

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

Приложение 5  
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 № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 066/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы  
Статистическая карта выбывшего из стационара  
№ \_\_\_\_\_

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған  
емдеуге жатқызу коды  
Код госпитализации, определенный  
Бюро госпитализации

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

- Тегі/Фамилия \_\_\_\_\_  
Аты/Имя \_\_\_\_\_ Әкесінің аты (болған жағдайда) Отчество (при его  
наличии) \_\_\_\_\_
- Туған күні (Дата рождения) / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 3. Жынысы (Пол): ер (муж) -1, әйел (жен) -2  
кх аз жжжж (дд мм тттт)
- Рост \_\_\_\_\_, вес \_\_\_\_\_ Баланың туған кездегі салмағы (Масса ребенка при рождении) \_\_\_\_\_ г, бойы  
(рост) \_\_\_\_\_ см (1-жасқа дейінгі балаларға толтырылады (заполняется на детей до 1 года))
- Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_ 6. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2
- Оралман: 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет)
- ЖСН (ИИН) \_\_\_\_\_
- Медициналық тіркеу нөмірі \_\_\_\_\_  
(Регистрационный медицинский номер)
- Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): область \_\_\_\_\_, ауданы  
(район) \_\_\_\_\_, елді мекені (населенный пункт) \_\_\_\_\_, көшесі (улица) \_\_\_\_\_,  
үйінің (дом) № \_\_\_\_\_, дәтерінің (кв.) № \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_
- ӘАОЖ коды (Код КАТО) \_\_\_\_\_
- Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус):  - қызметкер (служащий),  - жұмыскер (рабочий),  - ауыл  
шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),  - зейнеткер (пенсионер),  - оқушы (учащийся),   
үй шаруасындағы әйел (домохозяйка),  – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом),  
 - табынушы (служитель культа),  - жұмыссыз (безработный),  - басқалар (прочее).

(нужное подчеркнуть).  
15. Жолдаған медициналық ұйымның болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ) коды мен атауы: \_\_\_\_\_  
(Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО): \_\_\_\_\_)

- Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) \_\_\_\_\_  
АХЖ-10 коды (код МКБ-10) \_\_\_\_\_
- Жарақаттың түрі: тұрмыстық, көшедегі, спорттық мектептегі, мектепке дейінгі, жол-көлік, өндірістік (керекті  
астын сызыңыз) \_\_\_\_\_
- Вид травмы: бытовая, уличная, спортивная, школьная, дошкольная, дорожно-транспортная, производственная (нужное  
подчеркнуть)
- Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен атауы (Код и название медицинской организации  
прикрепления, оказывающей ПМП) \_\_\_\_\_
- Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6  
сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7- 24 сағаттың ішінде  
(экстренная в течение 7- 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

20. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного  
заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

21. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), 1 жасқа дейінгі баланы емдетін анамен  
(бар/жоқ)/госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года  
(да/нет)

22. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): \_\_\_\_\_  
АХЖ-10 коды (код по МКБ-10) \_\_\_\_\_

23. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
кх аз жж (дд мм тт) сағаты, миғ (часы, миғ)

24. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки (смерти)) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
кх аз жж (дд мм тт) сағаты, миғ (часы, миғ)

25. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) \_\_\_\_\_

26. Бөлмше (Отделение): \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_  
атауы (наименование)

27. Төсек бейіні (Профиль койки): \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

28. Реанимацияда болдыма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ (нет) күндері (дней) \_\_\_\_\_

29.	Диагноз	АХЖ-10 коды (код по МКБ- 10)	АХЖ-10 бойынша айқындау коды (уточняющий код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		1.	
		2.	
Асқинулары Осложнения			
Ілеспелі ауру 1 Сопутствующее заболевание 1			
Ілеспелі ауру 2 Сопутствующее заболевание 2			

## 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: сызқаттары (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:  еткізілді (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 министрлігінің 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

8) Аурулардың халықаралық жіктелісі (бұдан әрі АХЖ-10) бойынша шифр \_\_\_\_\_  
Шифр по Международной классификации болезней (далее МКБ-10)

9) Медициналық оңалтудың кезеңі мен көлемі (керекті асты сызылсын):  
Этап и объем медицинской реабилитации (нужно подчеркнуть)

10) кезеңі мен көлемі – науқастарды (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі) оңалту үшін, екінші кезең – «Оңалту І 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))

11) қосымша бақылау бойынша науқастарды оңалту үшін екінші кезең (травматология) үшінші кезең

профессия) (специальность)  
14) Оңалту-сараптамалық қорытынды:

Реабилитационно-экспертное заключение:

15) 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)));

16) 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.	Травматология, ортопедия Травматология, 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 причин не выполнения
		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) \_\_\_\_\_