет врача - смотровая _____
кабинет зубного врача _____ процедурная _____
комната медицинской сестры _____ уборная с умывальником _____
в шлюзе _____

10. Изолятор: палаты (число, площадь) _____
число коек _____ наличие боксированных палат _____
подсобные помещения (какие, площадь) _____

их оборудование _____

11. Наличие бани _____ душевых гигиенических _____
(число рожков) _____ кабины личной гигиены девочек _____
прачечной _____ постирочный _____
12. Водоснабжение: центральное водоснабжение, артезианская скважина, шахтный колодец _____

дебет воды _____ количество воды на 1 человека в сутки _____
наличие питьевых фонтанчиков _____
13. Канализация: полная или частичная _____

тип очистных сооружений _____
14. Освещение помещений _____
территории _____
15. Территория оздоровительного учреждения: площадь _____
ограждение _____ благоустройство и оборудование _____

16. Наличие водоема и организация места купания _____

17. Общелагерная линейка _____

линейка для октябрятских групп _____
площадка для костра _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

стр. 5 ф. 316-у

18. Сооружения физкультуры и спорта, их оборудование _____
_____
_____
_____
_____
19. Игровые площадки, аттракционы, их оборудование _____
_____
20. Уголок юного натуралиста, "живой уголок" _____
огород для опытных культур _____
площадки - географическая, астрономическая _____
_____
21. Размещение обслуживающего персонала _____
_____
_____
_____
22. Обеспеченность твердым инвентарем _____
_____
_____
мягким инвентарем (количество смен белья) _____
_____
23. Обеспеченность инвентарем для работы кружков (какой, количество) _____
_____
_____
_____
_____
24. Укомплектованность штата (количество) педагогов-воспитателей _____
_____
_____
_____
_____
_____

стр. 6 ф. N 316-у

пионервожатых _____, педагогов физической подготовки _____
_____ воспитателей, _____
медицинского персонала _____
_____
административно-хозяйственного и обслуживающего персонала _____
_____
_____
_____
25. Наличие договора о вывозе пищевых отходов, мусора, очистке выгребов ___
_____
_____
_____
_____
26. Выполнение плана-задания по благоустройству оздоровительного учреждения
_____
_____
_____
_____
_____

27. Заключение комиссии _____
_____
_____
_____
_____

Подписи _____
_____
_____
_____

Примечание: Акт составляется в 3-х экземплярах - для районной лагерной комиссии, санэпидстанции и оздоровительного учреждения.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 317-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАЗРЕШЕНИЕ
на вывоз детей в оздоровительные учреждения,
выданное предприятию (организации), в ведении
которого находятся данные учреждения

от "__" _____ 19__ г.

Санэпидстанция _____
разрешает вывоз детей в _____
по адресу _____
количество детей в одну смену _____

Разрешение дано на основании документов:

1. Акта приема от "__" _____ 19__ г.
2. Анализа воды от "__" _____ 19__ г.
3. Разрешения санэпидстанции района по месту размещения учреждения _____
_____
4. Штатной ведомости сотрудников учреждения в количестве:
_____
5. Справок о прохождении учреждения:
   медосмотра _____
   веносмотра _____
   анализа крови на _____
   исследования на бациллоносительство кишечных инфекций _____
   флюорографии _____
   профилактических прививок _____
6. Справок о проведении дезинфекции, дезинсекции и дератизации в помещении и на территории учреждения _____
7. Заключения технического надзора о состоянии помещений _____
_____
8. Заключения органов государственного пожарного надзора _____
_____
_____

Дата выезда "__" _____ 19__ г.

Главный врач санэпидстанции _____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 318-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
(санитарный паспорт)
по приему лагеря студенческого строительного, сельскохозяйственного отряда и отряда трудовых объединений старшеклассников

1. Название республики, края, области, района, города, совхоза _____
_____
_____
_____
_____
2. Название организации, принимающей отряд, фамилия руководителя _____
_____
_____
_____
3. Название института, школы (полное и адрес), название отряда _____
_____
_____
_____
_____
4. Численность отряда _____
5. Фамилия командира отряда и медработника отряда _____
_____
_____
6. Характеристика территории лагеря _____
(площадь, озеленение
_____
водоем и т.д.)
7. Характеристика жилой зоны лагеря:
а) где располагаются спальные помещения, их санитарное состояние и оборудование _____
_____
б) площадь на 1 человека _____
в) наличие сушилок _____
камеры хранения _____
медпункта _____ комнаты отдыха _____
изолятора _____

Помещения для хранения инструментов _____
г) наличие противопожарного оборудования _____
8. Характеристика пищеблока
а) студенческий, школьный котлопункт _____
или обществ, столовая _____
б) соответствие санитарным нормам кухни _____
_____ и столовой _____
_____
в) обеспечение инвентарем (полное, неполное, частичное, чего нет) _____
_____
_____
г) наличие погреба _____ кладовой _____
и их санитарное состояние _____

д) условия хранения продуктов _____
(хорошие, плохие, малопригодные)
е) организации, снабжающие лагерь продуктами _____
_____
_____
_____
_____
ж) наличие противопожарных щитов на пищеблоке и укомплектованность оборудованием _____
_____
_____
_____
з) обеспеченность пищеблока питьевой водой _____
_____
и) способ удаления пищевых отходов и промывочных вод _____
_____
9. Характеристика водоснабжения лагеря:
а) характер водоисточника _____
б) заключение СЭС о его использовании с указанием КОЛИТИТРА _____
_____
в) рекомендации СЭС по обработке воды _____
_____
г) пункт забора, способ доставки, количество емкостей, их объем и пригодность (при отсутствии водоисточника) _____
_____
_____

д) обеспеченность лагеря бачками (количество) и их пригодность _____
_____
_____
_____
10. Характеристика зоны санитарного благоустройства:
а) наличие умывальников, правильность их устройства и количество сосков (при централиз. водоснабжении количество кранов, исправность водопровода, наличие канализационной сети и ее исправность)
_____
_____
_____
_____
б) наличие бани и ее санитарное состояние, кто пользуется
_____
_____
(при отсутствии бани, где и как организ. помывки)
_____
_____
в) наличие душа _____
_____
д) наличие туалетов, правильность их расположения и достаточность объема
_____
ж) наличие запаса дезсредств _____
12. Наличие спортплощадки _____
13. Способ освещения в лагере, его достаточность и правильность устройства
_____
_____
14. Удаленность лагеря от:
а) населенного пункта _____
б) действующего медицинского учреждения (указать какого) _____
_____
_____
_____
_____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

а) въезд отряда разрешается с _____ 19__ г.
(число, месяц)

б) въезд запрещается до проведения следующих мероприятий
_____
(указать какие мероприятия и в какой срок)
_____
_____

в) въезд запрещается вообще <*> _____
(указать причину)
_____

Представитель _____
(назв. района)
_____ СЭС _____ _____
(подпись) (фамилия)

Представитель _____ Представитель _____
(наим. приним. орган.) (наим. отряда)
_____ _____ _____ _____
(подпись) (фамилия) (подпись) (фамилия)

Составлен _____ 19__ г. <**>
(число, месяц)

<*> В случае запрещения въезда отряда об этом немедленно извещается главный врач областной, краевой, республиканской СЭС и главный врач областного, краевого, республиканского штаба ССО.

<**> Паспорт составляется в трех экземплярах и передается на хранение каждой из подписавших организаций. По окончании работ районные СЭС сдают паспорта в областную, краевую, республиканскую СЭС для составления итогового отчета; мед. работники отрядов сдают паспорта главному (санитарному) врачу областного, краевого, республиканского штаба ССО. Паспорта уничтожаются через год.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 319-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

УЧЕТНАЯ КАРТОЧКА
общественного санитарного инспектора

1. Фамилия, имя, отчество _____
_____
2. Удостоверение _____
(N, дата выдачи)
3. Домашний адрес _____
_____
4. Год рождения _____
5. Образование _____
6. Место работы _____

_____
7. Должность _____
8. Дата начала работы при _____
(наименование санэпидстанции)
_____
9. Раздел работы _____
10. Наименование объектов, принятых под самостоятельный текущий санитарный надзор _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

оборот ф. 319-у

ПРОВЕДЕННАЯ РАБОТА				
Дата обследования	Цель обследования	Результат обследования	Принятые меры	Отметки санэпидстанции
1	2	3	4	5

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР _____ Наименование учреждения		Медицинская документация Форма N 320-у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. N 1030

АКТ
обследования общественным санитарным инспектором
"__" _____ 19__ г.

Мною, _____
(фамилия, имя, отчество)
_____
общественным санитарным инспектором _____
_____
(наименование санэпидстанции)
в присутствии _____
(фамилия, имя, отчество и
_____
должность должностного лица)

проведена проверка соблюдения санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил _____
(наименование объекта и
_____
его подчиненность)
_____

Обнаружено: _____
_____
_____
_____
_____
Предложено: _____
_____
_____
_____
_____

Подпись общественного санитарного инспектора _____

Ознакомлен: Представитель администрации _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 321-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации подготовки общественных санитарных инспекторов
и числа инструктивных занятий с ними

ф. N 321-у

А. Учет подготовки общественных санитарных инспекторов

Порядковый N группы	Дата проведения занятия (год, месяц, число)	Наименование профиля подготовки	Число слушателей в группе
1	2	3	4

Б. Учет инструктивных занятий с общественными санитарными инспекторами

N п/п	Дата проведения занятий	Наименование инструктивного занятия (семинар, конференция и т.д.)	Ф.И.О., занимаемая должность проводившего занятие	Число ОСИ
1	2	3	4	5

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 322-У
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации проб и выдачи результатов исследований

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

Пробе придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются все виды исследования.

Журнал ведется лабораторией или лабораторными подразделениями в зависимости от объема работы.

оборот ф. 322-у

Лабораторный номер	Дата, время		Название пробы (образца и др.)	Количество, объем	Место отбора проб (образца и др.)	Особые условия при отборе	Цель исследования	Применяемые при отборе консерванты, стабилизаторы и др.	Дата			Подпись проводившего исследование	Дата и подпись получившего результат исследования
	отбор проб	поступления в лабораторию							начала исследования	окончания исследования	уничтожения пробы		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 323-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ ОТБОРА ПРОБ ВОДЫ N _____
от "__" _____ 19__ г.

Точка отбора _____
Цель отбора _____
НТД, согласно которой произведен отбор _____
_____
Дата и время отбора _____
Дата и время доставки _____
Адрес, наименование лаборатории _____
_____
Условия транспортировки _____, хранения _____
_____ Методы консервации _____

N пробы	Наименование объекта (артскважина, колодец, водоем и др.)	Адрес	Место отбора, глубина отбора	Расстояние от берега	Упаковка, объем пробы	Метеоусловия при отборе. Т воды в град. С	Вид пробы (разовая, средняя и др.)

Примечание: для сточной воды указать характер (производственная, хозяйственно-бытовая, смешанная - нужное подчеркнуть).

Особые условия отбора _____
Дополнительные сведения _____
_____
Должность, ф., и., о. сотрудника, в присутствии которого произведен отбор
_____

_____ Подпись _____

Должность, ф., и., о. производившего отбор проб _____
_____ Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 324-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЖУРНАЛ
учета результатов исследований воды поверхностных

водоемов, прибрежных зон морей, сточных вод

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

Примечание:
1. Пробе придается единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются все виды исследования.
2. При большом объеме исследований воды поверхностных водоемов допускается ведение самостоятельного журнала.
3. При исследовании воды из открытых водоемов и прибрежных зон морей графы N 11, 14, 15, 25 не заполняются.

N п/п	Лабораторный номер	Дата	Место отбора пробы и адрес	Температура в градусах С		Запах			Цветность в градусах	Цвет (описать)	Порог исчезновения цвета (в разведении)	Муть, осадок (описать)	Прозрачность в см	Плавающие примеси, пленка	Взвешенные вещества мг-куб. дм	РН	Растворенный кислород мг-куб. дм	БПК-5 мг O2-куб. дм	БПК-20 мг O2-куб. дм	Окисляемость мг O2-куб. дм	ХПК мг O2-куб. дм	
				воздуха	воды	интенсивность в баллах	характер (описать)	порог исчезновения (в разведении)														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

стр. 3 ф. 324-у

Кислотность мг-экв. куб. дм	Жесткость общая мг-экв. куб. дм	Сухой остаток мг-куб. дм	Кальций мг-куб. дм м	Магний мг-куб. дм	Железо общее мг-куб. дм	Хлориды мг-куб. дм	Сульфаты мг-куб. дм	Азот мг-куб. дм		Фтор мг-куб. дм	СПАВ мг-куб. дм	Специфические вещества, характерные для местных условий, мг-куб. дм										Количество исследований, проведенных в пробе	Примечание	Подпись
								аммиака	нитритов			нефтепродукты	фенолы	цианиды	медь	свинец	цинк	хром трехвалентный	хром шестивалентный					
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

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 325-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
исследования воды поверхностных водоемов, прибрежных зон морей и сточных вод

от "__" _____ 198_ г.

Наименование источника _____
Место взятия пробы _____
Дата и время взятия пробы _____
Температура воздуха в градусах С _____
Температура воды в градусах С _____
Запах | Интенсивность в баллах _____
| Характер (описать) _____
| Порог исчезновения (в разведении) _____
Цветность в градусах _____
Цвет (описать) _____
Порог исчезновения цвета (в разведении) _____
Муть, осадок (описать) _____
Прозрачность _____ см
Плавающие примеси, пленка _____
Взвешенные вещества _____ мг-куб. дм
РН _____
Растворенный кислород _____ мг-куб. дм
БПК-5 _____ мг O2-куб. дм
БПК-20 _____ мг O2-куб. дм
Окисляемость _____ мг O2-куб. дм
ХПК _____ мг O2-куб. дм
Щелочность _____ мг-экв.
Кислотность _____ мг-экв.
Жесткость общая _____ мг-куб. дм
Сухой остаток _____ мг-куб. дм
Кальций _____ мг-куб. дм
Магний _____ мг-куб. дм
Железо общее _____ мг-куб. дм
Хлориды _____ мг-куб. дм
Сульфаты _____ мг-куб. дм

оборот ф. 325-у

Азот | Аммиака _____ мг-куб. дм
| Нитритов _____ мг-куб. дм
| Нитратов _____ мг-куб. дм
Фтор _____ мг-куб. дм
Специфические вещества, характерные для местных условий:
Нефтепродукты _____ мг-куб. дм
Фенолы _____ мг-куб. дм
Цианиды _____ мг-куб. дм
Медь _____ мг-куб. дм
Свинец _____ мг-куб. дм
Цинк _____ мг-куб. дм
Хром трехвалентный _____ мг-куб. дм

Хром шестивалентный _____ мг-куб. дм
другие _____ м _____
_____
_____
_____
НТД на методы исследования _____
_____

Подпись проводившего исследования _____

Заключение врача _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись заведующего отделением коммунальной гигиены _____
_____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 326-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЖУРНАЛ
учета результатов исследований питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения

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

_____

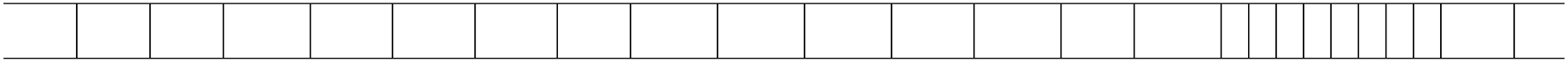
Примечание:
1. Пробе придается единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются все виды исследования.
2. При большом объеме исследований питьевой воды из разводящей сети водопроводов, источников централизованного или нецентрализованного водоснабжения допускается ведение самостоятельных журналов.
3. При исследовании воды системы централизованного водоснабжения 10, 11 и 16 не заполняются.

ф. 326-у

N п/п	Лабораторный номер	Дата	Место отбора пробы	ГОСТ 3351-74					Осадок (описать)	Прозрачность в см	PH	Остаточный хлор мг-куб. дм ГОСТ 18190-72		Остаточный озон мг-куб. дм ГОСТ 18301-72	Окисляемость мг O2-куб. дм	Азот, мг-куб. дм			Общая жесткость мг-экв. куб. дм ГОСТ 4151-72	Сухой остаток мг-куб. дм ГОСТ 18164-72	Хлориды мг-куб. дм ГОСТ 4245-72
				запах в баллах		привкус в баллах при 20 гр. С	цветность в градусах	мутность мг-куб. дм по станд. шкале				свободный	связанный			аммиака ГОСТ 4192-48	нитратов ГОСТ 18826-73	нитритов ГОСТ 4192-48			
				20 гр. С	60 гр. С																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

разворот ф. 326-у

Сульфаты мг-куб. дм ГОСТ 4889-72	Железо мг-куб. дм ГОСТ 4011-72	Медь мг-куб. дм ГОСТ 4388-72	Цинк мг-куб. дм ГОСТ 18293-72	Молибден мг-куб. дм ГОСТ 18308-72	Мышьяк мг-куб. дм ГОСТ 4152-72	Свинец мг-куб. дм ГОСТ 18293-72	Фтор мг-куб. дм ГОСТ 4386-72	Остаточный алюминий мг-куб. дм ГОСТ 18165-72	Полиакриламид мг-куб. дм ГОСТ 19413-74	Полифосфаты мг-куб. дм ГОСТ 18309-72	Бериллий мг-куб. дм ГОСТ 18294-72	Селен мг-куб. дм ГОСТ 19413-74	Марганец мг-куб. дм ГОСТ 4974-72	Стронций стабильный мг-куб. дм ГОСТ 23950-80	Специфические вещества, характерные для местных условий, мг-куб. дм								Количество исследований, проведенных в пробе	Примечание
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



Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 327-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
исследования питьевой воды

от "__" _____ 198_ г.

Место взятия пробы _____
_____
Наименование водоисточника _____
Дата и время взятия пробы _____
Запах _____ баллы при 20 гр. С ____ Баллы при 60 град. С _____ | ГОСТ
Привкус _____ баллы при 20 град. С, цветность _____ градусы _____ | 3351-74
Мутность _____ по станд. шкале мг-куб. дм |
Осадок (описать) _____
Прозрачность _____ см
РН _____

Остаточный хлор			
Свободный		мг-дм	ГОСТ 18190-72
Связанный		мг-дм	ГОСТ " "
Остаточный озон		мг-дм	ГОСТ 18301-72
Окисляемость		мг O2-дм	
Азот в мг-л	аммиака	мг-дм	ГОСТ 4192-48
	нитритов	мг-дм	ГОСТ " "
	нитратов	мг-дм	ГОСТ 18826-73
Общая жесткость		мг-экв.-дм	ГОСТ 4151-72
Сухой остаток		мг-дм	ГОСТ 18164-72
Хлориды		мг-дм	ГОСТ 4245-72
Сульфаты		мг-дм	ГОСТ 4389-72
Железо		мг-дм	ГОСТ 4011-72
Медь		мг-дм	ГОСТ 4388-72
Цинк		мг-дм	ГОСТ 18293-72
Молибден		мг-дм	ГОСТ 18308-72
Мышьяк		мг-дм	ГОСТ 4152-72
Свинец		мг-дм	ГОСТ 18293-72
Фтор		мг-дм	ГОСТ 4386-72

стр. 2 ф. 327-у

Остаточный алюминий		мг-дм	ГОСТ 18165-72
Полиакриламид		мг-дм	ГОСТ 19413-74
Полифосфаты		мг-дм	ГОСТ 18309-72
Бериллий		мг-дм	ГОСТ 18294-72
Селен		мг-дм	ГОСТ 19413-74
Марганец		мг-дм	ГОСТ 4974-72
Стронций стабильный		мг-дм	ГОСТ 23950-80

Специфические вещества, характерные для местных условий, мг-дм
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись проводившего исследования _____

Заключение врача _____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись заведующего отделением коммунальной гигиены _____

_____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 328-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации результатов исследования воздуха

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

Пробе воздуха придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются поглотители и фильтры в протоколах исследования воздуха.

Журнал ведется лабораторными подразделениями, проводящими исследования воздуха.

ф. 328-у

Лабораторный номер	Дата отбора	Время отбора	Наименование обследуемого объекта	Определение метеорологических условий						Источник загрязнения и расстояние от источника загрязнения и места отбора	Определяемые вещества
				атмосферное давление	Т гр. воздуха	влажность	ветер		состояние погоды		
							направление	скорость			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

разворот ф. 328-у

Обнаруженная концентрация		ПДК		НТД, согласно которой проводилось исследование	Количество исследований в пробе	Подписи	
Максимально разовая концентрация	Среднесуточная концентрация	Максимально разовая концентрация	Среднесуточная концентрация			Проводившего исследование	Получившего результат исследования
13	14	15	16	17	18	19	20

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 329-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
исследования воздуха населенных мест
от "__" _____ 19__ г.

Место отбора воздуха _____
Цель отбора _____
Вид пробы (разовая, среднесуточная) _____
НТД, согласно которой произведен отбор _____
Дата и время отбора _____ доставки _____
Условия транспортировки _____ хранения _____
Методы консервации _____
Средства измерений, применяемые при отборе _____
Сведения о государственной поверке _____
Характеристика местности: рельеф _____, зеленый массив _____
его высота _____ расстояние от источника загрязнения _____
Планировочная ситуация _____
Характеристика источника загрязнения _____
высота и мощность выброса _____
форма факела _____
Эскиз местности с указанием источника загрязнения и точек отбора проб воздуха (порядковые номера точек отбора):

Должность, фамилия, и.о. проводившего отбор проб _____

_____ Подпись _____

Протокол составляется в двух экземплярах

Номера		Точка отбора проб	Метеофакторы						Время отбора (час., мин.)		
поглотителей фильтров	точек отбора по эскизу		атмосферное давление в мм рт. ст.	температура воздуха в гр. С	влажность в проц.	ветер		состояние погоды	начало	конец	скорость аспирации в
						направление	скорость в м-сек				

							.				л-мин .
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Номера поглотителей и фильтров переписываются

стр. 3 ф. 329-у

Наименование определяемого вещества, ингредиентов	Результат исследования концентрации в единицах измерения				НТД на методики исследования
	максимально-разовая		среднесуточная		
	обнаруженная	ПДК	обнаруженная	ПДК	
13	14	15	16	17	18

Подпись проводившего исследование _____

из журнала регистрации результатов исследования воздуха

стр. 4 ф. 329-у

Заключение врача: _____
_____
_____
_____
_____

Подпись санитарного врача _____

Подпись заведующего отделением _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 330-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
исследования воздуха закрытых помещений
от "__" _____ 19__ г.

_____

Место отбора воздуха _____

(наименование объекта, адрес, цех, участок, отделение,
_____
помещение, здание, комната, класс и др.)
Цель отбора _____
НТД, согласно которой произведен отбор _____
_____
Дата и время отбора _____ доставки _____
Условия транспортировки _____ хранения _____
Методы консервации _____
Средства измерений, применяемые при отборе _____
_____
Сведения о государственной поверке _____
Характеристика помещения: площадь _____ кв. м, кубатура _____ куб. м,
количество живущих или работающих _____, условия отбора _____
_____
(окна открыты, закрыты и др.)

Характеристика технологического процесса: проц. работающего оборудования __
_____ режим _____
_____
наличие ручных операций _____
основные источники загрязнения _____
Эскиз помещения (территории, площадки, рабочего места и др.) с указанием источников загрязнения и точек отбора проб воздуха (порядковые номера точек отбора):

Должность, фамилия, и.о. представителя обследуемого объекта,
присутствующего при отборе воздуха _____
_____ Подпись _____

Должность, фамилия, и.о. проводившего отбор воздуха _____
_____ Подпись _____

Протокол составляется в двух экземплярах

Результаты измерения метеорологических факторов атмосферного воздуха:

Температура град. С			Относительная влажность						Давление мм рт. ст.		
Номера		Точка отбора проб	Условия отбора воздуха помещений								
поглотителей и фильтров	точек отбора по эскизу		Метеофакторы				Расстояние в м, см		Время отбора час., мин.		Скорость аспирации л-мин.
			температура град. С показан. термометр.		относительная влажность	скорость движения воздуха	от пола	от источника загрязнения	начало	окончание	
			сухом	влажном							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Номера поглотителей и фильтров переписываются

разворот ф. 330-у

Наименование определяемого показателя, ингредиента вещества в мг-куб. м	Результат исследования в мг-куб. м		НТД на методику исследования
	обнаруженная концентрация	ПДК, ОБУВ и др. по НТД в мг-куб. м	
13	14	15	16

Подпись проводившего исследование _____

из журнала регистрации результатов исследования воды.

стр. 4 ф. 330-у

Заключение врача:

Подпись санитарного врача _____

Подпись заведующего отделением _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 331-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
проб и результатов исследования почвы

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

ф. 331-у

N пробы	Даты		Место отбора, адрес	Наименование						
	отбора	доставки в лаборатор.		внешний вид	запах	примеси проц.	влажность	азот		
								нитритов	нитратов	аммонийный
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

разворот ф. 331-у

Определяемых показателей									Фамилия проводившего анализ
азот			Микроэлементы						
белковый	органический	почвенно-белковый							
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 332-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
исследования проб почвы
от "__" _____ 198_ г.

Наименование объекта, адрес _____
_____
Время отбора _____ доставки _____
Цель исследования_____
Дополнительные сведения _____
_____

N проб	Место и точка отбора	Количество в гр.	Глубина отбора в см	НТД на метод отбора
1	2	3	4	5

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Наименование показателей		НТД на метод исследования	Результат исследования в пробах в ед. измерения			
			N 1	N 2	N 3	N 4
1	2	3	4	5	6	7

Фамилия и подпись проводившего исследование _____

Заключение санитарного врача _____

Фамилия и подпись санитарного врача _____

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 333-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
измерений напряженности электромагнитного поля
от "__" _____ 198_ г.

1. Место проведения измерений _____
(наименование объекта, адрес,
_____
цех, участок, отделение)

2. Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта
_____
_____
(должность, фамилия, имя, отчество)

3. Средства измерений _____
(наименование, марка, инвентарный номер)

4. Сведения о государственной проверке _____
(дата, и номер
_____
свидетельства, справки)

5. Нормативно-техническая документация, в соответствии с которой проводились измерения и давалось заключение _____
_____
(перечислить)
_____
_____

6. Эскиз помещения с указанием размещения оборудования, источников электромагнитных излучений (обозначенных номерами предприятий-изготовителей) и нанесением точек замеров.

ф. 333-у

Результаты измерений

N п/п	N точек по эскизу	Место измерения	Расстояние от источника в м	Высота от пола в м	Время пребывания в зоне эмп в течение смены	Напряженность элктромагнитного поля				Плотность потока энергии Вт/кв. м, МкВт/кв. см	
						по электр. составл. В-м		по магнитной сост. А-м			
						измеренная	предельно допустимая	измеренная	предельно допустимый уровень	измеренная	предельно
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Измерения производил _____
должность, фамилия

разворот ф. 333-у

Перечни и параметры установок, излучающих энергию ЭМП

Примечание: указать наличие рентгеновского излучения, высокой температуры воздуха выше 28 град. С и др. вредных производственных факт.									
13	14	15	16	17	18	19	20	21	

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 334-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
измерений шума и вибрации
от "__" _____ 19__ г.

1. Место проведения измерений _____
(наименование объекта, цех,
_____
участок, отделение, адрес)

2. Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта
_____
(должность, фамилия, имя, отчество)
_____

3. Средства измерений _____
(наименование, тип, инвентарный номер)
_____
4. Сведения о государственной поверке _____
_____
(дата и номер свидетельства (справки))

5. Нормативно-техническая документация, в соответствии с которой проводились измерения и давалось заключение _____
_____
_____
6. Основные источники шума (вибрации) и характер создаваемого ими шума (вибрации) _____
_____
7. Количество работающих человек _____
8. Эскиз помещения (территории, рабочего места, ручной машины) с нанесением источников шума (вибрации) и указанием стрелками мест установки и ориентации микрофонов (датчиков). Порядковые номера точек замеров.

9. Результаты измерений шума (вибрации)

N п/п	N точки по эскизу	Место замера (для промышленных предприятий и с/х объектов указать тип, марку и др. паспортные данные оборудования, инструментария)	Дополнительные сведения (условия замера, продолжительность воздействия вибрации в течение рабочей смены)	Характер шума						Вид вибрации			
				по спектру		по временным характеристикам				Общая			
				широкополосный	тональный	постоянный	колеблющийся	прерывистый	импульсный	транспортная	транспортно-технологическая	технологическая	локальная
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Измерения производил _____
(должность, фамилия, имя, отчество)

Уровни звукового давления (колебательной скорости) в дБ и октавных полосах со среднеметрическими частотами в Гц													Уровень звука (эквивалентный уровень звука в БА)	Допустимое значение (ПС или дБА) по норме
2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Подпись _____

стр. 4 ф. 334-у

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

_____

Санитарный врач (инженер) _____
(фамилия, имя, отчество)

_____

Подпись _____

Руководитель отделения _____
(фамилия, имя, отчество)

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 335-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ
измерений освещенности
от "__" _____ 198_ г.

1. Место проведения измерений _____
(наименование объекта,

_____
адрес, цех, участок, класс, комната и т.д.)

2. Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта
_____
_____
(должность, фамилия, имя, отчество)

3. Фотоэлектрический люксметр типа _____,
инвентарный N _____

4. Сведения о государственной поверке _____
(дата и N свидетельства,

_____
справки)

5. Нормативно-техническая документация, в соответствии с которой проводились измерения и давалось заключение _____
_____
(перечислить)

_____

6. Эскиз помещения с указаниями расстановки оборудования, размещения светильников, расположения светонесущих конструкций (окон, световых фонарей и пр.) и нанесением точек замеров.

стр. 2 ф. 335-у

7. Результаты измерений искусственной освещенности

N п/п	N точек по эскизу	Место измерений	Разряд работы	Подразряд	Система освещения (комбинированная, общая)	Вид (люминисцентная, накаливания и тип) марка ламп	Освещенность в люксах			Допустимая по нормам
							1	2	3	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Измерение проводил _____
(должность, фамилия, подпись)

стр. 3 ф. 335-у

8. Результаты измерений естественной освещенности

N п/п	N точек по эскизу	Место измерений	Разряд работы	Время суток проведения замеров	При верхнем и комбинированном освещении				При боковом освещении			
					освещен. внутри помещения	наружная освещенность	КЕО среднее значение	допустимая по нормам	освещен. внутри помещения	наружная освещенность	КЕО среднее значение	допустимая по нормам
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

_____
(Фамилия, должность)
_____
(подпись)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Санитарный врач _____
(должность, фамилия, имя, отчество)
_____

_____
(подпись)
Руководитель подразделения _____
(должность, фамилия, имя, отчество)
_____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 336-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ
измерений метеорологических факторов
от "__" _____ 19__ г.

1. Место проведения измерений _____
(наименование объекта, адрес, цех,
_____
участок, отделение, здание и др.)

2. Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта
_____
_____
(должность, фамилия, имя, отчество)
3. Средство измерений _____
(наименование, марка, инвентарный номер)
_____
4. Сведения о Государственной поверке _____
(дата и номер
_____
свидетельства, справки)
5. Нормативно-техническая документация, в соответствии с которой проводились измерения и давалось заключение _____
(перечислить)
_____

_____
_____
6. Характеристика помещения:
   а) площадь _____ кв. м,
   б) кубатура _____ куб. м,
   в) количество работающих человек _____,
   г) влаговыделение: значительное, незначительное,
   д) избытки явного тепла: отсутствуют, незначительные, значительные.
7. Эскиз помещения с указаниями размещения оборудования и нанесением точек замеров.

8. Результаты измерений метеорологических факторов атмосферного воздуха:
   а) температура С град. _____
   б) относительная влажность проц. _____
   в) давление в мм ртутного столба _____
9. Результаты измерений метеорологических факторов закрытых помещений

N п/п	N точек по эскизу	Место проведения измерений	Категория работ по тяжести	Время суток проведения измерений	Температура возуха град. С		Относительная влажность воздуха проц.		Скорость движения воздуха м-с.		Тепловое излучение ккал-куб. м ч.			Примечание
					Измеренная	Допустимая по нормам	Измеренная	Допустимая по нормам	Измеренная	Допустимая по нормам	Наименование источн. теплоиз.	Расстояние от источн. в см	Показания актинометра	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Измерения проводил _____
(должность, фамилия, подпись)

Заключение _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись санитарного врача _____

Руководитель подразделения _____
(фамилия, имя, отчество, должность)
_____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 337-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ N _____
отбора изделий (посуда, игрушки, одежда и др.)
из полимерных и других материалов
от "__" _____ 198_ г.

Наименование объекта, адрес _____
_____
Место отбора _____
Наименование материала, изделия _____
Дата изготовления _____ количество проб _____
партия _____ назначение изделия _____
НТД на материалы, его марка и химические названия _____
_____
Рецептура изделия _____
_____
_____
_____
_____
Характеристика технологического процесса _____
_____
_____
_____
Область применения _____
_____
Время отбора проб _____ доставки _____
Условия транспортировки и хранения _____
_____
Дополнительные сведения _____
_____

Фамилия и подпись проводившего отбор _____

Фамилия и подпись, должность представителя обследуемого объекта, присутствующего при отборе проб _____
_____

Акт отбора проб составляется в двух экземплярах.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 338-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации проб и результатов исследований
(посудохозяйственных изделий, одежды, игрушек и т.д.)
из полимерных и других материалов

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

Пробе придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются токсикологические исследования.

ф. 338-у

N п/п	Дата		Место отбора, наименование предприятия, его ведомственная принадлежность	Наименование изделия	НТД, по которой проводилось исследование
	начала анализа	окончания анализа			
1	2	3	4	5	6

разворот ф. 338-у

Результаты исследования			Подпись лица, проводившего исследование
органолептические		физико-химические	
изделия	вытяжки		
7	8	9	10

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 339-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ N
исследования изделия из полимерных
и других материалов
от "__" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____
_____
Наименование изделия _____
НТД на материал, из которого выполнено изделие _____
_____
_____
Дата начала исследования _____ Окончание _____
Описание пробы (образца) _____
_____
_____
Физико-химические показатели:

Наименование показателя ингредиентов и др.	Обнаруженная концентрация	Единицы измерений	НТД на методы исследований

Фамилия и подпись проводившего исследование _____

Заключение санитарного врача _____
_____

Фамилия и подпись санитарного врача_____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 340-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
кумулятивных свойств вещества

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

оборот ф. 340-у

Лабораторный номер	Дата исследования	Число животных в эксперименте	Дни от начала эксперимента	Доза в долях, ЛД50				Суммарная	Погибло животных	Кумулятивная гибель	Эффект				Разность между 7 и 9	Слагаемые для x2	Коэффициент кумуляции	Подпись проводившего исследование
				однократная	от ЛД50	кумулятивная доза					обнаруженный		ожидаемый					
						ЛД50	мг-кг				пробиты	проц.	пробиты	проц.				

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 341-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
токсикологических исследований

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

оборот ф. 341-у

Лабораторный номер	Наименование вещества, его состав	Исследуемая доза (концентрация)	Вид животных	Характеристика животных					Дата исследования										Подпись проводившего исследование
				вид	вес	групповая метка	индивидуальная		начало									окончание	

							метка												

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 342-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

АКТ N _____
отбора проб пищевых продуктов
от "__" _____ 198_ г.

Наименование объекта, его адрес _____
_____
Время отбора проб _____, доставки _____;
условия транспортировки и хранения _____, причина
отбора проб _____
_____
Дополнительные сведения _____

N пробы	Наименование пробы (вид, сорт)	Завод-изготовитель	Дата выработки и N смены	Величина и N партии	Вес, объем пробы	N документа, по которому получен продукт	Вид тары, упаковки	НТД, в соответствии с которой отобрана проба	Цель исследования	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Должность, фамилия отобравшего пробу _____
_____ Подпись _____

Должность, фамилия представителя обследуемого объекта, в присутствии которого отобраны пробы _____
_____ Подпись _____

Акт составляется в двух экземплярах

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 343-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ПРОТОКОЛ
исследования проб пищевых продуктов
от "__" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____
Наименование пробы _____, количество _____
Время отбора _____ величина партии _____
Дополнительные сведения _____
_____

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наименование показателей ингредиентов и др.	Обнаруженная концентрация	Единицы измерений	НТД на методы исследований

Фамилия и подпись проводившего исследование _____
_____
Заключение санитарного врача _____
_____
_____
Фамилия и подпись санитарного врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 344-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

АКТ N _____
отбора кулинарных изделий
от "__" _____ 198_ г.

Наименование объекта, адрес _____
Время отбора _____ Время доставки _____
Условия транспортировки и хранения _____
Место отбора _____
Наименование изделия _____
Цель исследования _____
Данные раскладки (брутто, нетто):

1	2	3	4

Данные о закладке витамина "С" _____
Время витаминизации _____ Количество приготовленных порций _____
Количество заложенных таблеток _____
Активность одной таблетки _____
Дополнительные сведения _____

Должность, фамилия производившего отбор _____
_____ Подпись _____

Должность, фамилия представителя обследуемого объекта, присутствующего при отборе проб _____ Подпись _____

Акт составляется в двух экземплярах

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 345-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ПРОТОКОЛ
исследования готовых блюд и полуфабрикатов
от "__" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____
Наименование блюда, полуфабриката _____

Дата и время отбора _____
Дата и время доставки _____
Дата и время исследования _____

N п/п	Наименование блюд	Вес порции в граммах	Вес в граммах			Химический состав в единицах измерения						Минеральный состав в единицах измерения				Калорийность			Витамины				
			плотной части	гарнира	мяса, рыбы	сухие вещества	белки + углеводы	белки	углеводы	жиры	золы	кальций	магний	фосфор	железо	теоретическая	минимальная, допустимая	фактическая	количество заложенных таблеток на порцию	С		В	
																				по рецептуре	фактическое	по рецептуре	фактическое
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Фамилия и подпись проводящего исследование _____
Заключение санитарного врача _____
_____

Фамилия и подпись санитарного врача _____

Дата выдачи результатов _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 346-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ УЧЕТА
результатов исследования проб пищевых продуктов

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

ф. 346-у

N п/п	N по регистрационному журналу	Дата проведения анализов		Место отбора, адрес и наименование предприятия, ведомственная принадлежность	Наименование пробы	Номер исследования (определения)	Перечень исследуемых показателей	НТД на метод определения	Результаты исследований		Норма по НТД на продукт	Подпись проводившего исследования
		начало	конец						органолептические показатели	физ.-хим. показатели		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 347-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации проб и результатов исследования
готовых блюд и рационов на калорийность
и химический состав

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

ф. 347-у

Даты		Наименование организации, где взята проба	Наименование блюд	Вес порции		Вес			Химический состав											
									сухие вещества		белки + углеводы		раздельно				жиры		зола	
													белки		углеводы					
выработки	поступления								по раскладке	по анализу	по раскладке	по анализу	по раскладке	по анализу	по раскладке	по анализу	по раскладке	по анализу	по раскладке	по анализу
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

разворот ф. 347-у

Минеральный состав								Калорийность				Витамины				НТД, согласно которой проводилось исследование	Фамилия проводившего исследование	Примечание
кальций		фосфор		магний		железо		теоретическая	минимально допустимая	фактическая	коэффициент выполн.	С		В				
по раскладке	по анализу	по раскладке	по анализу	по раскладке	по анализу	по раскладке	по анализу					по рецептуре	по анализу	по рецептуре	по анализу			
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 348-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАРЯД N _____
на эвакуацию инфекционного больного
от "__" _____ 19__ г.

Эпид. N <*>

Перенесенные инфекционные заболевания: _____
_____
(указать)
Фамилия, имя, отчество _____
М
_____ пол - возраст _____
Ж
Адрес _____
Диагноз _____
Назначен в больницу _____
Имел контакт с инфекционным больным _____
_____
(указать заболевание)

<*> Указывается только в случае централизованной регистрации инфекционных заболеваний.

ф. 348-у

Заявка поступила от _____
(наименование учреждения)
_____
(фамилия медицинского работника)
Дата _____ час. _____ мин. _____
Наряд вручен "__" _____ 19__ г. _____ час. _____мин.

Наряд выдал _____

Наряд получил _____

Номер машины _____
Эвакуация осуществлена: дата _____ час. _____ мин. _____
Дезинфекция транспорта: проведена, не проведена (подчеркнуть)

_____
(подпись младшего медперсонала отделения больницы)

Врач, принявший больного _____

Госпитализация не состоялась, причины: _____
_____
Доставлен(а) по месту жительства: _____ час. _____ мин.

Эвакуатор _____
(подпись)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 349-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета эвакуации инфекционных больных

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

ф. 349-у

N п/п	Наименование учреждения или фамилия медработника, от которого поступила заявка	Эпидемический номер <*>	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Адрес больного	Дата	
						заболевания	обращения
1	2	3	4	5	6	7	8

<*> Указывается только в случае централизованной регистрации инфекционных заболеваний

разворот ф. 349-у

Диагноз		Дата, час., мин.		N машины	Фамилия лица, получившего наряд	Дата, час., мин. выполнения наряда	Госпитализирован (указать наименование больницы, отделения)	Причина		Примечание
предварительный	подтвержденный	поступления заявки на эвакуацию	выдача наряда исполнителю					поздней эвакуации	не состоявшейся эвакуации	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 350-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СПРАВКА
о проведении дезинфекции по наряду N _____

от "__" _____ 19__ г. _____ час. _____ мин.

Фамилия, имя, отчество _____
_____
Возраст _____
Адрес _____
_____
_____
Диагноз _____
Дезинфекцию производил _____
_____
должность, фамилия
_____

Подпись _____

стр. 2 ф. 350-у

ПАМЯТКА НАСЕЛЕНИЮ!

1. Проветрите помещение не менее 2-часов.
2. После проветривания проведите тщательную уборку помещения.
3. Замоченное белье отожмите и выстирайте.
4. Постельные принадлежности, по возможности, проветрите на открытом воздухе.

стр. 3 ф. 350-у

Выполнение наряда "__" _____ 19__ г. Дезинфекция начата _____ час. _____ мин. окончена _____ час. _____ мин.					Причины не состоявшейся или поздней дезинфекции
Перечень объектов	единица измерения	выполнено	наименование израсходованных дезсредств	количество в кг	

Жилых помещений	кв. м				
Мест общего пользования	кв. м				
Уборных дворовых	шт.				
Мусорных ящиков	шт.				

Количество вещей для камерной дезинфекции (кг) _____

Сообщено в СЭС

подлежат санитарной обработке ____ человек, обработано _____ чел.

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

Дезинфектор _____

Подпись _____

Владелец квартиры претензий не имеет, с памяткой ознакомлен

Подпись _____

стр 4 ф. 350-у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 350-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАРЯД N _____
на заключительную дезинфекцию

Заявка на дезинфекцию принята _____ 19__ г.
_____ час. _____ мин. _____ от _____
наименование учреждения

_____
фамилия медицинского работника

Фамилия, имя, отчество больного _____ возраст _____
Адрес _____
Диагноз _____

Госпитализация состоялась "___" _____ 19__ г.
_____ час. _____ мин.
в больницу _____
оставлен дома _____
Наряд на эвакуацию N _____ Наряд на дезинфекцию вручен
"__" _____ 19__ г. _____ час. _____ мин.
Дезбригада: _____
Дезинструктор _____
Дезинфектор _____
Диспетчер _____

Примечание: Заполняется при его выполнении дезинфекционной или санитарно-эпидемиологической станцией.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 351-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ В ДЕЗКАМЕРЫ N _____

По наряду N _____ приняты от гр. _____
_____ адрес _____
_____ для дезинфекции по поводу

	Наименование вещей	Кол-во
1.		
2.		
3.		

"__" _____ 19__ г.

Вещи сдал в дезкамеры _____
(подпись дезинфектора)
"__" _____ 19__ г.

Вещи из камеры принял _____
(подпись дезинфектора)

Сопроводительная в дезкамеру сохраняется в делах в течение 6-ти мес., а затем передается в архив.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 351-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КВИТАНЦИЯ N _____ на вещи

По наряду N _____ приняты от гр. _____
_____ адрес _____
_____ для дезинфекции по поводу

	Наименование вещей	Кол-во
1.		

2.		
3.		

"__" _____ 19__ г.

Вещи сдал в дезинфекцию _____
(подпись граждан)

"__" _____ 19__ г. Вещи для камерной дезинфекции принял _____
(подпись дезинфектора)

Претензий не имею _____
(подпись владельца о получении вещей)

После доставки обеззараженных вещей владельцу, квитанция возвращается дезинфектору.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 351-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КОРЕШОК N _____ на вещи

По наряду N _____ приняты от гр. _____
_____ адрес _____
_____ для дезинфекции по поводу

	Наименование вещей	Кол-во
1.		
2.		
3.		

"__" _____ 19__ г.

Вещи принял в дезкамеру _____
(подпись дезинструктора по камерной дезинфекции)

"__" _____ 19__ г.

Вещи полностью получил _____
(подпись граждан)

Корешок прикладывается к наряду на дезинфекцию и хранится в делах

вместе с нарядом на дезинфекцию.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 352-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
контроля работы дезинфекционной камеры
от "__" _____ 198_ г.

Наименование проверяемого учреждения _____
Адрес _____
Должностное лицо, осуществляющее контроль _____
(ф., и., о.)
в присутствии _____ произвел контроль
(ф., и., о. представителя учреждения)
камера системы _____
В камеру (полезная площадь _____ кв. м, общая кубатура _____ куб. м, загружено _____ комплектов, вещей _____
(указать какие)
_____
общим весом _____ кг.
Обеззараживание вещей производилось по поводу _____
Метод дезинфекции_____

Время (час., мин.)	Процесс работы	Показания					Примечание
		термометров			манометров		
		углового	углового влажного	на исходящей трубе	на распределительной гребенке	на котле	

об. ф. 352-у

В вещи заложено _____ максимальных термометров вместе с тестами _____
_____
_____
номера _____ и один термометр завешен свободно на уровне углового термометра камеры.

Загрузочное

1	4
2	5
3	6
7	
8	
9	
10	13
11	14
12	15

Загрузочное

Контрольный тест N _____

Показания максимальных термометров:
а) на уровне углового _____
б) в вещах - максимальная температура _____
_____ минимальная температура _____
разница _____
Техническое состояние камеры _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Результат термического контроля _____
Результат лабораторного анализа N _____ от _____198_ г.
_____
_____
Заключение: _____
_____
_____
_____
_____

Подписи: _____
_____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 353-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации дезинфекции (дезинсекции) одежды, постельных принадлежностей, обуви и др. в дезинфекционных камерах

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

ф. 353-у

Дата проведения дезинфекции (дезинсекции)	Фамилия, инициалы больного, адрес, N квитанции (учреждение, отделение, корпус)	Инфекция (инсекция)	Объекты дезинфекции (дезинсекции), их количество или вес	Условное обозначение камеры	Режим дезинфекции (дезинсекции)	Время прогрева незагруженной камеры		Время прогрева загруженной камеры		Температура дезинфекции (дезинсекции), град. С	Время дезинфекционной выдержки		Расход формалина	Расход аммиака	Подпись дезинструктора (дезинфектора)
						начало час., мин.	конец час., мин.	начало час., мин.	конец час., мин.		начало час., мин.	конец час., мин.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 354-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета дезинфекции в инфекционных очагах

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

ф. 354-у

N п/п	Дата регистрации (час., мин.)	Наименование учреждения или медработника, от	Эпид. номер <*>	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	Адрес больного	Наименование и адрес детского учреждения, школы,	Диагноз	Дата госпитализации (час., мин.)	Номер наряда на дезинфекцию	Фамилия лица, получившего наряд	Сроки обработки с момента госпитализации (одномоментно с госпитализацией, до 6 час., от 6 до

		которого поступила заявка					(класс, группа и др.)					12 час., позднее 12 час.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

<*> Для городов, в которых организован централизованный учет инфекционных заболеваний.

разворот ф. 354-у

Причина невыполнения или несвоевременного выполнения дезинфекции	Подвергнуто дезинфекции: жилые помещения, места общего пользования, надворные установки и т.д. (шт., кв. м)	Дезинфекция вещей			Дератизация, кв. м	Дезинсекция, кв. м	Санитарная обработка, чел.		Израсходовано дезредств (в кг)			Фамилия, имя, отчество проводившего дезинфекцию, подпись	Контроль качества проведен		
		камерным методом, кг	влажным методом, кг	кипячением, кг			подлежало	обработано	хлорная известь	хлорамин	др. средства		дата	указать вид контроля (визуально, лабораторно)	
															результаты лаб. контроля

14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 355-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
контроля проведения текущей дезинфекции в очаге _____ (эпид. N <*>)

1. Диагноз - предварительный, окончательный (подчеркнуть)
2. Фамилия, имя, отчество больного _____
3. Возраст _____ 4. Профессия _____
5. Место работы _____
6. Домашний адрес: _____
улица _____ дом. _____ корп. _____ кв. _____
7. Больной оставлен до выздоровления, до госпитализации (подчеркнуть)
8. Обслуживается врачом _____ сестрой _____
поликлиники N _____ диспансера N _____
9. Дата заболевания _____
10. Дата обращения _____
11. Дата установления диагноза _____
12. Дата начала проведения текущей дезинфекции _____
13. Выявлены нарушения режима _____
_____
_____
_____
_____

<*> Для городов, в которых организован централизованный учет инфекционных заболеваний.

об. ф. 355-у

14. Бактериологический контроль			Химический контроль		
Дата посещения очага мед. работником	Число отобранных проб	Из них неудовлетворительных	Число отобранных проб	из них	
				заниженных концентраций	завышенных концентраций

15. Контроль текущей дезинфекции проводил (фамилия, должность)
_____
_____
_____
16. Дезинфекция прекращена (выздоровел, изменен диагноз, госпитализирован, умер (подчеркнуть, указать дату)
_____
_____
_____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 356-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПРОТОКОЛ N _____
исследования дезинфекционных средств
от "__" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____
_____
Время отбора _____ доставки _____
Дополнительные сведения _____
_____
Цель исследования _____

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ

N пробы	Место отбора проб	Агрегатное состояние вещества	Содержание активного хлора в проц.

Фамилия и подпись проводившего исследование _____
Заключение врача _____
_____
_____
Фамилия и подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма N 357-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

КАРТА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ N ____
очага инфекционного заболевания

I. Сведения о больном

1. Окончательный диагноз _____
2. Вид, тип возбудителя _____
3. Больной: местный (1), приезжий (2) _____
4. Фамилия, имя, отчество _____
5. Пол: муж. (1), жен. (2) 6. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

7. Домашний адрес: населенный пункт _____ город (1), село (2), ул. _____ дом N _____ корп. N _____ кв. N _____
8. Место работы, учебы, N дет. учреждения _____
Род занятий _____
9. Дата последнего посещения места работы, учебы, дет. учреждения _____
_____
10. Лечебное учреждение по месту жительства _____
11. Сообщение о больном получено (дата, час) _____
(устное (телефон), письменное)
_____
12. Кем направлено (учреждение) _____
13. Диагноз по экстренному извещению_____
_____
14. Основные симптомы в первые дни болезни _____
_____
15. Больной (б-н) выявлен: при профобследовании (1), обследовании по эпидпоказаниям (2), обращении за медпомощью (3).
16. Дата и час эпидобследования _____ Дата окончания наблюдения _____

17. Дата заболевания	18. Дата обращения	19. Дата установления диагн., по поводу кот. присл. экстр. изв.	20. Дата госпитализации	21. Дата оконч. диагноза

22. Место госпитализации, транспорт _____
23. Оставлен на дому (причина): отсутствие эпидпоказаний (1), клинических показаний (2), мест в стационаре (3), отказ от госпитализации (4).
24. Причина поздней госпитализации: отсутствие эпидпоказаний (1), клинических показаний (2), мест в стационаре (3), позднее обращение (4), поздняя диагностика (5), отказ (6).
25. Лабораторные исследования проводились (1), не проводились (2).
26. Диагноз подтвержден:

только клинически	Дата		результат обследования
	1		

лабораторно:	бактериологич.	2		
	микроскопически	3		
	серологически	4		
	биохимически	5		
Другими методами		6		

27. Данные о последней иммунизации (плановой, по эпидпоказаниям, дата, доза, препарат, серия _____
_____

27а. Вакцинация Ревакцинация

Нет сведений (1)	Больной привит			
	По схеме (2)	С нарушением интервалов между прививками (3)	С нарушением сроков после перенес. заболев. (4)	С др. нарушениями схемы прививок (5)

Больной не привит		
по мед. показаниям (7)	из-за отказа (8)	по другим причинам (9)

II. Поиск источника и фактора передачи инфекции

28. Ориентировочные сроки заражения: с _____ по _____
29. Необычные обстоятельства и условия, в которых находился больной в пределах срока заражения, важные с точки зрения возникновения заболевания:

	Адрес, место	Период времени, дата
Нахождение в другом населенном пункте		
Посещение родственников, знакомых		
Выезд на строительные, сельскохозяйственные и другие работы		
Отдых в природных условиях (турпоход, охота, рыбн. ловля, купание и т.д.)		
Пребывание в пионерском лагере, на даче		
Нахождение в стационаре		

Переливание крови, плазмы Медицинские манипуляции (какие)		
Общение с животными (птицами) Аварии на водопроводе, канализации Прочие		

30. Лица, которые могли явиться источником заражения (больные или подозрительные на эту инфекцию, реконвалесценты, носители инфекции, доноры)

Фамилия, имя, отчество	Диагноз и клиническая форма (или донорство)	Место, время и характер общения, адрес донора	Результат обследования

31. Сведения о пищевых продуктах, воде, в результате употребления которых могло возникнуть данное заболевание (сведения вписываются о наиболее вероятных факторах)

Наименование продукта, вид водоисточника	Дата и место приобретения	Дата и место употребления	Условия хранения	Качество со слов больного или других лиц

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНЫХ ОЧАГОВ, СВЯЗАННЫХ С ДАННЫМ БОЛЬНЫМ

А. По месту жительства

32. Жилищные условия: отдельная квартира (1), частный дом (2), комната в общей квартире (3), общежитие (4), гостиница (5), пансионат (6), прочие (7).
33. Плотность заселения: ___ человек в ___ комнатах площадью ___ кв. метров
34. Водоснабжение: водопровод, колонка, колодец буровой, шахтный (общественный, частный), привозная вода, открытый водоем. Качество воды (со слов) _____ Регулярность подачи _____
35. Вид сбора и удаления нечистот: канализация, выгребная яма, надворный туалет, др. способом _____
36. Удаление мусора: мусоропровод, мусоровоз, мусоросборник, контейнер, др. способом _____
37. Санитарное содержание квартиры _____ территории _____ _____ туалета _____
38. Наличие педикулеза _____ других насекомых _____ грызунов _____
39. Прочие факторы, важные с точки зрения возникновения заболевания _____
_____

Б. По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения

40. Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы и т.д.), в котором находился больной _____
_____

41. Соответствие санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям в:
плотности размещения _____
изолированности _____
водообеспечении _____
канализации _____
санитарном содержании _____
хранении пищевой продукции _____
приготовлении пищи _____
42. Факторы, способствовавшие возникновению заболевания _____
_____
43. Лабораторное исследование материала из внешней среды (включая членистоногих):

Дата	Наименование объекта, вид членистоногого, животного	Материал	Число проб	Вид исследования и результат

В. Мероприятия по ликвидации очага

44. Наблюдение за лицами, общавшимися с больными или имевшими возможность заразиться в тех же условиях.

Фамилия, имя, отчество	Возраст	Адрес	Место и характер выполняемой работы	Сведения об иммунности	Характер ограничительных мер

44а. Специфическая и другие виды профилактики данных лиц (по месту жительства)

Кому об этом сообщено. Дата	Профилактика последовательных заболеваний				Лабораторное обследование			Результат наблюдения
	дата	препарат	доза	серия	дата	результат	дата получения	

45. Меры специфической профилактики и обследования лиц в организованных коллективах:

Наименование коллектива	Адрес	Число общавшихся	Подлежало специфич. профилак.	Получили спец. профилак. препарат	Обследовано лабораторно		Выявлено		Дата выявлен.
					дата	число лиц	больн.	б-н	

46. Меры по разрыву механизма передачи инфекции в очагах:

Мероприятия	Вид, препарат	Время проведения		Исполнители	Контроль исполнения (включая лабораторный) и результат
		по месту жительства	по месту работы и т.д.		
Карантин					
Текущая дезинфекция					
Заключительная дезинф.					
Дезинсекция					

Больной госпитализирован в _____ больницу

IV. Выводы из эпидемиологического обследования

1. Заражение произошло на территории: 1. Республика _____
_____ 2. Область _____
3. Район (город) _____ 4. Населенный пункт (район,

город) _____
4а. Город (1), село (2) _____
2. Наиболее вероятное место заражения

Неизвестно	По месту жительства	По месту работы	В дошк. детском учрежд.	В школе	В летнем дет. оздоров. учрежд.	В специализ. учебном заведении	В стр. отряде лагер. труд. и отд.	Лечебн. стационаре	В пункте общест. питан.	По пути следования	В природных условиях	В проч. местах времен. пребывания
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13

3. Вероятный источник инфекции

Источн. выявить не удалось	Человек (Ф.И.О.)				Животное (вид)				
	больной острой формой болезни	больной хронич. формой болезни	реконвалесцент	носитель инфекции	домашние животные	дикие животные	грызуны	птицы	прочие
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

4. Вероятный основной фактор передачи возбудителя инфекции

Не установлен	Вода				Напитки, соки	Молоко	Сметана, сливки	Творожные изделия	Проч. молоч. продукты	Мясные продукты	Рыбные продукты
	водопроводная	колодезная	открыт. водоемов	канализацион.							
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

Винегрет, салаты	Готовые горячие блюда	Др. кулинарные изделия	Фрукты, овощи, годы	Др. пищ. продукты	Контактно-быт. путь передачи	Возд.-кап. путь	Кровь, плазма, сывор.	Жив. сырье	Животн. переносчик	Др. факторы передачи

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

5. Условия, способствовавшие заражению

Обстоятельства выявить не удалось	Несвоевременное выявление и изоляция источника	Переуплотненность	Несоблюдение дезрежима	Несвоевр. проведения иммунизации	Др. наруш. противоэпидемич. правил	Выход в природный очаг
01	02	03	04	05	06	07

Нарушение санитарных правил при							Аварии на водопроводно-канализ. сети	Несобл. правил личной гигиены	Др. обстоятельства
изгот. пищ. прод.	хранение и трансп.	пригот. пищи	реализац. пищ. пр.	обработке сырья	обработ. инструм.	содержан. помещен.			
08	09	10	11	12	13	14	15	16	17

6. Заболевание в очаге
А. По месту жительства _____ первичное (1) _____ последовательное (2)
Б. По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения: первичное (1) _____
_____ последовательное (2)

Обследования проводили Дата сдачи карты медстатистику _____

Подписи: врач-эпидемиолог _____
помощник эпидемиолога _____ подпись _____
др. специалисты _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 358-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА N
контроля организации и проведения текущей дезинфекции по лечебно-профилактическому учреждению, детскому, подростковому учреждению и др.

Начата "__" _____ 19__ г. Окончена "__" _____ 19__ г.

1. Адрес: улица _____ дом N ____ телефон _____
2. Наименование объекта или его структурного подразделения _____
_____
3. Обеспеченность водопроводом, канализацией, газом (подчеркнуть).
Прачечная механизированная, полумеханизированная, с ручным трудом (подчеркнуть, вписать) _____
_____
Дезкамера системы (вписать) _____ исправная, нет (подчеркнуть)
Наличие дезсредств (наименование, кг) _____
4. Руководитель учреждения (отделения) _____
5. Ответственный за организацию дезинфекционных мероприятий _____
_____
должность, фамилия, имя, отчество

6. Результаты бактериологических и химических анализов

Даты посещений объекта (месяц, число)	Бактериологический контроль		Химический контроль		
	число отобранных проб	из них с неудовлетворительным результатом	число отобранных проб	заниженной концентрации	завышенной концентрации

об. ф. 358-у

7. При проверке установлено	Предложено (с уточнением сроков)	Проверил (должность, фамилия)

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 359-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации лабораторного контроля качества
дезинфекции

Начат "__" _____ 19 г. Окончен "__" _____19__ г.

ф. 359-у

N п/п	Дата поступления контролируемого материала	Фамилия лица, проводившего лабораторный контроль	Вид дезинфекции (текущая, заключительная)	Адрес контролируемого очага объекта	N наряда на дезинфекцию (час., мин. окончания дезинфекции)
1	2	3	4	5	6

развороt. ф. 359-у

Диагноз	Вид контроля						Результат исследования	Примечание
	количество поступивших смывов (проб)	порядковый номер смыва (пробы)	наименование контролируемого предмета (дезсредства)	срок взятия смыва после дезинфекции (час., мин.)	срок поступления в лабораторию после взятия смыва (час., мин.)	дата посева		
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 360-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
пищевых отравлений за 19__ г.

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

ф. 360-у

N п/п	Дата	Наименование населенного пункта	Место, где произошло пищевое отравление (столовая, ресторан, буфет, больница, на дому и т.п.)	Ведомственная принадлежность предприятия	Число пострадавших <*>	Число госпитализированных <*>	Число умерших	Продукт, вызвавший пищевое отравление	Данные пищевых продуктов
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<*> В том числе детей до 14 лет указывать в скобках.

разворот ф. 360-у

Лабораторного исследования				Санитарные и технологические нарушения, повлекшие возникновение пищевых	Дата извещения о случае пищевого	Дата направления окончательных материалов расследования	Принятые меры, в т.ч. меры административно-дисциплинарного
выделений больных	крови	смывов	трупных материалов				

				отравлений	отравлен.	пищевых отравлений	воздействия и т.д.
11	12	13	14	15	16	17	18

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 361-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации экстренных извещений о пищевых
и профессиональных отравлениях

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

ф. 361-у

N п/п	Дата получения экстренного извещения	Фамилия, имя, отчество, возраст, адрес пострадавшего	Наименование предприятия, учреждения, где произошло отравление	Дата отравления	Причина отравления	Дата и место госпитализации	Фамилия лиц, проводивших обследование	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 362-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

АКТ
расследования профотравления и профзаболевания

составлен "__" _____ 19__г.

Должность, фамилия, имя, отчество _____
_____ района _____
области _____
При расследовании присутствовали _____
1. Название предприятия, учреждения или хозяйства _____
_____
2. Его адрес _____
_____
3. Название цеха, отделения или мастерской _____
_____
4. Дата происшествия "__" _____ 198_ г.
5. Обстоятельства, при которых оно произошло _____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Список пострадавших

N п/п	Фамилия и инициалы	пол	возраст	Детальная профессия	Стаж работы			Диагноз	Исход профотравления (остался на работе, освобожден от работы, отправлен в больницу, умер)	Приме чание
					в данном цехе	в даннной профес.	предшествовавшие производственные работы			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

7. Причины _____

8. Предложенные мероприятия и сроки исполнения _____

Подпись участников обследования:
Госсанинспектор _____

Санитарный врач _____

Врач здравпункта _____
врач

Рабзавком _____ здравпункта _____
копия акта вручена представителю администрации (подпись ответственного лица) _____
_____
отметки о дальнейшем направлении дела _____
_____
_____
_____
_____

Указания к составлению акта расследования

Обстоятельства и причины отравления необходимо изложить в акте, придерживаясь, в основном, следующей схемы:

1. Когда рабочие приступили к работе, на которой произошло отравление.

2. В чем состояла эта работа.

3. На каком оборудовании или аппаратуре работа выполняется.

4. Каковы опасности и вредности данной работы.

5. Были ли рабочие ознакомлены с опасностями и вредностями работы.

6. Были ли организованы администрацией контроль и руководство работой и как они осуществлялись.

7. Какие оздоровительные мероприятия (гермитизация, вентиляция, механизация и т.п.) имеются на данной работе.

8. Были ли какие-нибудь нарушения нормального хода работы оборудования и обслуживания его рабочих во время отравления и какие именно.

9. Имеет ли обычно место применения индивидуальных защитных приспособлений на данной работе и каких.

10. Применялись ли таковые на работе и во время отравления.

11. Были ли они испытаны или проверены и когда.

12. Необходимо ли было предусмотреть меры спасательного характера на случай отравления и какие именно, были ли таковые предусмотрены, были они применены и с каким эффектом.

В заключительной части акта должны быть подчеркнуты следующие моменты:

1. Чем (каким ядом) вызвано и каким путем произошло отравление.

2. Что именно явилось причиной отравления (авария, изменение технологического процесса, неправильная организация работ, отсутствие контроля и руководства, отсутствие или неисправность оздоровительных приспособлений, неприменение или негодность индивидуальных защитных приспособлений).

3. На чьей обязанности лежало в данном случае обеспечить безопасность работ или принять предупредительные меры безопасности.

4. На ком лежит ответственность за возникновение данного отравления.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 363-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета лиц, у которых впервые обнаружено профессиональное отравление или профессиональное заболевание

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

N п/п	Фамилия, имя, отчество заболевшего	Название цеха, отдела, мастерской	Детальная профессия	Диагноз	Острое или хроническое (вписать)	Наименование токсического вещества	Выдан листок нетрудоспособности (число дней)	Госпитализирован или направлен на амбулаторное лечение (вписать)	Предоставлено: дополнительный отдых, дополнительное питание (вписать)	Направлен в санаторий, на курорт, в дом отдыха, в профилакторий (вписать)	Исход и дата выздоровления, переведен на другую работу	Примечание (отметка об отсылке извещения в СЭС
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 364-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В

Дата взятия на учет "__" _____ 19__ г.

Дата и обоснование снятия с учета "__" _____ 19__ г.
_____
Вид возбудителя брюшного тифа, паратифов А, В в кв. _____
1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
2. Год рождения _____
3. Домашний адрес _____
_____
4. Место работы, учебы _____
_____ 5. Профессия_____
6. Краткие анамнестические данные: когда и где переболел брюшным тифом, паратифом или заболевание отрицает _____
_____
7. Дата выявления бактерионосительства, при каком виде обследования (для диагностики, профилактическое); материал, из которого выделена культура (кал, моча, желчь) _____
_____
_____
8. Учет заразившихся в окружении носителя

Фамилия	Семья, квартира, место работы и др.	Дата заболевания	Фаготип

При перемене места жительства указать, куда и кому сообщено об этом.

ф. 364-у

9. Жилищные и коммунальные условия бактерионосителя (водопровод, канализация) _____
_____
10. Мероприятия в отношении носителя (разъяснительная работа, улучшение санитарного режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация, лечение и др.) по датам _____

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОСИТЕЛЯ БАКТЕРИЙ

N анализов	Бактериологические				Серологические			
	дата	материал исследования (кал, моча, желчь)	результат	фаготип	дата	Брюшной тиф		
						Н	О	ВИ

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 365-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации обследуемых на возбудителей
паразитарных заболеваний

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

ф. 365-у

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Домашний адрес	Место работы, учебы, наименование детского дошкольного учреждения	Дата и результат обследования, вид возбудителя	Дата лечения и доза препарата	Наименование препарата	Дата контрольного обследования и результат	Дата повторного лечения и доза препарата	Наименование препарата при повторном лечении	Результаты обследования семьи				
											число членов семьи	из них			Примечание
												обследовано, дата	выявлено	пролечено	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 366-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета качества предстерилизационной обработки

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

ф. 366-у

Дата	Способ обработки	Применяемое средство	Результаты выборочного химического контроля обработанных изделий				Фамилия лица, проводившего контроль
			наименование изделий	количество (штук)	из них загрязненных		
					кровью	моющими средствами	
1	2	3	4	5	6	7	8

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 367-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

УЧЕТНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
N объекта (строения) на 19__ г., 19__ г., 19__ г.

Район (город) _____
Наименование организации (ведомства) _____
_____
_____
Адрес _____
_____
_____
Ответственное лицо администрации объекта _____

Номер договора	Срок договора	Телефон	Виды работ		Площадь кв. м	
					физическая	оперативная
			Дератизация			
			Дезинсекция	Борьба с тараканами		
Работающая бригада: Дезинфектор _____ Дезинструктор _____ Биолог (врач-дезинфекционист) ____				Борьба с клопами		
			Противомушиные мероприятия	В помещениях кв. м		
				В надворных установках	шт.	шт.
				В мусоросборниках		

Краткая характеристика санитарно-технического состояния объекта на день заключения договора (соответствующее подчеркнуть).

Здание: каменное, деревянное, подвал - есть, нет.

Грызунонепроницаемость - создана, не создана. Стены внутренних перегородок каменные, деревянные, оштукатурены, сухая штукатурка, оклеены обоями, окрашены масляной, клеевой краской. Полы - из твердого покрытия, деревянные. Дефекты: в полах, вдоль плинтусов, технической проводке, местах общего пользования - есть, нет, значительные, небольшие.

Санитарное состояние помещений, мест общего пользования - удовлетворительное, неудовлетворительное.

Содержание мусоропроводов, мусороприемников, контейнеров, баков - удовлетворительное, неудовлетворительное.

Площадка для мусоросборников - есть, нет. Тип надворных уборных, люки выгребов с плотными крышками. Двор - не захламлен, содержится чисто, грязно, не асфальтирован. Система очистки: поквартирная, заявочная, плановая и т.д.

Для заметок биолога (врача-дезинфекциониста), помэпидемиолога, дезинструктора.

_____
_____
_____
_____

1. Дератизация

Учетные данные		январь	февраль	март
Дата обработки				
Площадь	обработанная			
	проконтролированная			
Проверено квартир, цехов				
Наименование и количество израсходованных дезсредств	ядов (без приманки)			
	приманки			
Количество долгодействующих точек отравления				
Опылено нор				
Другие методы обработок				
Сделано контрольно-истребительных и контрольных площадок				
Количество заслеженных площадок				
Расставлено	вершей			
	капканов			
Выловлено	крыс			
	мышей			
Дата контроля				
Площадь, проверенная контрольными площадками, капканами и другими объективными методами				
Количество и площадь строений, заселенных грызунами				

Количество и площадь строений, освобожденных от грызунов			
Предложения по достижению грызунонепроницаемости			
Выполнение этих предложений			
Подпись проводившего работы			
Подпись проводившего контроль			

апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь

2. Дезинсекция
Вид насекомого _____
Обрабатываемые помещения _____
Особенности объекта и помещений _____
Площадь (физическая) _____

Учетные данные	январь	февраль	март
Дата			
Количество и площадь освобожденных строений			
Количество и площадь заселенных строений			
Где обнаружены насекомые (помещение, место)			
Фактически обработанная площадь			
Примененные дезсредства и их количество			
Предложения по улучшению сан. состояния объекта			
Выполнение предложений			
Подпись выполнившего работу			
Дата контроля			
Применяемые объективные методы контроля			

Результаты контроля			
Подпись проводившего контроль			

стр. 7 ф. 367-у

апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь

стр. 8 ф. 367-у

3. Противомушиные мероприятия		январь	февраль	март
Учетные данные				
Дата обследования				
Результат обследования				
Дата обработки				
Применяемые методы обработки				
Обработано кв. м				
Применены дезсредства	наименование			
	количество			
Предложения по улучшению санитарного состояния				
Выполнение предложений				
Подпись проводившего работу				
Дата контроля				
Разложено листов липкой бумаги				
Число мух (в среднем на один липкий лист)				
Расставлено ловушек вне помещений				
Число мух (в среднем на одну ловушку)				
Подпись проводившего контроль				

стр. 9 ф. 367-у

апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь

4. Обработка надворных установок

	По месяцам в течение сезона
Даты обработок	
Неканализованных уборных	
Мусоросборников	
Наименование и количество израсходованных дезсредств	
Взято проб почвы	
Обнаружено личинок и куколок	
Предложения по улучшению санитарно-технического состояния объекта	
Выполнение предложений	
Подпись проводившего работу	

5. Истребительные работы (без договора)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Подпись в печать ответственного лица от администрации _____
_____

Претензий по качеству обработок не имеется,
о ядовитости дезсредств предупрежден:

январь		
февраль		

март		
апрель		
май		
июнь		
июль		
август		
сентябрь		
октябрь		
ноябрь		
декабрь		

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 368-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета численности членистоногих и результаты
экстенсивных обследований на наличие малярийных
комаров и клещей - орнитодории

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

Примечание:
1. При экстенсивных обследованиях в населенных пунктах обследуется не менее 20 проц. объектов.
2. Указывать дату первого и второго учета.

Подпись ответственного лица.

ф. 368-у

		Группы членистоногих																		
		Мухи								Москиты			Комары р. Анофелес				Клещи-орнитодорины			
		объекты					всего категорийных объектов	некатегорийные объекты	итого обследовано объектов	помещения		итого обследовано объектов	помещения				помещения		в природе	итого обследовано объектов
		детские	лечебные	пищевые	коммунальные	прочие				жилые	нежилые		жилые	нежилые	в т. числе помещения со стоком	итого обследовано объектов	жилые	нежилые		
1-ый учет	Число обследованных объектов																			
	из них с членистоногими																			
	средний показатель численности на учет																			
2-ой учет	Число обследованных объектов																			
	из них с членистоногим																			

	и																		
	средний показатель численности на учет																		

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 369-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета работ по борьбе с личиночными стадиями малярийных комаров и других кровососущих двукрылых

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

Примечание:
Следующие пункты заполняются по шкале:
пункт 5 - наличие больных малярией или паразитоносителей "+",
интенсивное нападение гнуса (в том числе комаров р. Анофелас) "++",
пункт 15 - нет "0",
есть "+".

ф. 369-у

N п/п	Дата обследования	Порядковый N водоема	Физическая площадь водоема, га	Обследование водоема		Обработка водоема						Контроль эффективности			Примечание (прочие рекомендуемые мероприятия)	Подпись
				показания к	заселенная площадь	индекс обилия	дата обработки	наименование	форма применения	дозировка по препарату	фактический	дата обследования	индекс обилия	наличие личинок		

				обработке	дь водоема, га	я личинок (на 1 кв. м водоема)		препарата	(наземная, авиа)	ату (к-во на ед. площади)	расход препарата	ия	я личинок (на 1 кв. м)	к 3 - 4 возраста и куколок	я тия)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 370-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета истребительных мероприятий против имаго кровососущих членистоногих

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

Примечание:

Форма заполняется отдельно на работы по малярийным и немалярийным комарам, по мошкам, мокрицам, москитам и клещам.

Пункт 3 заполняется по следующей шкале: наличие больных малярией или паразитоносителей есть "+", нет "0".

Наличие природного очага инфекции "++".

Пункт 4 - данные учетов при обследовании по кровососущим двукрылым в зонах отдыха более 30 особей комаров за 15 мин. сбора на себе, в производственных зонах при малой эффективности репеллентов; по клещам при наличии на маршруте в природном очаге инфекции более одного клеща на 1 км маршрута в зоне летних детских оздоровительных учреждений (указываются шифровые данные на единицу учета).

Пункт 13 - данные учета численности членистоногих, проведенного аналогично учету по учетной ф. N 374-у (сезонная динамика).

ф. 370-у

N п/п	Характеристика объекта с указанием адреса и кратким описанием биотопа	Показания к работе			Проведение истребительных мероприятий						Контроль эффективности		Примечание	Подпись
		эпидпоказания	санитарно-энтомологические показания	жалобы населения	дата обработки	обработанная площадь, га, кв. м	наименование препарата	форма его применения	дозировка по препарату (к-во на ед. площади)	фактический расход препарата, кг	дата обследования	данные учета численности членистоногих		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 371-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета результатов рекогносцировочных обследований
территории _____ района, области,
края на наличие иксодовых клещей-переносчиков
КЭ, ОГЛ, КГЛ, КСТА в сезон 19__ г.

ф. 371-у

N п/п	Ландшафтная характеристика района	Тип стации	Объем обследований в км	Виды клещей	Собрано клещей		Показатели численности клещей на 1 км учета		Данные лабораторного исследования		
					в абсолютных числах	проц. от сбора	имаго	другие фазы	число обследованных партий клещей	выделенные патогенные агенты	проц. положительных партий клещей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Итого		км ___		___ видов	экз.	100 проц.	-	-	партий	агентов	

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 372-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

ЖУРНАЛ
учета основных фенологических явлений энтомофауны и клещей в сезон 19__ г.

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

ф. 372-у

Основные феноявления	Аноф елес	Аеде с	Куле кс	Мош ки	Слеп ни	Моск иты	Проч ее
Для кровососущих двукрылых							
1. Начало вылета с зимовок		X		X	X	X	
2. Массовый вылет с зимовок		X		X	X	X	
3. Первые самки с кровью		X		X	X	X	
4. Массовое появление самок с кровью		X		X	X	X	
5. Первые самки с созревшими яичниками		X		X	X	X	
6. Первые личинки 1 возраста					X	X	
7. -"- 2 возраста					X	X	
8. -"- 3 возраста					X	X	
9. -"- 4 возраста					X	X	
10. Первые куколки				X	X	X	
11. Вылет первой генерации							
12. Начало массового кровососания					-		
13. Конец массового кровососания	X					X	

14. Пик численности личинок				X	X	X	
15. Последние самки с кровью		X		X	X	X	
16. Последние личинки в водоемах				X	X	X	
17. Первые диапаузирующие самки		X		X	X	X	
18. Массовый уход в диапаузу		X		X	X	X	
19. Сроки последней регистрации							
Мухи	в помещении			в открытых стациях			
1. Появление летающих мух							
2. Личинки первой генерации	X						
3. Вылет мух первой генерации	X						
4. Сезонный максимум численности							
5. Конец активности							
Клещи	биотопы						
1. Первые клещи на маршруте							
2. Начало массовой активности							
3. Пик численности							
4. Конец массовой активности							
5. Период массовой активности (в днях)							
6. Последние клещи в природе							
7. Период активности за сезон (в днях)							

Примечание: X - не регистрируется.

Подпись _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 373-у

_____
Наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ПАСПОРТ ВОДОЕМА ПО СОСТОЯНИЮ на 19__ г.

Порядковый номер водоема	Место расположения водоема, район, населенный пункт	Тип водоема	Физическая площадь

Площадь с личинками, в т.ч.	анофелогенная	неанофелогенная

Видовой состав личинок

Хозяйственное назначение	Расстояние от жилых домов
	м.

Ландшафтная характеристика _____
_____

Глубина водоема: у берегов_____ м в середине _____ м	Дно: глинистое, песчаное, илистое (нужное подчеркнуть)
Зарастание: есть, нет (нужное подчеркнуть)	Характер растительности

Источник питания водоема: пойменные, грунтовые воды, атмосферные осадки ___
_____
_____
(нужное подчеркнуть, вписать)

Сведения о санитарно-гидротехнических мероприятиях; рекомендуются осушение, засыпка, очистка дна, расчистка от растительности, ремонт водостоков укрепление берегов _____
_____
(нужное вписать, подчеркнуть)

стр. 2 ф. 373-у

_____

Объем работ: _____ га _____ кв. м. _____ куб. м.
(нужное подчеркнуть)

_____
Работы плановые, внеплановые (нужное подчеркнуть)

Финансирует _____ Выполняет	Срок проведения работ плановый _____ фактический _____

Доступность для обследования

Обработка	Доступность; с берега, с лодки, с самолета (нужное подчеркнуть)
	Способ: ручной, механизированный, комбинированный (нужное подчеркнуть)

Метод борьбы с личинками: химический, биологический, механический
(нужное подчеркнуть)

_____

Карту составил _____
(должность, фамилия)

"__" _____ 198_ г. (дата заполнения)

Схема водоема:

Год	Площадь в га	
	максимум	минимум

Примечание: паспорт водоема действителен до изменения площади водной поверхности на 25 проц.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 374-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ УЧЕТА

сезонной динамики численности основных
представителей энтомофауны и клещей

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

Примечание: Все учеты нападающих на человека кровососов проводятся в суточный пик активности, москитов и мух на протяжении целых суток, комаров на дневках, личинок мошек, комаров и клещей - в утренние часы.

На дневках - число самок на 1 помещение, сачком - число кровососов, собранных за 10 взмахов вокруг себя или вблизи мест их скоплений, в 3-х повторностях, размеры сачка: диаметр 30 см, глубина 70 см, длина ручки 20 см, на себе - пробиркой или эксгаустером суммарно за 15 мин. (3 раза по 5 мин. с открытых частей тела).

Водным сачком - размерами: диаметр 20 см, глубина 35 см, длина ручки 1 м, пересчет на 1 кв. м водной площади (10 проб), кюветой - 13 х 18 см не менее 3-х проб, на "Веничек" - связка из 10 прутьев длиной 40 см устанавливается на сутки, ловушкой Скуфьина - учеты проводятся при малых численностях кровососов 24 часа, средних - 4 часа, высоких (более тысячи на учет) - 1 час, результаты берутся с пересчетом на 1 час, на липкий лист - лист пергаментной бумаги с штампом липкой массы (для москитов - касторовое масло) размером 20 х 26 см из расчета 1 липкий лист на 20 кв. м пола,

на флаго - км и на учетчика - число клещей в среднем на 1 км фиксированного маршрута длиной не менее 3-х км, размер флага 60 х 100 см,

с одной головы крупного рогатого скота - при условии осмотра не менее 10 животных,

с одного зверька - при условии обработки не менее 100 ловушко-суток.

Сетчатой мухоловкой - размеры: высота 40 см, ширина 25 см, длина 25 см, высота ножек 5 см.

ф. 374-у

Группы членистоногих	Фаза развития	Род, вид	Способ учета	март			апрель			май			июнь			июль			август			сентябрь			октябрь			Ср. сезон. показатель числен.		
				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
комары	имаго	анофелес	на дневках																											
		кулекс	на дневках																											
			на себе																											
			сачком																											
		аедес	на себе																											
			сачком																											
	личинки	анофелес	водным сачком																											
		кулекс	водным сачком																											
		аедес	кюветой																											
мошки	имаго		сачком																											
			ловушка Скуфьина																											
	личинки		на "веничек"																											
слепни	имаго		сачком около с/х животных																											
			ловушка Скуфьина																											

мокрецы	имаго		сачком																											
			на себе																											
москиты	имаго		на липкий лист																											
			на себе																											
мухи	имаго		на липкий лист в помещении																											
			сетчат. мухоловкой, сачком вне помещения																											
клещи иксодовые	имаго		на флаго - км																											
			на учетчика																											
			с 1 головы кр. рогатого скота																											
	преимагинальные стадии (личинки, нимфы)		на флаго и учетчика																											
			с одного зверька																											

Подпись составителя _____

_____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 375-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ ЗА СЕЗОН 19__ г.

Видовой состав _____ (группа членистоногих, фаза развития) (нужное вписать)

Название вида членистоногого	Ежедневные сборы по датам											Всего собрано	
												в абсолютных числах	Проц.
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													
15.													
16.													

17.													
Итого видов:													100 проц.

Подпись _____

Примечание: видовой состав определяется по всем видам сборов, проводимых на контрольных объектах, при маршрутных и экстенсивных обследованиях. При определении клещей включаются сборы с растительности, с животных и людей (в том числе лиц, обратившихся по поводу присасывания клещей). Проценты вычисляются отдельно для каждой группы членистоногих по имаго и по преимагинальным фазам.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 376-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ УЧЕТА
показателей прокормления преимагинальных стадий клещей мелкими млекопитающими

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

ф. 376-у

Наименование стационара _____
N маршрута _____

Дата отлова зверьков (декада, месяц)	Число ловушко-ночей	Общее число пойманных зверьков	Виды отловленных зверьков	Число зверьков каждого вида на 100 лов.-ночей	Число зверьков		Виды собранных клещей	Обилие		Число клещей на 100 лов.-ночей (показатель прокормления)	
					личинками	нимфами		личинок	нимф	личинок	нимф
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 377-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА
учета численности иксодовых клещей на крупном рогатом скоте

1. Зона _____
2. Область, район, населенный пункт _____
_____
3. Дата сбора _____ часы сбора _____
4. Характеристика выпасов (пастбища) _____
_____
5. Число животных в стаде _____
6. Время выпаса: начало _____ Конец _____
7. Виды животных _____
8. Всего осмотрено _____ в том числе с клещами _____
9. Метод сбора _____
10. Проц. заклещевленности _____
11. Средн. интенсивн. заклещевл. _____
12. Клещей собрал _____

Собрано клещей																								
Вид клещей					Вид клещей					Вид клещей					Вид клещей					Вид клещей					Примечание
всего	самцов	самок			всего	самцов	самок			всего	самцов	самок			всего	самцов	самок			всего	самцов	самок			
		голодн.	полуголодн.	сытых			голодн.	полуголодн.	сытых			голодн.	полуголодн.	сытых			голодн.	полуголодн.	сытых			голодн.	полуголодн.	сытых	

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 378-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
на исследование

от "__" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____
_____
время отбора _____ доставки _____
Условия транспортировки и хранения _____
Цель исследования _____
Дополнительные сведения _____
Вид упаковки _____
НТД на метод отбора _____

N пробы	Наименование пробы, образца	Количество	Место и точка отбора

Фамилия и подпись отобравшего пробы _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 378-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КОРЕШОК НАПРАВЛЕНИЯ N
на производство исследования

от "__" _____ 19__ г.

Наименование объекта, адрес _____
_____
время отбора _____ доставки _____
Условия транспортировки и хранения _____
Цель исследования _____
Дополнительные сведения _____
Вид упаковки _____
НТД на метод отбора _____

N пробы	Наименование пробы, образца	Количество	Место и точка отбора

Фамилия и подпись отобравшего пробы _____

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 379-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
регистрации санитарно-микробиологических
и санитарно-гельминтологических исследований

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

Методы отбора образцов, сбора материалов и их лабораторные исследования проводят в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

ф. 379-у

Дата	N п/п	Регистрационный N	Учреждение, направившее образец, ф., и., о. лица, отобравшего образец	Наименование образца. Тара, упаковка, маркировка, число образцов	Место отбора образца	Дата и время		Цель и показания к исследованию	Особые отметки <*>	Результат исследования <**>	Дата выдачи ответа	Подпись лица, проводившего исследования	Фамилия лица, получившего ответ
						отбора образца	поступления образца в лабор.						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

При санитарно-гельминтологических исследованиях указать:

<*> Количество исследуемого материала.

<**> Число обнаруженных яиц и личинок по видам инвазии, выделяя под дробью жизнеспособных в т.ч. деформированных.

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 380-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологического исследования воздуха

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

Методы отбора проб и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ф. 380-у

Дата и время отбора	N п/п	Регистрационный номер	Учреждение, место и метод отбора	Наименование питательных сред	Экспозиция, скорость	Объем пропущенного воздуха	Общее число колоний на чашке	Исследование на:				Результат исследования		Другие микроорганизмы	Дата окончания исследования. Подпись лица, провод. исслед.
								стафилококки			другие микроорганизмы	количество микроорганизмов в 1 куб. м воздуха			
												общее	золотистый стафилококк		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 381-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологического исследования смывов

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

Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

ф. 381-у

Дата	N п/п	Регистрационный номер	Наименование объекта исследования	Место взятия смыва	Наименование дезинфицирующего вещества, его концентрация	Исследование кишечной	
						наименование сред	
1	2	3	4	5	6	7	8

разворот ф. 381-у

на группу палочки		Исследование на стафилококки							Исследование на другие микроорганизмы			Результаты исследования	Дата окончания исследования. Подпись лица, проводившего исследование
тесты для идентификации		наименование сред				тесты для идентификации							
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 382-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований лекарственных форм

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

Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

ф. 382-у

Дата	N п/п	Регистрационный номер	Учреждение, место взятия образца	Наименование образца. Тара, упаковка, маркировка, число образцов	Исследование на:											Результаты исследования				Дата окончания исследования. Подпись лица, провод. исслед.
					микробную обсемененность (наимен. сред)		группу кишечной палочки (титр) (наименование сред)			стафилококки (тесты дифференциации)			другие микроорганизмы			колич. микроорг. в 1 мл	группа кишечн. палочки титр	золотистый стафилококк	другие микроорганизмы	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 383-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований воды по ГОСТ "вода-питьевая"

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

ф. 383-у

Регистрационный	Дата и время			Наименование проб	Место нахождения объект	Общая обсемененность	Коли-индекс				Прямой посев на пл.	Среда накоплен	Высевсо сред на	Морфология, окрас	Ср. Олькеницкого или
	забора	поступлени	начало				характер	микроск	оксидазн	среды коли					

номер		я пробы	исследования	воды, цель исследования	а, кем взята проба воды	количество выросших колоний	микробное число	роста на среде Эндо	опия	ый тест	с глюкозой	с лактозой	титр	индекс	средах характер роста	ия: магниевая, селенитовая, др.	В-сульфит, агар, плоскирева и др., характер роста	ка по Граму	Рессель	
																			лактоза	сахароза
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

разворот ф. 383-у

Ср. Олькеницкого, Рессель с моч.			Подвижность	4 - 10 проц. Ферментация										Образование индола	Разложение малоната	Декарбоксил		Дезаминирование фенилаланина	Среда Симонсона	Среда Кристенсена	Раголизис	Доб. тесты, не указ. выше	Агглютинация	Результат и дата окончания анализа
глюкоза	мочевина	сероводород		лактоза	сахароза	манита	ксилозы	рамнозы	нальтозы	дульцита	глицерин	салицина	инозита			лизина	глютам кислоты							
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

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 384-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований консервов

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

ф. 384-у

N п/п	Дата	Наименование продукта	Откуда доставлена и кем взята проба	Выявление аэробных микроорганизмов														
				МП разведенный бульон, МПБ или рыбопептонный бульон (сутки)							среда тарации с 0,15 проц. агар-агар, 1 - 2 проц.							
											прогрет., непрогрет., материал					микроскопия	Среда Вильсон-Блера	
											учет роста (сутки)							
				1-е	2-е	3-е	4-е	5-е	микроскопия	высев на кровяном агаре	1-е	2-е	3-е	4-е	5-е			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

разворот ф. 384-у

Глюкозы		Термофильные бактерии			Возбудители ботулизма, среда Тароцци				Дата окончания исследования	Результаты исследования	Подпись проводившего исследование
					28 град. С		35 град. С				
молоко	среда Робинсона	0,04 проц. стерильно-водный	микроскопия	проц. МПА с 1 проц. глюкозы	не	прогреты	не	прогреты			

		раствор бром крезол		0,004 проц. бром крезол	прогретый материал	й при 60 град. С	прогретый материал	й при 60 град. С			
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 385-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований пищевых продуктов

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

Примечание: На исследование различных видов продуктов (молочные продукты, продукция молочных детских кухонь, пищевые продукты и пр.) могут вестись самостоятельные журналы.

ф. 385-у

Регистрационный номер	Дата и время			Наименование продукта, место нахождения	Общая обсемененность				Определение коли-титра						На протей (по Шукевичу)	Исслед. на энтеропатоген. кишечную палочку				Исслед. на шигеллы, сальмонеллы, условно-патогенную микрофлору					
	забора	поступления	начала исслед		засеваемый объем	количество выросш	микробное чис	бактериоскопия	засеваемые объемы	среда Эндо, Хей	микроскопия	среда Кодера	глюкоза	кол-ти-тр		среда Эндо	реакция аггл	с живо	с грет	прямой посев	реакция аггл	с живо	с грет	среда накоп	высев со среды	маргологичес

			ован.	ие объекта, кем взята проба	развеедения	их колоний	ло		(среда Кесслера)	фица, характер роста						или Левина, колич. колоний	юти нации на стекле	й культ.	ой культ.	на плотные среды, характер роста	юти нации на стекле	й культ.	ой культ.	ления (магниево-селикат. и др.)	накопления на ср. Плоскирева, Левина, характер роста	кая окраска по Граму
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

разворот ф. 385-у

Среда Олькеницкого, Рессель с мочевиной					подвижность	4 - 10 проц. Ферментация									Образование индола	Разложение малоната	Декарбоксидирование		Дезаминирование фенилаланита	Ср. Симонсона (Козера)	Ср. Кристенсена	Фаголизис	Агглютинация	Добавочные тесты, не указанные выше	На стафилококки						Дата окончания исследования	Результаты исследования	Подпись проводившего исследование
лактоза	сахароза	глюкоза	мочевина	сероводород		лактоза	сахароза	маннита	ксилозы	рамнозы	мальтозы	дульцита	глицерина	салицина	инозита			лизина	глютаминовой к-ты							прямой посев на желточно солевой (молоч	кровяной агар гемолиз	среда накопления (сах. Бульон 4 - 10	высев на ср. накопл.		микроскопия	коагулазная проба			
																											желточно-солевой (мо	кровяной агар (гемол						

																										носолевой) агар		процсолевой бульон)	лочносол.) агар	из)							
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Минздрав СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 386-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
вирусологических исследований

Примечание: При наличии большого объема работы ведутся отдельные рабочие журналы по группам возбудителей.

ф. 386-у

N п/п	Регистрационный номер	Вид биологического обогащения	Первичное заражение							Дата заражения	Первый пассаж						
			Дата заражения	Дни и результаты наблюдения							Дни и результаты наблюдения						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Разворот ф. 386-у

Дата заражения	Второй пассаж							Титр вируса	Контроль	Результат индентификации								Подпись проводившего исследование	Примечание
	Дни и результаты наблюдения									Наим. диагност. сыворотки, разведение, серия, срок годности	Дни и результаты наблюдения								
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39

Код формы по ОКУД _____
Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР
_____
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 387-у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

НАРЯД N _____

Наименование организации _____
Адрес _____
Вид насекомого _____
Выполнена дезинсекция по договору на площади _____ кв. м
В т.ч. работа _____ кв. м
наблюдения _____ кв. м
Выполнена дезинсекция по заявке на площади _____ кв. м

Дата обработки "__" _____ 19__ г.

Обработаны помещения	Расход инсектицидов	
	наименование	количество (кг)

Подпись выполнившего дезинсекцию _____
(расшифровка подписи) _____

Работа выполнена, претензий нет.

Подпись ответственного представителя заказчика _____
(расшифровка подписи) _____

Министерство здравоохранения		Медицинская документация Форма N 388/У Утверждена Минздравом СССР Приказ N 502 от 27.05.82
Наименование учреждения		

АКТ N ___
отбора проб сельскохозяйственной продукции и продуктов питания
для определения остаточных количеств пестицидов

Область Район Село
Хозяйство Предприятие Дата отбора

Пробы направляются для анализа в

N пробы	Наименование продукта	Место отбора проб	Величина пробы / Величина партии продукта	Примененные пестициды / Метод обработки	Дата обработки / Дата получения продукта	Расход пестицида / Кратность обработки	Причины вероятного загрязнения
1	2	3	4	5	6	7	8

Дополнительные сведения

Должность, фамилия отобравшего пробы

Подпись

Должность, фамилия представителя обследуемого объекта, в присутствии которого отобраны пробы

Подпись

Проба опломбирована

Подпись

Партия _____ может быть реализована

Партия _____ должна быть задержана до получения результатов анализа при соблюдении следующих условий хранения:

Подпись

(введен Приказом Минздрава СССР от 27.05.1982 N 502)

Министерство здравоохранения СССР		Медицинская документация Форма N 389/У Утверждена Минздравом СССР Приказ N 502 от 27.05.82
Наименование учреждения		

ЖУРНАЛ УЧЕТА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОБ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ И ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ ОСТАТОЧНЫХ КОЛИЧЕСТВ ПЕСТИЦИДОВ	
Начат "__" _____ 19__ г.	Окончен "__" _____ 19__ г.

N п/п	Наименование продукта	Дата отбора пробы	Место отбора пробы	Вес (объем) пробы	Исследуемые пестициды	Пробы, отобранные в хозяйствах			Количество анализов	Органолептические показатели	Среднее содержание пестицида (мг/кг)	Предполагаемые причины загрязнения	Подпись проводившего исследования
						время после обработки	расход пестицида	кратность обработки					
N акта отбора пробы	N пробы	Дата проведения анализа	Адрес и наименование хозяйства, предприятия	Вес (объем) партии, площадь участка	Метод обработки	регламент	регламент	регламент	Метод анализа		нормативы		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

(введен Приказом Минздрава СССР от 27.05.1982 N 502)

Министерство здравоохранения СССР		Медицинская документация Форма N 390/У Утверждена Минздравом СССР Приказ N 502 от 27.05.82	
Наименование учреждения			

ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА
О РЕЗУЛЬТАТАХ АНАЛИЗА НА ОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО
ПЕСТИЦИДОВ В СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ
И ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ

Составлена _____ 19__ г.

N п/п	Пести-цид	Продукт	Место отбора проб	Методы хими-ческо-го анали-за	Время после обра-ботки	Расход пести-цида	Крат-ность обра-ботки	Коли-чество анали-зов	Предпо-лагае-мые причины загряз-нения	Среднее содержание пестицида в пробе
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Подпись Дата Печать

(введен Приказом Минздрава СССР от 27.05.1982 N 502)