

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____		Форма первинної облікової документації № 003/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ № _____	
Код за ЄДРПОУ _____			
МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____			
Госпіталізація		Відділення _____ палата _____	
дата	(число, місяць, рік)	Переводи	
	(годин, хвилин)	Відділення	Дата
			Час
Виписка (смерть)		в поточному році з приводу даної хвороби госпіталізований	О вперше О повторно
Проведено ліжко-днів _____			
Група крові _____ Резус-приналежність RW _____		Віл-інфекція _____	
Підвищена чутливість або непереносимість препарату _____		(число, місяць, рік) _____	
(найменування препарату, характер побічної дії) _____			
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____			
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 _____		3. Вік _____	
		(число, місяць, рік) _____	
(повних років, для дітей: до 1-го року – місяців; до 1-го місяця – днів)			
4. Постійне місце проживання: місто – 1, село – 2 _____		(зазначити адресу: область, район, населений пункт, номер телефону; для приїжджих – місце проживання родичів)	
5. Місце роботи, спеціальність або посада _____			
(для учнів, студентів – місце навчання; для дітей – найменування дитячого закладу, школи; для інвалідів – вид і група інвалідності, IBV – так, ні (підкреслити))			
6. Ким направлений хворий _____			
(найменування закладу охорони здоров'я) _____			
7. Госпіталізований(а) в стаціонар: за терміновими показаннями – 1, через _____ годин після початку захворювання, одержання травми; в плановому порядку – 2 _____			
8. Діагноз закладу охорони здоров'я, який направив хворого: _____			
9. Діагноз при госпіталізації: _____			
10. Діагноз клінічний: _____			
Дата встановлення: _____		Лікар _____	
		(прізвище, підпис)	
11. Діагноз заключний клінічний: _____			
а) основний _____			
Код за МКХ-10 _____			

б) ускладнення основного _____

в) супутній _____

12. Хірургічні операції, методи знеболювання і післяопераційні ускладнення

Номер з/п	Назва операції, код згідно з класифікатором оперативних втручань	Дата, години, хвилини	Метод знеболювання	Ускладнення (за наявності)	Хірург (П.І.Б.)	Анестезіолог (П.І.Б.)

13. Інші види лікування _____

(вказати)

для хворих на злоякісні новоутворення: 1. Спеціальне лікування: хірургічне, променеве (дистанційна гамма-терапія, рентгенотерапія, швидкі електрони, контактна і дистанційна гамма-терапія, контактна гамма-терапія і глибока рентгенотерапія); комбіноване (хірургічне і гамма-терапія, хірургічне і рентгенотерапія, хірургічне і комбіноване лікування); хіміопрепаратами, гормональними препаратами. 2. Поліативне. 3. Симптоматичне лікування. ☐

14. Відмітка про видачу листка непрацездатності

№ _____ з _____ по _____ № _____ з _____ по _____
 № _____ з _____ по _____ № _____ з _____ по _____

15. Внесення діагнозу в листок непрацездатності: згоден(а), не згоден(на) (підкреслити). _____

(підпис хворого)

16. Працездатність відновлена повністю – 1; знижена – 2; тимчасово втрачена – 3; стійко втрачена – 4 (у зв'язку з даним захворюванням, з інших причин – підкреслити) ☐

17. Висновок для тих, хто поступає на експертизу _____

18. Результат лікування: виписаний(а) з одужанням – 1, поліпшенням – 2, погіршенням – 3, без змін – 4, помер – 5; переведений(а) в інший лікувальний заклад – 6, здоровий(а) – 7. ☐

19. Особливі відмітки (дата проведення та час стаціонарного лікування):

- онкологічний профілактичний огляд:

- флюорографічне (Р-логічне профілактичне) обстеження:

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

(число, місяць, рік)

20. Відмітки щодо страхування: _____

Лікуючий лікар _____
 (прізвище, підпис)

Завідувач відділення _____
 (прізвище, підпис)

Анамнез хвороби

Об'єктивний стан хворого

[illegible]

Дата

[illegible]

ЩОДЕННИК

[illegible]

[illegible]

(прізвище, ім'я, по батькові хворого)

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Загальний аналіз крові	
Загальний аналіз сечі	
Печінкові проби	
Копрограма	
Аналіз крові на	Аналіз сечі на
глюкозу	амілазу
Аналіз сечі на діастазу	Сеча на глюкозу (з добової кількості)
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

За результатами проведеного обстеження встановлено клінічний діагноз:

а) основний:

.....

б) ускладнення основного:

.....

в) супутній:

.....

Лікування:

.....

.....

.....

Лікувальні та трудові рекомендації:

.....

.....

.....

Ефективність лікування

виписаний:

☐

з одужанням – 1

з поліпшенням – 2 помер – 5

з погіршенням – 3 переведений в інший

без змін – 4 лікувальний заклад –

6

.....

.....

.....

.....

.....

Підпис лікаря

.....
(прізвище, підпис)

Завідувач відділення

.....
(прізвище, підпис)

“ _____ ” _____ 20 _____ року

Продовження форми № 003/о

Огляд на коросту:	☐ так		З режимом дня та заборонаю паління ознайомлений
	☐ ні		
Педикульоз:	☐ так		
	☐ ні		
Дата _____	Підпис _____	Підпис _____	

Виписка з протоколу (карти) патолого-анатомічного обстеження № _____

Найменування закладу, який склав протокол:

Дата розтину:

(число, місяць, рік)

Патолого-анатомічний діагноз

а) основний:

.....

.....

б) ускладнення основного:

.....

.....

в) супутній:

.....

.....

Збіг клінічного і патолого-анатомічного діагнозів:

повний збіг діагнозів – 0

розбіжність діагнозів: основного – 1, супутнього – 2, ускладнень – 3, повна розбіжність – 4 (підкреслити)

☐

Причини розбіжності:

об'єктивні труднощі діагностики – 1, короткочасне перебування в лікарні – 2, недообстеження хворого – 3, переоцінка даних обстеження – 4, рідкісне захворювання – 5, неправильне оформлення діагнозу – 6 (підкреслити)

☐**Причина смерті (згідно з пунктом 11 лікарського свідоцтва про смерть № _____)**

☐	I. а) _____	приблизний час між початком захворювання і смертю
☐	б) _____	
☐	в) _____	
☐	г) _____	

(безпосередня причина смерті)

(а, в, г – захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередньо причину смерті; основна причина смерті вказується в останню чергу)

II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові, підкреслити), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті

У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності _____, день післяпологового періоду _____, тиждень після пологів _____

Код за МКХ-10

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

Патологоанатом

(прізвище, підпис)

Завідувач патолого-анатомічного відділення

(прізвище, підпис)

Завідувач відділення

(прізвище, підпис)

Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги

М.К.Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за
№ 662/20975

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого № ____”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого № ____” (далі – форма № 003/о).

2. Форма № 003/о є основним медичним документом, що заповнюється на кожного хворого, який поступає на стаціонарне лікування. Ведеться в усіх лікарнях, стаціонарах диспансерів, клініках медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації, науково-дослідних інститутах, санаторіях.

3. Форма № 003/о містить всі дані щодо стану хворого протягом усього періоду перебування в стаціонарі, організації та проведення лікування, а також дані об'єктивних, функціональних, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстежень.

4. Форма № 003/о ведеться з метою контролю правильності організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо).

5. У пунктах 1–9 першої сторінки форми зазначаються: прізвище, ім'я, по батькові хворого, стать, вік, місце проживання згідно з паспортними даними (у разі якщо стаціонарним хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або інших законних представників), місце роботи, спеціальність або посада (для учнів, студентів – місце навчання; для дітей – найменування дитячого закладу), найменування закладу охорони здоров'я, яким хворого направлено до стаціонару, та показання до госпіталізації, діагноз закладу охорони здоров'я, який направив хворого. Зазначені пункти заповнюються медичним працівником у приймальному відділенні лікарні.

6. Інші записи у формі 003/о (пункти 10–20), включаючи і клінічний діагноз (пункт 10), заповнює лікуючий лікар. У квадратах пунктів 2, 4, 7, 13, 16, 18 слід вписати необхідну цифру.

7. Лікарем приймального відділення заповнюється спеціально відведений листок “Запис лікаря приймального відділення”, де коротко вказуються дані анамнезу хвороби та життя, об'єктивний стан хворого, діагноз, лікування і результати обстеження.

8. У пункті 11 лікуючий лікар зазначає заключний клінічний діагноз,

який складається із основного діагнозу, ускладнення основного діагнозу та супутніх захворювань.

Основний заключний клінічний діагноз (пункт 11 цієї форми) кодується лікуючим лікарем, патолого-анатомічний – лікарем-патологоанатомом згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду.

9. Якщо хворому проведено хірургічне втручання, то на другій сторінці у пункті 12 форми вказуються назва операції та код згідно з класифікатором оперативних втручань, дата та тривалість операції, метод знеболення, прізвище, ім'я, по батькові хірурга, прізвище, ім'я, по батькові анестезіолога, ускладнення при оперативному втручанні, якщо такі мали місце. Докладний опис операції проводиться в щоденнику за відповідною датою та в обліковій формі № 008/о “Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі”, затвердженій цим наказом.

10. У пункті 13 вказуються інші види лікування для онкологічних хворих: спеціальне, паліативне, симптоматичне.

11. У пунктах 14–16 зазначаються дані щодо тимчасової непрацездатності.

12. У пункті 17 вказується висновок для хворих, які потребують проведення медико-соціальної експертизи.

13. У пункті 18 зазначається результат лікування хворого: виписаний з одужанням – 1, поліпшенням – 2, погіршенням – 3, без змін – 4, помер – 5, переведений в інший лікувальний заклад – 6, здоровий – 7.

14. У пункті 19 “особливі відмітки” зазначаються дата і час проведення за період стаціонарного лікування профілактичного огляду на наявність злоякісного новоутворення та профілактичного огляду на виявлення туберкульозу.

15. У пункті 20 зазначаються відмітки щодо страхування хворого: наявність та номер страхового поліса, найменування компанії-страхувальника.

16. Під таблицею на титульній сторінці цієї форми при виписці або смерті хворого зазначається кількість проведених ліжко-днів, при цьому: день госпіталізації і день виписки (смерті) рахується як один день.

17. У період перебування хворого в стаціонарі форма № 003/о зберігається у папці лікуючого лікаря. Лікар здійснює записи у щоденнику про стан здоров'я та лікування хворого з періодичністю від щогодинного до щотижневого періоду залежно від стану хворого та місця його перебування (палата інтенсивної терапії, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, відділення хірургічного, терапевтичного, психіатричного профілю тощо). Записи повинні у повному обсязі відображати зміни стану хворого (погіршення, поліпшення, повне одужання) та увесь процес лікування чи реабілітації впродовж перебування в стаціонарі. У день виписки хворого зі стаціонару запис лікаря має бути максимально детальним. Щоденникові записи потрібно формулювати коротко і чітко, обов'язково зазначати дату та час проведення огляду пацієнта. Щоденникові записи засвідчуються

підписом лікуючого лікаря.

18. Призначення лікуючого лікаря записуються у щоденнику форми № 003/о та дублюються в листку лікарських призначень. Записи ведуться розбірливо, чітко, детально із зазначенням дати призначення препаратів або дати їх відміни та засвідчуються підписом лікуючого лікаря.

19. Результати огляду та консультацій хворого спеціалістами зазначаються у листку огляду та консультацій спеціалістами.

20. При виписці хворого лікуючий лікар складає виписний епікриз, у якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписці, обґрунтовує клінічний діагноз, вказує проведені обстеження та лікувальні заходи, аналізує їх ефективність, дає рекомендації щодо подальшого лікування і режиму хворого.

21. У разі смерті хворого патологоанатомом після розтину заповнюється виписка з протоколу (карти) патолого-анатомічного обстеження, який заповнюється на останній сторінці форми № 003/о; лікуючий лікар складає посмертний епікриз.

22. Виписний або посмертний епікриз засвідчується підписами лікуючого лікаря або патологоанатома та завідувача відділення.

23. У випадку смерті хворого після заповнення лікуючим лікарем чи патологоанатомом лікарського свідоцтва про смерть (форма первинної облікової документації № 106/о “Лікарське свідоцтво про смерть,” затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 08 серпня 2006 року № 545, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024) здійснюється запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть на останній сторінці цієї форми згідно з пунктом 11 лікарського свідоцтва про смерть, у якому вказуються патологічні стани, що призвели до безпосередньої причини смерті, та інші патологічні стани, що сприяли смерті.

24. Форму № 003/о підписують лікуючий лікар та завідувач відділення.

25. На підставі даних форми № 003/о лікуючим лікарем заповнюється облікова форма № 066/о “Карта хворого, який вибув зі стаціонару”, затверджена цим наказом (далі – форма № 066/о), після чого медична карта передається в кабінет статистики для обробки, а потім до архіву закладу охорони здоров’я.

26. За наявності у хворого побічної дії лікарських засобів лікуючий лікар повинен обов’язково зазначити результат побічної дії в медичній карті як основний, супутній діагноз або ускладнення основного захворювання, а після виписки (смерті) хворого зробити аналогічний запис у формі № 066/о з використанням подвійного кодування випадку.

27. У разі ведення форми № 003/о в електронному форматі вона повинна включати в себе всі дані, які містяться на затвердженому паперовому носії інформації.

28. Термін зберігання форми № 003/о – 25 років.

**Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги**

М.К. Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 069/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> № <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
ЖУРНАЛ запису амбулаторних операцій Почато “___” _____ 20___ року Закінчено “___” _____ 20___ року																									

[illegible]

Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги

М.К.Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за
№ 679/20992

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 069/о “Журнал запису амбулаторних операцій”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 069/о “Журнал запису амбулаторних операцій” (далі – форма № 069/о).

2. Форма № 069/о заповнюється лікарями хірургічного профілю закладів охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, і зберігається в операційній.

3. У формі № 069/о реєструються усі хірургічні втручання (у тому числі операції на щелепно-лицевій ділянці та ротовій порожнині), які проведені в амбулаторно-поліклінічному закладі.

4. У графах 1 і 2 вказуються порядковий номер та дата проведення операції.

5. У графі 3 зазначаються прізвище, ім'я та по батькові хворого.

6. У графі 4 вказується вік хворого, а для дітей до 1-го року – число місяців, днів.

7. У графі 5 вказується місце проживання хворого згідно з паспортними даними (у разі якщо хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або інших законних представників).

8. У графі 6 вказується діагноз, який був причиною амбулаторної операції.

9. У графі 7 зазначаються метод знеболення, назва, доза та шлях введення анестетика.

10. У графі 8 коротко зазначається хід проведення операції.

11. У графі 9 вказуються прізвище та підпис лікаря, який проводив операцію, та прізвище молодшого спеціаліста з медичною освітою.

12. Форма № 069/о має бути прошита, пронумерована, засвідчена підписом керівника та печаткою закладу охорони здоров'я.

13. Форма № 069/о є підставою для заповнення форми звітності № 20 “Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20__ рік” (таблиця 2800

“Хірургічна робота амбулаторно-поліклінічного закладу”), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 10 липня 2007 року № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03 вересня 2007 року за № 1009/14276.

14. Оперативні втручання лікарів-стоматологів в амбулаторно-поліклінічних закладах також зазначаються у формі № 039-2/о “Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)”, затвердженій цим наказом.

15. У разі ведення форми № 069/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії.

16. Термін зберігання форми № 069/о – 5 років.

**Директор Департаменту
лікувально-профілактичної
допомоги**

М.К. Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	Форма первинної облікової документації № 028/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ № _____
Консультаційний висновок спеціаліста	
1. Найменування закладу охорони здоров'я, який направив пацієнта на консультацію _____	
2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____	
3. Дата народження _____ (число, місяць, рік)	
4. Спеціальність, прізвище, ім'я, по батькові лікаря-консультанта _____	
5. Результати лабораторного дослідження _____	
6. Результати функціонального, рентгенологічного та інших спеціальних досліджень: _____	
7. Висновок спеціаліста (встановлений діагноз) _____	
8. Рекомендації: _____	
" ____ " _____ 20 ____ року _____ М.П.	
Лікар-консультант _____ (П.І.Б.) (підпис)	
Завідувач поліклініки або стаціонарного відділення _____ (П.І.Б.) (підпис)	

Директор Департаменту
лікувально-профілактичної
допомоги

М.К.Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за
№ 683/20996

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 028/о “Консультаційний висновок спеціаліста”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 028/о “Консультаційний висновок спеціаліста” (далі – форма № 028/о).

2. Форма № 028/о заповнюється лікарями-консультантами лікувально-профілактичних закладів (науково-дослідних інститутів, обласних лікарень, консультаційно-діагностичних центрів тощо), куди направляється на консультацію (обстеження) пацієнт.

3. У пункті 1 зазначається найменування закладу охорони здоров'я, який направив пацієнта на консультацію.

4. У пункті 2 вказуються прізвище, ім'я, по батькові пацієнта, який був проконсультований.

5. У пункті 3 вказується дата народження пацієнта.

6. У пункті 4 зазначаються спеціальність та прізвище, ім'я, по батькові лікаря-консультанта.

7. У пункті 5 відображаються результати лабораторних досліджень.

8. У пункті 6 зазначаються результати функціонального, рентгенологічного та інших спеціальних досліджень.

9. У пункті 7 консультант записує встановлений діагноз та інші висновки щодо стану пацієнта, якого він оглянув.

10. У пункті 8 зазначаються рекомендації щодо подальшого лікування, реабілітації тощо.

11. Форму № 028/о заповнює і підписує лікар-консультант, висновок завіряється печаткою закладу охорони здоров'я, де проводилась консультація.

12. Форма № 028/о надсилається поштою протягом трьох днів або нарочним і вклеюється в медичну карту амбулаторного хворого (форма № 025/о) чи медичну карту стаціонарного хворого (форма № 003/о), затверджені цим наказом, або в історію розвитку дитини (форма № 112/о), затверджену наказом Міністерства

охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302, і має терміни зберігання відповідно до термінів зберігання первинної медичної документації, зазначеної вище.

**Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги**

М.К. Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ						
Форма первинної облікової документації № 039-6/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> № <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
Щоденник обліку роботи ендоскопічного відділення (кабінету)																
Почато “ ____ ” _____ 20 ____ року Закінчено “ ____ ” _____ 20 ____ року																

Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги

М.К.Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за
№ 687/21000

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 039-6/о “Щоденник обліку роботи ендоскопічного відділення (кабінету)”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 039-6/о “Щоденник обліку роботи ендоскопічного відділення (кабінету)” (далі – форма № 039-6/о).

2. Форма № 039-6/о заповнюється лікарями-ендоскопістами на підставі форми № 046/о “Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень”, затвердженої цим наказом, кожним лікарем окремо.

3. У графі 1 зазначається число місяця проведення ендоскопічного дослідження.

4. Відповідно до чисел місяця у графи 2 – 37 вносяться дані про види досліджень, які проводяться хворим відповідно до локалізації органа, що обстежується, та переліку ендоскопічних досліджень, маніпуляцій та операцій.

5. Кількість ендоскопічних досліджень – усього (граф 2) дорівнює сумі чисел граф 8, 14, 20, 26, 32.

6. Кількість діагностичних досліджень – усього (граф 3) дорівнює сумі чисел граф 9, 15, 21, 27, 33.

7. Кількість ендоскопічних маніпуляцій – усього (граф 4) дорівнює сумі чисел граф 10, 16, 22, 28, 34.

8. Кількість взятого матеріалу на цитоморфологічне дослідження - усього (граф 5) дорівнює сумі чисел граф 11, 17, 23, 29, 35 та виділяється із відповідної кількості ендоскопічних маніпуляцій – графи 4, 10, 16, 22, 28, 34.

9. Кількість ендоскопічних операцій – усього (граф 6) дорівнює сумі чисел граф 12, 18, 24, 30, 36. До числа ендоскопічних операцій відносяться: видалення сторонніх тіл, балонна дилатація звужень стравоходу, дванадцятипалої кишки, товстої кишки, анастомозів, трахеї, бронхів; поліпектомія, абляція аденом, кліпування, стентування, літотрипсія,

ендоскопічна резекція слизової оболонки, гастроцистостомія, видалення підслизової пухлини тощо.

10. Кількість хворих з вперше встановленою онкопатологією (графа 7) – дорівнює сумі чисел граф 13, 19, 25, 31, 37.

11. Кількість ендоскопічних досліджень-езофагогастродуоденоскопій (графа 8) дорівнює сумі чисел граф 9, 10, 12.

12. До графі 9 вноситься загальна кількість діагностичних досліджень, виконаних при проведенні езофагогастродуоденоскопій (відповідно у графу 15 – при колоноскопії, у графу 21 – при дуоденоскопії, у графу 27 – при бронхоскопії, у графу 33 – при інших діагностичних обстеженнях) пацієнтам, щодо яких виконано увесь обсяг роботи в рамках одного методу діагностики. Додаткові ендоскопічні маніпуляції або ендоскопічні операції зазначаються у графах “Ендоскопічні маніпуляції” та “Ендоскопічні операції” окремо без повторного запису в інших графах.

13. У графі 10 вказується загальна кількість ендоскопічних маніпуляцій, виконаних при проведенні езофагогастродуоденоскопії (відповідно у графі 16 – при колоноскопії, у графі 22 – при дуоденоскопії, у графі 28 – при бронхоскопії, у графі 34 – при інших діагностичних обстеженнях).

14. У графі 11 (відповідно у графах 17, 23, 29, 35) вказується загальна кількість забору матеріалу на цитоморфологічне дослідження із загальної кількості ендоскопічних маніпуляцій.

15. У графі 12 (відповідно у графах 18, 24, 30, 36) вказується загальна кількість проведених ендоскопічних операцій при окремих видах досліджень.

16. У графі 13 (відповідно у графах 19, 25, 31, 37) зазначається кількість хворих з вперше виявленою онкопатологією при різних видах ендоскопічних досліджень.

17. Кількість ендоскопічних досліджень, виконаних при колоноскопії (графа 14), дорівнює сумі чисел граф 15, 16, 18.

18. Кількість ендоскопічних досліджень, виконаних при дуоденоскопії (графа 20), дорівнює сумі чисел граф 21, 22, 24.

19. Кількість ендоскопічних досліджень, виконаних при бронхоскопії (графа 26), дорівнює сумі чисел граф 27, 28, 30.

20. Кількість ендоскопічних досліджень, виконаних при інших дослідженнях (графа 32), дорівнює сумі чисел граф 33, 34, 36.

21. Форма № 039-6/о підписується лікарем-ендоскопістом.

22. У разі ведення форми № 039-6 в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії.

23. Термін зберігання форми № 039-6/о – 5 років.

**Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги**

М.К. Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" data-bbox="598 587 1037 622"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 046/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" data-bbox="1494 587 1839 622"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> № <table border="1" data-bbox="1912 587 2105 622"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень Почато “ _____ ” _____ 20 _____ року Закінчено “ _____ ” _____ 20 _____ року																																

Номер з/п	Дата дослідження	Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта, місце проживання згідно з паспортними даними	Вік пацієнта	Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого	Вид дослідження	Ендоскопічні маніпуляції	Ендоскопічні операції	Результат дослідження	Вперше виявлена онкопатологія
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги

М.К.Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за
№ 690/21003

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 046/о “Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 046/о “Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень” (далі – форма № 046/о).

2. Форма № 046/о для реєстрації ендоскопічних досліджень заповнюється лікарями-ендоскопістами в ендоскопічному відділенні (кабінеті).

3. При обстеженні одного пацієнта (при одному зверненні) декількома різними методами ендоскопії (езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, бронхоскопія тощо) з видачею окремих лікарських висновків з кожного із методів кожне обстеження реєструється під новим порядковим номером із заповненням усіх граф форми № 046/о (при реєстрації всіх видів ендоскопічних досліджень в одній формі). Реєстрації під окремим порядковим номером підлягає пацієнт, щодо якого здійснюється повний обсяг роботи в межах одного методу діагностики.

4. У графі 1 вказуються порядкові номери досліджень, які реєструються. Нумерація починається з 1 січня кожного календарного року.

5. У графі 2 зазначається дата дослідження.

6. У графі 3 повністю вказуються прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, місце проживання згідно з паспортними даними (у разі якщо хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або інших законних представників).

7. У графі 4 зазначається вік пацієнта.

8. У графі 5 вказуються найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я (його підрозділу), який направив хворого на дослідження.

9. У графі 6 зазначається номер медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого.

10. У графі 7 вписується вид дослідження (езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, бронхоскопія тощо) при реєстрації всіх видів ендоскопічних досліджень в одному журналі.

11. У графі 8 вказуються проведені ендоскопічні маніпуляції.

12. У графі 9 зазначаються проведені ендоскопічні операції.

13. Додаткові ендоскопічні маніпуляції та ендоскопічні операції відзначаються окремо без повторного запису в інших графах.

14. У графі 10 зазначається результат обстеження.

15. У графі 11 вказуються дані про вперше виявлену онкологічну патологію, яка підтверджена цитоморфологічним дослідженням.

16. Інформація щодо результатів обстеження за підписом спеціаліста, який проводив його, направляється лікуючому лікарю чи видається особисто пацієнту.

17. Форма № 046/о є підставою для заповнення форми № 039-6/о “Щоденник обліку роботи ендоскопічного відділення (кабінету)”, затвердженої цим наказом.

18. У разі ведення форми № 046/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії.

19. Термін зберігання форми № 046/о – 3 роки.

**Директор Департаменту
лікувально-профілактичної
допомоги**

М.К. Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" data-bbox="600 587 1039 622"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 046-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" data-bbox="1496 587 1841 622"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> № <table border="1" data-bbox="1912 587 2105 622"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
Журнал обліку технічного обслуговування та ремонту ендоскопічної апаратури Почато “ _____ ” _____ 20 _____ року Закінчено “ _____ ” _____ 20 _____ року																										

[illegible]

Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги

М.К.Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за
№ 691/21004

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 046–1/о “Журнал обліку технічного обслуговування та ремонту ендоскопічної апаратури”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 046-1/о “Журнал обліку технічного обслуговування та ремонту ендоскопічної апаратури” (далі – форма № 046-1/о).

2. Форма № 046-1/о заповнюється лікарями-ендоскопістами ендоскопічного відділення (кабінету).

3. У графі 1 вказуються назва апарата, його заводський номер та виробник.

4. У графі 2 зазначається дата введення в дію ендоскопічного апарата.

5. У графі 3 вказується дата поломки ендоскопічного апарата.

6. У графі 4 описується несправність, яка виявлена лікарем, а також представником виробника, яким здійснено ремонт.

7. У графі 5 вказується кількість проведених ендоскопічних обстежень до поломки апарата.

8. У графі 6 зазначаються дата відправлення ендоскопічного апарата на ремонт, найменування юридичної особи (прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи-підприємця), яка проводила ремонт.

9. У графі 7 вказується дата отримання з ремонту ендоскопічного апарата.

10. У графі 8 вказується вартість ремонту.

11. У графі 9 описується стан апарата після ремонту.

12. Термін зберігання форми № 046-1/о – 5 років.

**Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги**

М.К. Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
		Форма первинної облікової документації №003-6/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ
ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**Я,
, одержав(ла)

у

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Я даю згоду на внесення до локальної інформаційної госпітальної системи, яка ведеться закладом охорони здоров'я, моїх (моєї дитини) персональних даних, у тому числі даних щодо стану мого здоров'я, поставлених мені діагнозів, призначеного лікування та його перебігу.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

Інформацію надав лікар

“ ” _____ 20__ року

(П.І.Б.)
(дата)
(підпис)

Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування

“ ” _____ 20__ року

(підпис)
(дата)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про
у мене (у моєї дитини)

(наявність/відсутність)

супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та

про те, що операція буде виконуватись за
показаннями.

(відносними/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш
оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ згоду.

(даю/не даю)

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)

“ ____ ” _____ 20__ року
(дата)

(П.І.Б. лікаря)

(підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

“ ____ ” _____ 20__ року

(П.І.Б. лікаря)

(дата)

(підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

Згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю

(даю/не даю)

, а знеболення – лікарю

, що підтверджую своїм підписом.

“ ____ ” _____ 20__ року

(підпис пацієнта)

(дата)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

**Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги**

М.К.Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за
№ 697/21010

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003-6/о “Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 003-6/о “Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення” (далі – форма № 003-6/о).

2. Форма № 003-6/о заповнюється пацієнтом, який звернувся в заклад охорони здоров'я та дає згоду на проведення йому діагностики та лікування, у разі необхідності на оперативне втручання та знеболення. Це здійснюється у присутності лікуючого лікаря даного закладу охорони здоров'я.

3. Власноручно пацієнтом вказуються його прізвище, ім'я, по батькові; лікуючий лікар доводить йому інформацію щодо плану діагностики та лікування, надає в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання, наслідки при відмові від лікування.

4. Згода пацієнта на запропоноване лікування та діагностику (форма № 003-6/о) засвідчується підписами лікуючого лікаря та пацієнта.

5. Форму № 003-6/о можна використовувати в медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) або медичній карті стаціонарного хворого (форма № 003/о), затверджених цим наказом, а також у медичній карті переривання вагітності (форма № 003-1/о) та історії пологів (форма № 096/о), затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я від 26 липня 1999 року № 184.

6. Форма № 003-6/о має термін зберігання, який відповідає терміну зберігання облікових форм, зазначених у пункті 5 цієї Інструкції.

**Директор Департаменту
лікувально-профілактичної
допомоги**

М.К.Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ*

Я, _____, при зверненні
(прізвище, ім'я, по батькові)

У _____
(назва закладу охорони здоров'я)

даю згоду на внесення моїх персональних даних до локальної інформаційної системи, яка є в закладі охорони здоров'я.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

(підпис)

“ _____ ” _____ 20__ року
(дата)

* Вкладний листок до облікових форм: № 003/о, № 025/о, затверджених цим наказом, № 003-1/о, № 096/о, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року №184, № 112/о, № 111/о, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302.

Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги

М.К. Хобзей