

**“ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
ҰЙЫМДАРЫНЫҢ БАСТАПҚЫ
МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚҰЖАТТАМА
НЫСАНДАРЫН БЕКІТУ
ТУРАЛЫ” ҚАЗАҚСТАН
РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ МИНИСТРІНІҢ М.А. 2010
ЖЫЛҒЫ 23 ҚАРАШАДАҒЫ № 907
БҰЙРЫҒЫНА ТОЛЫҚТЫРУЛАР
ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

- ◎ ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 24.03.17. бастап №92 бұйрығымен (ресми жарияланған күнінен бастап күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізілді);

Приложение 1 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Приложение 3
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2017 года №__

A4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Стационарлық науқастың медициналық картасы
№ _____

Медицинская карта стационарного больного

Түскен күні мен уақыты (Дата и время поступления) _____ / _____ / _____

Шыққан күні мен уақыты (Дата и время выписки) _____ / _____ / _____

Бөлімше (Отделение) _____ палата № _____

Бөлімшеге ауыстырылды (Переведен(а) в отделение) _____

Тәсек-күндер өткізілді (Проведено койко-дней) _____

Тасымалдау түрлері (Виды транспортировки): арбамен (на каталке), орындықта(на кресле), өздігінен жүре алады (может идти) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть). АИТВ-ға тексеру (Исследование на ВИЧ) _____
Қан тобы (Группа крови) _____ Резус- тиістілігі (Резус-принадлежность) _____

Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы) (Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

дәрінің аты, жағымсыз әсерінің сипаты (название препарата, характер побочного действия)

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество больного (при его наличии) _____
2. Жынысы (Пол) _____
3. Жасы (Возраст) _____ толық жасы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін-айы, 1 айға дейінгі балалар үшін-күні (полных лет, для детей: до 1 года-месяцев, до 1 месяца-дней)
4. Ұлты (Национальность) _____
5. ЖСН (ИИН) _____
6. Медициналық тіркеу нөмірі
_____ (Регистрационный медицинский номер)
7. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____
8. Тұрғылықты мекенжайы (Постоянное место жительства): қала (город), ауыл (село) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) _____
- _____ мекенжайын жазыңыз, сырттан келгендер үшін- облысын, ауданын, елді мекенін, туыстарының мекенжайы мен телефон № көрсетіңіз (вписать адрес, указав для приезжих – область, район, нас. пункт, адрес родственников и № телефона)
9. Жұмыс орны, кәсібі немесе лауазымы (Место работы, профессия или должность) _____
10. Оқудағылар үшін- оқу орны, балалар үшін-балалар ұйымының, мектептің аты, мүгедектер үшін- түрі мен тобы _____



Приложение 2 к приказу

и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Приложение 8
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2017 года № __

A4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан
көшірме (астын сызыңыз)
Выписка

из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (подчеркнуть)
№ _____

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

Туған күні, айы, жылы / День, месяц, год рождения

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации куда направляется
выписка) _____

Науқастың үйінің мекенжайы (Домашний
адрес) _____

Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род
занятий) _____

Күндері: а) амбулатория бойынша: сырқаттары (Даты: а) по амбулатории:
заболевания) _____

Anamnesis vitae:

Аллергоанамнез ауырталы емес (не отягощен) ауырталы
(отягощен): _____

Тұқым қуалаушылық (Наследственность): ауырталы емес (не отягощена); ауырталы (отягощена): _____

Дәрі-дәрмек қабылдауы (Прием медикаментов): қабылдамайды (не принимает) қабылдайды (нені, қашан, неге) (принимает
(что, когда и зачем)): _____

Эпидемиологиялық (эпидемиологический) анамнез: ауырталы емес (не
отягощен) ауырталы (отягощен): _____

Гемотрансфузиялар (гемотрансфузии)

Хирургиялық интервенциялар (Хирургические вмешательства)

В гепатиттің вирусы қарсы вакцинация (вакцинация против вируса гепатита В)

Иммунопрофилактика: етгізілді (проводилась) жоқ (нет) басқа (др.)

_____ БЦЖ тыртығы (Рубчик БЦЖ): өлшемі (размер): _____
мм.

Диспансерлік тізімде тіркелуі (Состоит на диспансерном учете): жоқ (нет); ия
(да): _____

Қажеттілігі бойынша* (Сведения по необходимости*)

* Туылған кездегі салмағы (При рождении вес): _____ гр. бойы (рост): _____ см.

* Тамақтануы (Вскармливание): табиғи (естественное до) _____ жасанды (искусств.); паралас (смешанное)

* Соңғы туберкулинді сынама (Последняя туберкулиновая проба) _____ / _____ / 201_ г

Нәтижесі (Результат) оң (положительный); теріс (отрицательный); мәлімет жоқ (нет данных)

* Психофизикалық дамуы жасына сәйкес келуі (Психофизическое развитие соответствует возрасту): ия (да); жоқ (нет):

Status praesens, status nervosus

Жағдайы (Состояние): қанағаттанарлық
(удовлетворительное);
 орташа дәрежелі (средней степени); ауыр, (тяжелое, за счет)

Конституциясы (Конституция): астеникалық
(астенич.) гипертеникалық (гипертенич.) қалыпты
(норма);

Жүріс-тұрысы науқас жасына сәйкес (Поведение
соответствует возрасту пациента): ия (да); жоқ (нет)
Эмоционалды статусы (Эмоциональный статус):

Есі (Сознание): анық (ясное); басқа

(др.): _____

Сөйлеу (Речь): анық (ясная); басқа (др.): _____

Есту (Слух): маза тазайды (не беспокоит);

қалыпты (нормальный); лабильді (лабильный)
Ұйқысы (Сон): қалыпты (нормальный); бұзылған
(нарушен):

Приложение 12
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2017 года №__

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 088-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Пациенті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының
медициналық бөлігі

20__ жылғы «__» _____ №__

Медицинская часть

индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида

- Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
- ЖСН/ИИН _____
- Туған күні _____ жылы _____
Дата рождения
- Мекенжайы, үй телефоны _____
Адрес, домашний телефон
- ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету) (керекті асты сызылсын)
ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция) (нужно подчеркнуть)
- Мүгедектік санаты (болған кезде) _____
Категория инвалидности (при наличии)
- Оңалту диагнозы _____
Реабилитационный диагноз
- Аурулардың халықаралық жіктемесі (бұдан әрі АХЖ-10) бойынша шифр _____
Шифр по Международной классификации болезней (далее МКБ-10)
- Медициналық оңалтудың кезеңі мен көлемі (керекті асты сызылсын):
Этап и объем медицинской реабилитации (нужно подчеркнуть)
- кезеңі мен көлемі – науқастарды (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі) оңалту үшін, екінші кезең – «Оңалту І А», «Оңалту І Б», үшінші кезең – «Амбулаторлық оңалту ІІ», қосымша кезең – қолдаушы (мүгедектер мен балалар үшін), қайталама (балалар үшін)
(этап и объем - для реабилитации больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) второй этап - «Реабилитация І А», «Реабилитация І Б», третий этап - «Амбулаторная реабилитация ІІ», дополнительный этап – поддерживающая (для инвалидов и детей), повторная (для детей))
- кезеңі мен көлемі – науқастарды (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі) оңалту үшін, екінші кезең – «Оңалту ІІ А», «Оңалту ІІ Б», үшінші кезең – «Амбулаторлық оңалту ІІ», қосымша кезең – қолдаушы (мүгедектер мен балалар үшін), қайталама (балалар үшін)
(этап и объем - для реабилитации больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) второй этап - «Реабилитация ІІ А», «Реабилитация ІІ Б», третий этап - «Амбулаторная реабилитация ІІ», дополнительный этап – поддерживающая (для инвалидов и детей), повторная (для детей))

профессия) (специальность)

14) Оңалту-сараптамалық қорытынды:

Реабилитационно-экспертное заключение:

- басқа бейіндер үшін оңалту болжамы (қолайлы, тиісінше қолайлы, күмәнді, қолайсыз (асты сызылсын); (для других профилей реабилитационный прогноз (благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный (подчеркнуть)));
оңалту әлеуеті: жоғары, қанағаттанарлық төмен, оңалту әлеуетінің болмауы (асты сызылсын); (реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствие реабилитационного потенциала (подчеркнуть));
- оңалту болжамы және оңалту әлеуеті аурулар (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндер) үшін халықаралық критерийлерге сәйкес (для больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями).

№	Бейіндер Профили	Оңалтуға дейін До реабилитации	Оңалтудан кейін После реабилитации	Нәтижелерді бағалау Оценка результатов
1.	Неврология, нейрохирургия Неврология, нейрохирургия			
2.	Кардиология, кардиохирургия Кардиология, кардиохирургия			
3.	Травмотология, ортопедия Травмотология, ортопедия			

17) Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар*

Мероприятия по медицинской реабилитации*

p/c	Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар мен қызметтер Мероприятия и услуги по медицинской реабилитации	Медициналық оңалту мерзімдері Сроки медицинской реабилитации	Орындалғаны туралы белгі (+, -) Отметка об исполнении (+, -)	Орындамау себебінің негіздемесі Обоснование причины невыполнения
		Медициналық оңалту күні, ұзақтығы, жүргізілген ұйым (көрсетілсін) Дата, длительность, организация проведения медицинской реабилитации (указать)		
1.	Дәрі-дәрмекті терапия Медикаментозная терапия Физикалық оңалту Физическая реабилитация Физиотерапия Физиотерапия Психотүзету Психокоррекция Эрготерапия Эрготерапия Әлеуметтік қызметкер консультациясы Консультация социального работника Пациентті оқыту Обучение пациента			
2.	Реконструктивті хирургия Реконструктивная хирургия			
3.	Қосымша қызметтер (енгізу керек)			

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Приложение 15
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2017 года №__

А4 форматы Формат А4		БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы №907 бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 135/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907 _____

Медициналық араласушылықтарды жүргізу кезіндегі
апаттық жағдайларды тіркеу
журналы
Журнал
регистрации аварийных ситуаций
при проведении медицинских манипуляций

Басталды «__» _____ ж.
Начат «__» _____ г.

Аяқталды «__» _____ ж.
Окончен «__» _____ г.



№	Жарақат алған адамның хабарлама берген күні, уақыты Дата, время обращения пострадавшего	Жарақат алған адам жөнінде мағлұмат қабылдаған қызметкер Сотрудник, принявший сообщение, либо пострадавшего (Ф.И.О., должность)	Апаттық жағдай нәтижесінде жарақат алған адам жөнінде мағлұмат Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации					Апаттық жағдай жөнінде мағлұмат Данные об аварийной ситуации		ЖИТС ОЦ хабарламаны жіберушінің аты-тегі немесе жарақат алған адамның өзі келіп қаралуы Кем и когда передано сообщение в ОЦ СПИД, либо обращение самого пострадавшего
			Аты, жөні, тегі (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	ЖСН /ИИН	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы, тел (үй, ұялы) Домашний адрес, тел. (дом., моб.)	Жұмыс орны, лауазымы Место работы должность	Апаттық жағдай болған күні, уақыты Дата, время аварийной ситуации	Апаттық жағдайдың сипаттамасы, жүргізілген шаралар Обстоятельства, что сделано	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Болжалды жұқтыру көзі деректері және оны АИТВ тестілеуден өткізу (апат жағдайынан алдында немесе кейін дереу) Данные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)	Зардап шегушінің (тестілеу хаттамасының нөмірі мен күнін көрсете отырып) АИТВ-ға тестілеу нәтижелері Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего			В және С тексерілгендігі жөнінде, ВГВ егілгендігі Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ	Байланыстан кейінгі алдын алу көрсеткіші Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначения)	Ескерту Примечания
	Апат жағдайында При аварийной ситуации	Бір айдан кейін Через один месяц.	Үш айдан кейін Через три месяца.			
11	12	13	14	15	16	17

АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алуды шарасын өткізуге ақпаратты келісім
бланкі

Бланк
информированного согласия на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции

Мен АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алу шарасына арналған препараттарды: _____ ұсынымдарға негізделген _____ және осы препаратты қабылдауға белгіленген режимін қатаң ұстану қажеттігі туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что препараты: _____ предназначены для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, основанной на рекомендациях _____ и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих препаратов.

Мен химиялық алдын алу шараларының тиімділігі кемінде 100% құрайтыны туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что эффективность химиопрофилактики составляет менее 100%.

Мен препараттардың жанама әсер беретіні туралы, соның ішінде бас ауруы, әлсіздік, жүрек айну, құсу, іш өтуді тудыруы мүмкін екені туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

Мені 28 күнге препараттар қорымен _____ жабдықтайтыны туралы, маған жақын уақытта емдеуші дәрігеріме тексерілуге және емделуге бару керектігі туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что _____ снабдит меня запасом препаратов на 28 дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к моему лечащему врачу для обследования и лечения.

Күні (Дата) _____

Т.А.Ө. (болғаң жағдайда) _____
(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись) _____