

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
“УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ
ЛІКАРЕМ ОСНОВНОЇ
ОБЛІКОВО – ЗВІТНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ
МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

Методичні рекомендації
для лікарів – інтернів та лікарів – слухачів курсів підвищення кваліфікації закладів
(факультетів) післядипломної освіти зі спеціальності
“Організація і управління охороною здоров'я”

Автори:

проф. Рогач І. М.
доц. Шніцер Р. І.
доц. Погоріляк Р. Ю.
доц. Качала Л. О.

УЖГОРОД - 2011

УДК 614.2:

Методичні рекомендації підготовлені на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету.

Авторський колектив:

- **Рогач І. М.**, доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедрою громадського здоров'я ФПО УжНУ;
- **Шніцер Р. І.**, начальник управління охорони здоров'я Закарпатської ОДА, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри медицини катастроф та невідкладних станів (з курсом цивільної оборони);
- **Погоріляк Р. Ю.**, кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я ФПО УжНУ;
- **Качала Л. О.**, кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я ФПО УжНУ.

*Рекомендовано до друку Вченою радою
факультету післядипломної освіти УжНУ,
протокол № 3 від 20 жовтня 2011 р.*

Рецензенти:

Товт – Коршинська М. І. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою фтизіатрії з курсами інфекційних хвороб та дерматовенерології.

Готько Є. С. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою променевих методів діагностики, клінічної онкології, анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів.

ЗМІСТ

Передмова.....	4
Розділ I. Основні облікові документи, котрі регламентують діяльність лікаря та медичного закладу в контексті демографічних процесів.....	5
Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о).....	5
Лікарське свідоцтво про перинатальну смертність (ф. № 106 – 2 / о).....	9
Лікарське свідоцтво про смерть (ф. № 106 / о).....	17
Розділ II. Основні облікові документи, котрі регламентують діяльність лікаря первинного рівня.....	27
Медична карта амбулаторного хворого (ф. № 025 / о).....	27
Індивідуальна вагітної та породіллі (ф. № 111 / о).....	33
Обмінна карта пологового будинку (ф. № 113 / о).....	35
Історія розвитку дитини (ф. № 112 / о).....	39
Медична карта дитини (ф. 026 / о).....	42
Статистичний талон заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025 – 2 / о).....	46
Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025 – 6 / о).....	51

ПЕРЕДМОВА

У методичних рекомендаціях поданий навчально – методичний матеріал для підготовки та проведення практичних занять із “Організації та управління охорони здоров’я” для лікарів – інтернів та лікарів – слухачів курсів підвищення кваліфікації закладів післядипломної освіти.

Структура навчального посібника містить теми практичних занять щодо методології ведення та аналізу лікарем основної обліково – звітної методичної документації медичного закладу. Крім того, навчальний посібник містить перелік основних статистичних показників та тестові питання по даній тематиці.

Методичні рекомендації будуть корисними для інтернів та керівників органів / закладів системи охорони здоров’я та практикуючих лікарів різних рівнів управління тощо.

ОСНОВНІ
ОБЛКОВІ ДОКУМЕНТИ, КОТРИ РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ДІЯЛЬНІСТЬ
ЛІКАРЯ ТА МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ В КОНТЕКСТІ ДЕМОГРАФІЧНИХ
ПРОЦЕСІВ

МЕДИЧНЕ СВІДОЦТВО ПРО НАРОДЖЕННЯ
(ф. № 103/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
за № 545 від 08.08.2006року
Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
"25" жовтня 2006року за № 1152/13026

ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення та видачі Медичного свідоцтва про народження
(ф. № 103/о)

Інструкція обов'язкова для всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності.

1. Загальні положення

1.1. Для забезпечення реєстрації народження дитини в органах реєстрації актів цивільного стану заклад охорони здоров'я видає "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о).

1.2. Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о) видається будь-кому з батьків або іншим особам, які провадитимуть реєстрацію народження дитини, усіма закладами охорони здоров'я, де приймаються пологи.

У разі народження дитини поза закладом охорони здоров'я при реєстрації в органах реєстрації актів цивільного стану факт народження дитини підтверджується Медичною довідкою про перебування дитини під наглядом лікувального закладу (ф. № 103-1/о) та двома свідками.

1.3. При багатоплідних пологах медичне свідоцтво про народження заповнюється на кожну дитину окремо.

1.4. Перший примірник Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) видається будь-кому із батьків або іншим особам, які будуть провадити реєстрацію народження дитини, другий примірник Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) залишається в закладі охорони здоров'я.

У разі смерті дитини в період 0-6 діб після народження заповнюється Медичне свідоцтво про народження дитини (ф. № 103/о) та Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о). У разі мертвонародження видається Медичне свідоцтво про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о), а Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о) не видається.

У разі, якщо була знайдена померла дитина віком 0-6 діб, для реєстрації її народження в органах реєстрації актів цивільного стану Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о) видає лікувально-профілактичний заклад, на території якого розташоване бюро судово-медичної експертизи. Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о) видається на підставі довільної форми Повідомлення про знайдену дитину (письмово чи телефонограмою), яке скеровує бюро судово-медичної експертизи на ім'я головного лікаря лікувально-профілактичного закладу. Судово-медичний експерт видає в такому випадку лише Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о).

1.5. Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я забезпечує контроль за правильним заповненням і своєчасною видачею Медичних свідоцтв про народження (ф. № 103/о).

1.6. У разі втрати Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) видається нове Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о) з поміткою "дублікат". Дублікат Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) видається на підставі письмової заяви особи, яка отримала

оригінал Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о), або іншої особи, яка проводитиме реєстрацію дитини. Дублікат Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) заповнюється у двох примірниках, номери яких мають бути ідентичними.

Другий примірник дублікату Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) та заява про його отримання залишаються в закладі охорони здоров'я.

1.7. Неправильно заповнені примірники Медичних свідоцтв про народження (ф. № 103/о) закреслюються і залишаються в книзі. На бланку такого Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) робиться запис "анульовано".

2. Порядок заповнення Медичних свідоцтв про народження (ф. № 103/о)

1.8. Бланки Медичних свідоцтв про народження (ф. № 103/о) брошуруються і у вигляді книги зберігаються в головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я або його заступника.

1.9. При заповненні бланка Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) підпорядкування медичного закладу зазначається у відповідності до відомчої підпорядкованості.

1.10. Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о) заповнюється у 2 примірниках формату А5 кульковою ручкою розбірливим почерком.

1.11. У верхньому кутку бланку Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) на місці штампа обов'язково проставляється ідентифікаційний код ЄДРПОУ медичного закладу охорони здоров'я.

1.12. Медичні свідоцтва про народження (ф. № 103/о) нумеруються шляхом зазначення порядкового номера свідоцтва. номери на обох примірниках Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) мають бути ідентичними.

1.13. У Медичному свідоцтві про народження (ф. № 103/о) лікар (фельдшер, акушерка) записує повне найменування медичного закладу, його місцезнаходження, прізвище, ім'я, по батькові лікаря (фельдшера, акушерки), де відбулися пологи.

1.14. Особа, яка заповнює Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о), вписує прізвище, ім'я, по батькові матері дитини та місце її проживання, місце народження дитини, докладно дату народження (рік, місяць, число, година), стать, вагу дитини.

1.15. Записи в обох примірниках Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) мають бути ідентичними.

1.16. До Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я уведені пункти 1-9 розділу II.

1.17. Ці відомості заповнюються на підставі документів, що використовуються в закладах охорони здоров'я, а саме: Історії пологів (ф. № 096/о), Карти розвитку новонародженого (ф. № 097/о).

1.18. Якщо батьки належать до осіб, котрі постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, у пункті 10 розділу II Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) для кожного з батьків треба вказати категорію та серію посвідчення. У разі непричетності одного з батьків до осіб, що постраждали від Чорнобильської катастрофи, у пункті 10 Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) робиться замітка "не постраждав". Категорія та серія визначена в посвідченні згідно із Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

1.19. Запис про видачу Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) із зазначенням його номера і дати видачі повинні бути зроблений в Kartі розвитку новонародженого (ф. № 097/о), Aktі судово-медичного дослідження (обстеження) (ф. № 171/о).

1.20. Своім підписом на бланку Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) мати дає згоду на використання інформації щодо її медичних даних. У разі її відмови II частина Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) не заповнюється. В такому разі на бланку Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) робиться відмітка "не згодна".

1.21. Медичне свідоцтво про народження (ф. № 103/о) засвідчується підписом лікаря (фельдшера, акушерки), одержувача та круглою печаткою закладу, де приймали пологи.

ПРОГРАМОВАНІЙ контроль знань щодо правил заповнення та видачі Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о)

1. У медичних закладах яких форм власності оформляється лікарями "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о)?

- державних;
- комунальних;
- приватних;
- медичних закладах, створених спільно з іноземним капіталом;
- *- всіх форм власності, де приймаються пологи.

2. Назвіть документ, який видається в закладах охорони здоров'я для забезпечення реєстрації народження дитини в органах РАЦС?

- *- "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о);
- "Екстренне повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення" (ф. № 058/о);
- "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 103/о).

3. Кому видається в закладу охорони здоров'я, де відбулися пологи, "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о)?

- *- будь-кому з батьків;
- представникам органів РАЦС;
- *- іншим особам, які проводитимуть реєстрацію народження дитини;
- уповноваженим працівникам медичного закладу, де відбулися пологи.

4. Якими документами при реєстрації в органах РАЦС підтверджується народження дитини поза закладом охорони здоров'я?

- *- Медичною довідкою про перебування дитини під наглядом лікувального закладу (ф. № 103/о);
- записами в Медичній карті амбулаторного хворого (ф. № 025/о)
- *- двома свідками;
- даними з Історії пологів (ф. № 096/о);
- *- Медичним свідоцтвом про народження (ф. № 103/о).

5. Розкрийте порядок заповнення "Медичного свідоцтва про народження" (ф. № 103/о) при багатоплідних пологах?

- одне Свідоцтво на всіх народжених дітей при багатоплідних пологах;
- замість Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) видається Довідка довільної форми;
- *- на кожну новонароджену дитину окремо.

6. У скількох примірниках видається "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о) при народженні дитини?

- в одному примірнику;
- *- в двох примірниках;
- видається в одному примірнику + Довідка встановленої форми;

7. Документи якого змісту видаються медичним закладом у разі смерті дитини в період 0-6 днів після народження?

- * - "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о);
- * - "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о);
- "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о);
- "Фельдшерська довідка про смерть" (ф. № 106-І/о).

8. У разі мертвонародження медичним закладом видається:

- "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о); "
- *- "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о);
- "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о);
- "Фельдшерська довідка про смерть" (ф. № 106-1/о).

9. Ким і на підставі чого видається "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о) у ситуації, коли була знайдена померла дитина віком 0-6 діб?

- *- медичним закладом, на території якого розташоване бюро судово-медичної експертизи;
- *- довільної форми повідомлення про знайдену дитину, яке скеровує письмово/телефонограмою бюро судово-медичної експертизи на ім'я головного лікаря медичного закладу;
- бюро судово-медичної експертизи;
- акту правоохоронних органів, котрі оглянули місце, де віднайшли померлу дитину.

10. Який документ видає бюро судово-медичної експертизи, у ситуації, коли була знайдена померла дитина віком 0-6 діб?

- "Медичне свідоцтво про народження" (ф. № 103/о);
- *- "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о);
- "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о);

11. Яким чином поступають у разі втрати Медичного свідоцтва про народження" (ф. № 103/о)?

- *- письмова заява особи, яка отримала оригінал чи проводитиме реєстрацію дитини;
- *- дублікат Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о).

12. Які пункти розділу II уведенні до Медичного свідоцтва про народження" (ф. № 103/о) згідно рекомендацій ВООЗ?

- *- пункти 1-9;
- пункт 10;
- пункти 11-25.

13. На якій підставі заповнюються відомості у пунктах 1-9 розділу II Медичного свідоцтва про народження" (ф. № 103/о)?

- Історії пологів (ф. № 096/о);
- Карти розвитку новонародженого (ф. № 097/о);
- * - офіційної згоди матері.

14. В яких медичних документах робиться запис про видачу Медичного свідоцтва про народження" (ф. № 103/о) із зазначенням його номера і дати видачі?

- Історії пологів (ф. № 096/о);
- * - Карти розвитку новонародженого (ф. № 097/о);
- * - Акти судово-медичного дослідження (обстеження) (ф. № 17 I/о);
- Медичної карти дитини (ф. № 026/о).

ПЕРЕЛІК

основних статистичних показників та формули їх математичних розрахунків, котрі отримують з даними Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о)

1. Загальний показник народжуваності

$$\frac{\text{Кількість дітей, котрі народилися живими протягом року}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \times 1000$$

2. Спеціальний показник народжуваності (фертильності, плодовитості)

$$\frac{\text{Кількість дітей, котрі народилися живими за рік}}{\text{Чисельність жінок віком 15-49 років}} \times 1000$$

3. Повікові показники народжуваності

Число дітей, котрі народилися живими у жінок у віці 20 - 29 років
Чисельність жінок у віці 20 - 29 років x 1000

4. Показник шлюбної народжуваності (плодовитості)

Число дітей, котрі народилися живими у жінок, котрі знаходяться у шлюбі
Чисельність жінок у віці 15-49 років x 1000

5. Показник структури новонароджених дітей в залежності від терміну вагітності (доношені, недоношені, переношені)

Кількість дітей, котрі народились доношеними
Загальної кількості дітей, котрі народились x 1000

6. Показник частки багатоплідних пологів

Кількість вагітностей, котрі закінчились багатоплідними пологами
Загальної кількості дітей, котрі народились x 1000

7. Показник частки дітей, котрі народились поза шлюбом

Кількість дітей, котрі народились, батьки яких не є в шлюбі
Загальної кількості дітей, котрі народились x 1000

ЛІКАРСЬКЕ СВДОЦТВО ПРО ПЕРИНАТАЛЬНУ СМЕРТЬ (ф. № 106-2/о)

*ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
за № 545 від 08.08.2006року
зарєєстровано в Міністерстві юстиції України
"25" жовтня 2006року за №1152/13026*

ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення і реєстрації Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о)

Інструкція обов'язкова для всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності, бюро судово-медичної експертизи, патолого-анатомічних бюро.

1. Загальні положення

1.1. Для забезпечення реєстрації смерті в перинагальному періоді та мертвонародження закладом охорони здоров'я видається "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о).

1.2. Повідомлення в органи реєстрації актів цивільного стану про мертвонародження, про народження та смерть дитини, яка померла на першому тижні життя, покладається на головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я, де перебувала мати під час пологів або помер новонароджений:

а) на заклад, лікарі якого надавали медичну допомогу при пологах удома або установили смерть новонародженого вдома;

б) на керівника бюро судово-медичної експертизи - у разі встановлен ня факту смерті дитини поза лікувальним закладом (на вулиці, удома, коли медичного нагляду не було та іншому місці).

2. Порядок видачі Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф.№106-2/о)

2.1. "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) заповнюється та

видається такими закладами охорони здоров'я: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, лікарнями швидкої медичної допомоги, пологовими будинками, бюро судово-медичної експертизи, патологоанато-мічними бюро на кожний випадок мертвонародження або смерті дитини на першому тижні життя (0-6 діб або 168 годин після народження).

2.2. У разі смерті дітей (плодів) при багатоплідних пологах, "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) заповнюється на кожну дитину (плід) окремо.

2.3. У всіх випадках перинатальної смерті дитини (плоду) в стаціонарі, удома або в іншому місці для встановлення причини смерті дитини (плоду) проводиться патолого-анатомічний розтин чи судово-медичне дослідження.

2.4. "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) заповнюється лікарем патолого-анатомом у день розтину, тоді як клінічні дані про патологію матері дитини (плоду) під час вагітності і пологів беруться з медичної документації: Історії пологів (ф. № 096/о), Карти розвитку новонародженого (ф. № 09116).

Якщо дитина народилася поза лікувальним закладом, без надання медичної допомоги, у випадку її смерті на першому тижні життя, розтин проводить судово-медичний експерт, який саме і заповнює "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о).

2.5. Забороняється заповнювати "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) заочно, без особистого встановлення факту смерті та розтину.

2.6. Реєстрація в органах реєстрації актів цивільного стану мертвона-роджених і дітей, які померли в перші 0-6 діб після народження, проводиться закладом охорони здоров'я, у якому народився мертвонароджений, помер новонароджений.

При пологах, які приймалися вдома, реєстрація новонародженого проводиться закладом охорони здоров'я медичним працівником який приймав пологи або констатував смерть новонародженого; у випадку, коли була знайдена мертва дитина віком 0-6 діб - бюро судово-медичної експертизи.

Мертвонароджений реєструється в органах реєстрації актів цивільного стану на підставі Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о). Дитина, яка померла на 1-му тижні життя, повинна бути зареєстрована в органах реєстрації актів цивільного стану як новонароджена на підставі Медичного свідоцтва про народження (ф. № Ю3/о), потім, коли померла - на підставі Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о).

У разі, коли проводиться розтин у централізованому патолого-анатомічному відділенні, місцеві органи охорони здоров'я спеціальним розпорядженням установлюють порядок передачі Лікарських свідоцтв про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о), заповнених лікарями вказаних відділень, у заклади охорони здоров'я, звідки були доставлені померлі (мертвонароджені), для того, щоб останні забезпечили їх реєстрацію в органах реєстрації актів цивільного стану.

Поховання трупів мертвонароджених і дітей, які вмерли на першому тижні життя, проводиться батьками або родичами дитини після реєстрації закладом охорони здоров'я її смерті (мертвонародження) в органах реєстрації актів цивільного стану. При відмові батьків провести поховання дитини, яка вмерла в перинатальному періоді (мертвонародженої), поховання проводиться закладом охорони здоров'я

2.7. "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) може бути подано в органи реєстрації актів цивільного стану з позначкою "остаточне", "попереднє", "замість попереднього", "замість остаточного". "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) з поміткою 'попереднє' видається в тих випадках, коли для встановлення чи уточнення причини смерті потрібно провести додаткові дослідження. Воно заповнюється у двох примірниках, номери яких мають бути ідентичними, нове лікарське свідоцтво про перинатальну смерть з поміткою "замість попереднього", перший примірник якого пересилається закладами охорони здоров'я безпосередньо у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення "попереднього" Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о). Другий примірник Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) залишається в закладі охорони здоров'я.

Якщо було видано "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) з поміткою "остаточне", але виявилась помилка, заповнюється нове "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) взамін остаточного Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) № ..." теж у двох примірниках, і перший примірник направляється закладами охорони здоров'я у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення "остаточного" лікарського свідоцтва. Другий Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) - залишається в закладі охорони здоров'я.

2.8. Неправильно заповнені обидва примірники Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) перекреслюються, робиться запис "анульовано", і примірники залишаються в закладі охорони здоров'я.

2.9. Номер Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) і причина смерті, які записані в Лікарському свідоцтві про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о), повинні бути вказані в Kartі розвитку новонародженого (ф. № 097/о), Акті судово-медичного дослідження (обстеження) (ф. № 17I/о), а у разі мертвородження - в Історії пологів (ф. № 096/о).

У цих самих медичних документах повинно бути зазначено, якими органами реєстрації актів цивільного стану проведена реєстрація народження, смерті, з зазначенням дати реєстрації та номера відповідного актового запису.

2.10. Головний лікар закладу призначає лікаря, який відповідає за якість заповнення Лікарських свідоцтв про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о). У разі виявлення дефектів він зобов'язаний:

а) уточнити дані з лікарем, який видав "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) за первинною медичною документацією і забезпечити правильне заповнення остаточного "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о), перший примірник якого скеровується в органи статистики протягом 27 днів;

б) забезпечити розгляд неправильно заповнених Лікарських свідоцтв про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) на лікарських конференціях, нарадах;

в) лікар, який відповідає за якість заповнення Лікарських свідоцтв про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о), не має права самостійно вносити зміни та доповнення до них.

3. Порядок заповнення Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о)

3.1. "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) заповнюється у двох примірниках формату А 4 з обох боків.

3.2. Бланки Лікарських свідоцтв про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) брошуруються і у вигляді книги зберігаються у головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я.

3.3. При заповненні бланка Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) підпорядкування медичного закладу зазначається у відповідності до відомчої підпорядкованості.

3.4. У верхньому кутку штампа обов'язково проставляється ідентифікаційний код ЄДРПОУ закладу охорони здоров'я.

3.5. "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) нумеруються шляхом зазначення порядкового номера свідоцтва. Нумери на обох примірниках Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) мають бути ідентичними.

3.6. Заповнення Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) провадиться шляхом вписання необхідних відомостей, підкреслювання відповідних позначень та заповнення вічок.

3.7. "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) заповнюється кульковою ручкою розбірливим почерком. Запис в обох примірниках Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) має бути ідентичним.

3.8. Перший примірник заповненого Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф.

№ 106-2/о) для реєстрації смерті новонародженого та для реєстрації мертвонародження передається в органи реєстрації актів цивільного стану. Другий примірник Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) залишається в закладі охорони здоров'я.

3.9. На Лікарському свідоцтві про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) робиться відмітка про характер свідоцтва: "остаточне", "попереднє", "замість попереднього", "замість остаточного".

3.10. Слід заповнювати всі пункти Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о), за відсутності тих чи інших відомостей слід записати "невідомо", "не визначено".

Обов'язково у Лікарському свідоцтві про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) вказується, чи народилася жива дитина, чи мертвонароджений. Якщо дитина народилася живою, обов'язково зазначається її стать.

Пункт 21 Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) передбачає запис як причини смерті дитини (плоду), так і патології з боку материнського організму, яка несприятливо вплинула на плід.

Запис причини смерті дитини (мертвонародженого) проводиться в п'яти розділах пункту 21 Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о), зазначених буквами від "а" до "г".

У рядок "а" вносять основне захворювання або патологічний стан новонародженого (плода), які обумовили смерть; в рядок "б" - інші захворювання або патологічні стани в дитини, які сприяли смерті; у рядок "в" - основне захворювання (або стан) матері, яке виявило найбільш несприятливу дію на новонародженого (плід); в рядок "г" записують інші захворювання матері (або стан матері, посліду), які могли сприяти смерті дитини (плоду). У рядок "а" і "в" записується тільки одне захворювання. Якщо неможливо встановити захворювання (стан) матері або стан посліду, які могли б виявляти несприятливу дію на дитину (плід), слід записати в рядки "в" і "г" - "невідомі", "не встановлені".

Рядок "г" передбачений для констатації обставин, які призвели до смерті, але не можуть бути кваліфіковані як хвороба або патологічний стан матері або дитини. У цьому рядку можуть бути записані дані про операції, оперативну допомогу, здійснені з метою розродження.

При смерті від сторонньої причини в рядку "а" наводиться безпосередня причина смерті дитини. У рядку "в" - обставини, які обумовили безпосередню причину смерті дитини.

У пунктах "а" і "в" використовують тільки один код, а для кодування захворювань та станів, записаних у пунктах "б" і "г", слід використовувати стільки кодів, скільки вказано станів у Лікарському свідоцтві про перинатальну смерть (ф. № Юб-2/о).

Приклад:

- | | |
|--|-------|
| а) Внутрішньошлунковий крововилив у наслідок гіпоксії 2-го ступеня | P52.1 |
| б) Респіраторний дистрес - синдром | P22.0 |
| в) Недостатність плаценти | P02.2 |
| г) Бактеріурія при вагітності | P00.1 |
| г) Пологи шляхом кесарева розтину на 34-му тижні вагітності | |

У кожний рядок Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) записується тільки одне захворювання або патологічний стан.

3.11. Якщо батьки належать до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, потрібно в пункті 23 Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) зазначити окремо для матері та батька категорію та серію посвідчення.

Категорія та серія посвідчення встановлена згідно із Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

У разі непричетності матері чи батька до осіб, що постраждали від Чорнобильської катастрофи, потрібно записати в пункті 23 Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) "не постраждав".

3.12. Записи в обох бланках Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) повинні бути ідентичними. Лікарське свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) підписується лікарем, який особисто його заповнив, та засвідчується круглою печаткою закладу.

3.13. Своїм підписом на бланку Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) мати дає згоду на використання інформації щодо її медичних даних. У разі її відмови пункти 12, 13, 14, 15 та підпункти в, г пункту 21 Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) не заповнюються. В такому випадку на бланку Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) робиться відмітка "не згідна".

Одночасно при видачі Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) лікар заповнює Довідку про причину смерті (до ф. № 106-2/о) в одному примірнику і видає батькам або іншим особам для поховання, у разі якщо ними проводиться поховання дитини. Номери Довідки про причину смерті (до ф. № 106-2/о) і Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) мають бути ідентичними. "Довідка про причину смерті" (до ф. № 106-2/о) засвідчується круглою печаткою медичного закладу.

ПРОГРАМОВАНІЙ **контроль знань щодо правил заповнення та видачі** **Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о)**

1. В яких медичних закладах системи охорони здоров'я видається "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о)?

- * - в усіх лікувально-профілактичних закладах незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності; - санаторно-курортних закладах;
- * - лікарнях, амбулаторно-профілактичних закладах, лікарнях швидкої медичної допомоги, пологовими будинками;
- * - бюро судово-медичної експертизи;
 - структурних підрозділах державної санітарно-епідеміологічної служби;
- * - паталого-анатомічним бюро;
 - центрах здоров'я .

2. На яку категорію померлого населення видається "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о)?

- у випадку смерті дитини у віці від 28 діб до одного року;
- на померлих у віці від 7 діб до 28 діб;
- * - на кожний випадок мертвонародження;
- * - на смерть дитини у віці 0-6 діб або 168 годин після народження.

3. Метою видачі Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) є:

- констатація смерті дитини лікарем в перинатальному періоді;
- * - забезпечення реєстрації смерті дитини в перинатальному періоді та мертвонародження закладом охорони здоров'я в органах РАЦС;
- свідчення лікарем про завершення життя дитини в перинатальному періоді.

4. В який спосіб поступають з оформленням Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) у разі смерті дітей (плодів) при багатоплідних пологах?

- видається одне при багатоплідних пологах;
- * - видається на кожну дитину (плід) окремо.

5. Хто з лікарів видає "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/О)?

- * - лікар паталогоанатом у день розтину;

- лікар акушер-гінеколог, де приймалися пологи;
- * - судово-медичний експерт;
- лікар-педіатр за місцем проживання батьків померлої дитини;
- сімейний лікар.

6. В яких випадках забороняється заповнювати "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть"(ф. № 106-2/о)?

- * - заочно;
- за заключенням судово-медичного експерта;
- * - без особистого встановлення факту смерті;
- за постановою паталого-анатомічного бюро;
- * - при відсутності розтину.

7. В яких випадках не проводиться розтин тіла дитини, котра померла в перинатальному періоді?

- у випадку смерті дитини поза межами медичного закладу;
- коли смерть дитини наступила дома;
- у разі смерті дитини внаслідок захворювання;
- * - розтин тіла дитини проводиться в усіх випадках перинатальної смерті;
- у випадку мертвонародження.

8. Які документи необхідні для реєстрації в органах РАЦС померлої дитини на першому тижні життя?

- * - Медичне свідоцтво про народження (ф. № 106-2/о);
- * - Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о);
- Лікарське свідоцтво про смерть (ф. № 106/о);
- Історія пологів (ф. № 096/о);
- Карта розвитку новонародженого (ф. № 097/о).

9. У якому випадку реєстрацію в органах РАЦС дітей, котрі померли в перинатальному періоді проводить бюро судово-медичної експертизи?

- у випадку смерті дитини в стаціонарі лікарні;
- * - коли була знайдена мертва дитина у віці 0-6 діб;
- не проводиться в жодному випадку;
- * - коли народжена поза медичним закладом дитина померла на першому тижні життя.

10. З якими позначками видається "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) для реєстрації в органах РАЦС?

- * - "остаточне";
- * - "попереднє";
- * - "замість попереднього";
- * - "замість остаточного";

11. "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть" (ф. № 106-2/о) з позначкою "попереднє" видається у випадку:

- виявлення помилки;
- вирати оригіналу даного документа;
- * - необхідності проведення додаткових досліджень для уточнення причини смерті;

12. В яких медичних документах вказується номер Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) і причина смерті?

- * - Карті розвитку новонародженого (ф. № 097/о);
- * - Акті судово-медичного дослідження (обстеження) (ф. № 171/о);
- * - Історії пологів (ф. № 096/о);

- Медичній карті амбулаторного хворого (ф. № 025/о);
- Медичній картці стаціонарного хворого" (ф. № 003/о).

13. У яких медичних документах зазначається, якими органами РАЦС проведена реєстрація народження, смерті, а також дата реєстрації та номер відповідного актового запису?

- * - Карті розвитку новонародженого (ф. № 097/о);
- * - Акті судово-медичного дослідження (обстеження) (ф. № 171/о);
- * - Історії пологів (ф. № 096/о);
- Медичній карті амбулаторного хворого (ф. № 025/о);
- Медичній картці стаціонарного хворого" (ф. № 003/о).

14. Словосполучення якого змісту проставляється в Лікарському свідоцтві про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о) за відсутності тих чи інших відомостей?

- * - "не відомо";
- * - "не визначено";
- * - "не постраждав";
- "дані відсутні";
- * - "не згідна";
- * - "не встановлені".

15. Інформація якого змісту записується у пункті 21 Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о)?

- * - про причини смерті дитини (плоду);
- * - про патологію збоку матері, яка несприятливо вплинула на плід;
- про термін вагітності, коли народилась дитина чи мертвонароджена;
- про місце смерті дитини чи мертвонародження;

16. Інформацію якого змісту вносять у рядок "а" пункту 21 Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о)?

- * - основне захворювання чи патологічний стан новонародженого (плода), що обумовило смерть;
- інші захворювання, патологічні стани в дитини, що сприяли смерті;
- основне захворювання (стан) матері, яке виявило найбільш несприятливу дію на новонародженого (плід);
- інші захворювання матері (або стани матері, посліду), що могли сприяти смерті дитини (плоду).

17. Які рядки пункту 21 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106-2/о) кодуються у відповідності до МКХ-10?

- * - "а" і "б";
- * - "б" і "г";
- "г".

18. З якою метою видається батькам або іншим особам "Довідка про причину смерті" (до ф. № 106-2/о)?

- * - з метою поховання дитини (мертвонародженого);
- з метою реєстрації дитини (мертвонародженого) в органах РАЦС;
- з метою отримання матеріальної допомоги від держави і за народження дитини.

ПЕРЕЛІК

основних статистичних показників та формули їх математичних розрахунків, котрі отримуємо згідно даних Лікарського свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о)

1. Показник смертності немовлят за методикою ВООЗ:

$$\frac{\text{Кількість померлих віком до 1 року з покоління поточного року}}{\text{Кількість дітей, що народилися живими в поточному році}} \times 1000$$

$$\frac{\text{Кількість померлих віком до 1 року з покоління минулого року}}{\text{Кількість дітей, що народилися живими в минулому році}} \times 1000$$

2. Показник рівня неонатальної смертності серед новонароджених дітей

$$\frac{\text{Кількість дітей, що померли протягом перших 28 повних днів життя}}{\text{Кількість дітей, що народилися живими в поточному році}} \times 1000$$

3. Показник рівня ранньої неонатальної смертності серед новонароджених дітей:

$$\frac{\text{Кількість дітей, що померли протягом перших 7 днів (168 годин життя)}}{\text{Кількість дітей, що народилися живими в поточному році}} \times 1000$$

4. Показник рівня постнеонатальної смертності серед новонароджених дітей:

Число дітей, що померли у віці 29 днів -12 місяців			x 1000
Число дітей, що народилися живими в поточному році	-	Число дітей, що померли на першому місяці життя	

5. Показник рівня перинатальної смертності серед новонароджених дітей:

Число дітей, що народилися мертвими в період з 28 тижня вагітності	+	Число дітей, котрі народилися і померли протягом перших 7 днів життя	x 1000
Число дітей, що народилися живими та мертвими			

6. Показник структури причин перинатальної смертності

$$\frac{\text{Число померлих дітей з окремої причини протягом перших семи днів (168 годин) життя}}{\text{Кількість усіх дітей, що померли на першому тижні життя}} \times 100 \%$$

Кількість усіх дітей, що померли на першому тижні життя x 100 %

7. Показник перинатальної смертності з окремих захворювань

$$\frac{\text{Число новонароджених дітей, котрі померли протягом перших семи днів (168 годин) життя від окремого захворювання}}{\text{Кількість дітей, котрі народилися живими}} \times 1000$$

8. Показник рівня перинатальної смертності в залежності від місця проживання

Число померлих дітей протягом перших 7 днів (168 годин) життя із сільської місцевості	x 1000
Загальна кількість померлих дітей протягом перших 7 днів (168 годин) життя	

9. Показник рівня мертвонароджуваності

Кількість мертвонароджених	x 1000
Число дітей, котрі народилися мертвими і живими	

10. Показник рівня смертності немовлят від окремих захворювань (за поточний рік):

Кількість дітей віком до 1 року, що померли від окремого захворювання	x 1000
Кількість дітей, що народилися живими	

11. Показник структура причин смертності немовлят:

Кількість дітей у віці до 1 року, які померли від окремої причини	x 100
Кількість усіх дітей, що померли на першому році життя	

**ЛІКАРСЬКЕ СВІДОЦТВО ПРО
СМЕРТЬ
(ф. № 106/о)**

*ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
за № 545 від 08.08.2006року
Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
"25" жовтня 2006року за № 1152/13026*

**ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення та видачі Лікарського свідоцтва про смерть
(ф. № 106/о)**

Інструкція обов'язкова для всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності, бюро судово-медичної експертизи, патолого-анатомічних бюро.

1. Загальні положення

1.1. Для забезпечення реєстрації смерті в органах реєстрації актів цивільного стану закладом охорони здоров'я видається "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о).

1.2. "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) видається такими закладами охорони здоров'я: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, диспансерами, пологовими будинками, санаторіями, патолого-анато-мічними бюро, бюро судово-медичної експертизи.

1.3. У містах, селищах міського типу, населених пунктах сільської місцевості в закладах охорони здоров'я, у яких працюють не менше двох лікарів, видаються тільки Лікарські свідоцтва про смерть (ф. № 106/о). У сільських населених пунктах у закладах охорони здоров'я, де працює тільки один лікар, у разі його відсутності (хвороба, відпустка і таке інше), фельдшером видається "Фельдшерська довідка про смерть" (ф. № 106-1/о).

У випадках смерті дітей у віці 0-6 діб та мертвонародження закладами охорони здоров'я заповнюються Лікарські свідоцтва про перинатальну смерть (ф. № 106-2/о). "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) у цих випадках не видається.

2. Порядок видачі Лікарського свідоцтва про смерть(ф. № 106/о)

2.1. Перший примірник Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) видається родичам померлого чи іншим особам, які зобов'язалися поховати померлого, другий примірник лікарського свідоцтва про смерть залишається в закладі охорони здоров'я. Видача трупа без Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) забороняється. У разі поховання померлого закладом охорони здоров'я - останній обов'язково заповнює "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) і передає його в органи реєстрації актів цивільного стану не пізніше трьох діб з дня смерті.

У разі загублення Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) видається нове "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) з поміткою "дублікат" на підставі письмової заяви особи, яка отримала оригінал, або іншої особи, яка зобов'язалася поховати померлого. Дублікат Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) заповнюється у двох примірниках, номери яких повинні бути ідентичними. Перший примірник дублікату Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) видається родичам померлого або особі, які зобов'язалася поховати померлого, другий примірник - разом із заявою про його отримання залишається в закладі охорони здоров'я.

2.2. "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) видається лікарем медичного закладу, що лікував померлого, на підставі спостережень за хворим і записів у медичній документації, які відображали стан хворого до його смерті або лікарем патолого-анатомом на

підставі вивчення медичної документації і результату розтину.

2.3. У разі, якщо смерть настала внаслідок дії зовнішніх факторів (травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруень тощо), після штучного абортів, проведеного поза межами медичного закладу, смерті на виробництві, при раптовій смерті дітей першого року життя та інших осіб, які не перебували під медичним наглядом, померлих, особа яких не встановлена, а також у тих випадках, коли є підозра на насильницьку смерть, "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) видається судово-медичним експертом після розтину.

2.4. Забороняється видача Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) заочно, без особистого встановлення лікарем факту смерті. У виняткових випадках "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) може бути видано лікарем, який встановив смерть тільки на підставі огляду трупа (при відсутності ознак або підозри на насильницьку смерть) та даних медичної документації про наявність у померлого при житті хвороб, які в своєму перебігу могли призвести до настання смерті.

Лікар-патолого-анатом, як правило, видає "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) на підставі розтину трупів.

Патолого-анатомічне дослідження може не призначатися у випадках, передбачених статтею 6 Закону України "Про поховання та похоронну справу". У цих випадках "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) видається лікарем, під наглядом якого був померлий.

2.5. Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я забезпечує контроль за достовірністю заповнення Лікарських свідоцтв про смерть (ф. № 106/о), своєчасну їх видачу родичам померлого та особам, які мають право на його отримання, передачу його в органи реєстрації актів цивільного стану у випадках поховання померлого закладом охорони здоров'я.

2.6. "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) видається обов'язково з поміткою "остаточне", "попереднє", "замість попереднього", "замість остаточного".

"Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) з поміткою "попереднє" видається в тих випадках, коли для встановлення чи уточнення причини смерті потрібно провести додаткові дослідження. Після уточнення причини смерті заповнюється нове "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) з поміткою "замість попереднього" також у двох примірниках, номери яких мають бути ідентичними. Перший примірник Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) пересилається закладом охорони здоров'я безпосередньо у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення "попереднього" Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о). Другий примірник - залишається в закладах охорони здоров'я.

Якщо було видано "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) з поміткою "остаточне" та була виявлена помилка в записі діагнозу, необхідно заповнити нове "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) у двох примірниках "замість остаточного Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) №___", перший примірник якого заклади охорони здоров'я направляють у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення "остаточного" Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о), тоді як другий примірник - залишається в закладі охорони здоров'я.

На підставі письмової заяви дозволяється видача другого примірника Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о), яке було заповнено з поміткою "замість попереднього", родичам померлого в разі звернення їх у заклади охорони здоров'я протягом одного року після його смерті, якщо були додаткові дослідження для уточнення причини смерті. В інших випадках повторно "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) родичам не видається.

2.7. Неправильно заповнені примірники Лікарських свідоцтв про смерть (ф. № 106/о) закреслюються із записом "анульовано" і залишаються в закладі охорони здоров'я.

2.8. Лікар, який відповідає за якість заповнення Лікарських свідоцтв про смерть (ф. № 106/о) у разі, якщо виявив помилки, зобов'язаний:

а) уточнити розбіжності з лікарем, який видав "Лікарське свідоцтво

про смерть" (ф. № 106/о) по первинній медичній документації, забезпечивши при цьому правильне заповнення Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о). У цьому випадку видається "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) (замість остаточного №____), перший примірник якого направляється у відповідні органи статистики, другий примірник - залишається у закладі охорони здоров'я;

б) забезпечити розгляд неправильно заповнених Лікарських свідоцтв про смерть (ф. № 106 / о) на лікарських конференціях, нарадах.

Лікар, який відповідає за перевірку Лікарських свідоцтв про смерть (ф. № 106/о), не має права самостійно вносити зміни та доповнення у Лікарські свідоцтва про смерть (ф. № 106/о).

3. Порядок заповнення Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)

3.1. Бланки обох примірників Лікарських свідоцтв про смерть (ф. № 106/о) брошуруються і у вигляді книги зберігаються у головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я або його заступника чи в завідувача районного, міжрайонного та міського відділу або відділення патолого-анато-мічного бюро та бюро судово-медичної експертизи.

3.2. Лікарське свідоцтво про смерть (ф. № 106/о) заповнюється у 2 примірниках формату А4 з обох боків.

3.3. При заповненні бланка Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) підпорядкування медичного закладу зазначається у відповідності до відомчої підпорядкованості.

3.4. У верхньому кутку штампа обов'язково проставляється ідентифікаційний код ЄДРПОУ закладу охорони здоров'я.

3.5. Лікарські свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) нумеруються шляхом зазначення порядкового номера Свідоцтва. Номери на обох примірниках Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) мають бути ідентичними.

3.6. Заповнення Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) провадиться шляхом підкреслювання, вписання необхідних відомостей та заповнення вічок відповідними позначеннями.

3.7. У пункті 7 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) указується місце постійного проживання померлого відповідно до паспортних даних або довідки про реєстрацію місця проживання чи місця перебування. У разі її відсутності потрібно зазначити: "невідомо". Не можна вказувати місце тимчасового проживання померлого або місцезнаходження медичного закладу.

3.8. "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) заповнюється кульковою ручкою розбірливим почерком. Запис в обох примірниках має бути повністю ідентичним.

3.9. Заповненню підлягають усі пункти Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о). При відсутності тих чи інших відомостей у пунктах Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) потрібно зазначити: "невідомо", "не встановлено".

3.10. Пункт 9 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) заповнюється таким чином:

- якщо основна причина смерті кодується в межах I-ХУІ класів за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі МКХ-10), вибирається - 1 (захворювання);

- якщо основна причина смерті кодується в межах ХVІІІ класу за МКХ-10, вибирається - 2 (не уточнені причини смерті);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класів V 01-Х 59 за МКХ-10, вибирається - 3, 4 (нещасний випадок поза виробництвом, нещасний випадок у зв'язку з виробництвом);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Х 60-Х 84 за МКХ-10, вибирається - 5 (навмисне самоушкодження);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу Х 85-У 09 за МКХ-10, вибирається - 6 (наслідки нагляду);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу У 10-У 34 за МКХ-10,

вибирається - 7 (випадки ушкодження з невизначеним наміром);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу У 35-У 36 за МКХ-10, вибирається - 8 (ушкодження внаслідок дій, передбачених законом та воєнних операцій);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу У 40-У 84 за МКХ-10, вибирається - 9 (ускладнення внаслідок терапевтичної та хірургічної допомоги);

- якщо основна причина смерті кодується в межах класу У 85-У 89 за МКХ-10, вибирається - 10 (віддалені наслідки зовнішніх причин захворюваності та смертності);

3.11. У пункті 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № Щ6/о) лікар вказує своє прізвище, ім'я, по батькові, посаду і зазначає підставу, яка дає змогу визначити послідовність патологічних процесів, що призвели до смерті, і вказує причину смерті.

Основною (первинною) причиною смерті потрібно вважати хворобу або травму, що призвела до розвитку хворобливих процесів, які спричинили смерть, або наслідки нещасного випадку чи насильства, що стали причиною смерті.

У частині I пункту 11 у рядку "а" Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) записується хвороба або стан, що безпосередньо призвели до смерті, у рядках "б", "в", "г" - зазначаються патологічні стани (якщо такі були), що зумовили безпосередню причину смерті (згадану вище); основна причина смерті вказується в останню чергу. Під безпосередньою причиною смерті потрібно розуміти хворобу або стан, що безпосередньо викликали смерть.

У деяких випадках основне захворювання і безпосередня причина смерті можуть збігатися.

У кожному рядку пункту 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) повинно бути записано тільки одне захворювання або патологічний стан.

Зазначення приблизного інтервалу (хвилини, години, тижні, місяці або роки) між початком захворювання та смертю допомагає лікареві правильно вибрати код причини смерті.

У частині II Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) записуються інші суттєві стани або захворювання, які сприяли настанню смерті, але не були пов'язані із хворобою чи станом, що безпосередньо призвели до смерті. У цьому пункті Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) потрібно вказати дату операції, інфаркту міокарда, інсульту, термін вагітності, якщо такі мали місце.

Код за МКХ-10 у квадратику ліворуч на Лікарському свідоцтві про смерть (ф. № 106/о) проставляє той лікар, який безпосередньо заповнює "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о).

3.12. При записі захворювання у Лікарському свідоцтві про смерть (ф. № 106/о) не можна допускати неточностей, обмежуватись загальними виразами або зазначенням симптомів замість повного діагнозу, а також використовувати аббревіатуру, скорочення тощо. Потрібно вказати форму, стадію та локалізацію захворювання.

3.13. При заповненні пункту 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) на померлу вагітну, роділлю чи породіллю рекомендується робити запис у такому порядку:

- у випадках смерті внаслідок акушерських ускладнень вагітності, пологів чи післяпологового періоду, а також унаслідок втручань, неправильного ведення пологів і таке інше відомості про причину смерті записуються у пункті 11 першої частини в рядках "а", "б", "в", "г" Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о). Запис повинен чітко вказувати на зв'язок з вагітністю, пологами чи післяпологовим періодом;

- у випадку смерті вагітної, роділлі чи породіллі внаслідок хвороби, яка існувала в неї раніше або виникла в період вагітності, яка не пов'язана безпосередньо з акушерською причиною, але обтяжена фізіологічним впливом вагітності, або нещасного випадку, відомості про причину смерті записуються в пункті 11 частини I, рядках "а", "б", "в", "г" Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о), але при цьому в пункті 11 частини II Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) обов'язково робиться запис про вагітність та її термін;

- у всіх випадках смерті жінок під час вагітності та в післяпологовому

періоді в межах 42 днів після пологів у частині II пункту 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) робиться запис: " _____ тиждень вагітності";
" ____ день післяпологового періоду", а якщо смерть жінки настала внаслідок причини, пов'язаної з пологами після 42-го дня до одного року, то робиться запис: " тиждень після пологів".

3.14. У випадках смерті від травм у пункті 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) коди зовнішніх причин (V 01-У 89) слід застосовувати як основні коди для кодування.

Рекомендується вживати коди з класу XIX (8 00-Т 98) як додаткові з метою ідентифікації характеру травми. У Лікарському свідоцтві про смерть (ф. № 106/о) проставляються обидва коди.

Якщо у Лікарському свідоцтві про смерть (ф. № 106/о) згадуються більше ніж один різновид травми для тієї самої ділянки тіла в межах кодових діапазонів 8 00-8 99, Т 08-Т 35, Т 66-Т 79 і при цьому не вказано чітко, яка саме травма стала причиною смерті, то слід застосувати загальний принцип.

- Приклад 1:1. а) Геморагічний шок
б) Гостра крововтрата
в) Розрив печінки (8 36.1)
г) Наїзд автобуса на пішохода на шосе (V 04.1)

П. _____

Основна причина смерті повинна бути зашифрована - наїзд автобуса на пішохода на шосе (У04.1).

- Приклад 2:1, а) Перитоніт
б) Розрив шлунка та поперечної ободової кишки (8 36.3)
в) Травмований пішохід (V 09.3)
г) _____

П. _____

Основна причина смерті - травмований пішохід (V 09.3).

У пункті 12 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) потрібно точно вказати дату травми: рік, місяць, число, а також обставини і місце смерті.

3.15. Якщо померлий належить до осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, у пункті 13 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) потрібно зазначити категорію та серію посвідчення. Ці відомості записуються на підставі посвідчення померлого, виданого у відповідності до Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

3.16. Обидва примірники Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) підписують лікар, який особисто його заповнив, і особа, яка звернулась до закладу охорони здоров'я за документом. Обов'язково проставляється дата заповнення Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о).

3.17. Запис про видачу Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) (його дата, номер, причина смерті) повинен бути зроблений у відповідних медичних документах: - "Медичній карті стаціонарного хворого" (ф. № ООЗ/о), "Історія пологів" (ф. № 096/о), "Протоколі, Карті патолого-анатомічного дослідження" (ф. № ОІЗ/о), "Медичній карті амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) та "Акті судово-медичного дослідження (обстеження)" (ф. № 171/о).

3.18. "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) засвідчується круглою печаткою закладу тільки після того, як воно було перевірено відповідальним лікарем, про що він робить запис у вищезазначених медичних документах.

3.19. Довідку про причину смерті до Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)

заповнює лікар і видає родичам померлого чи іншим особам для поховання. Вона заповнюється в одному примірнику. Номери Довідки про причину смерті і Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) мають бути ідентичними. Довідка про причину смерті до Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) завіряється круглою печаткою медичного закладу.

ПРОГРАМОВАНІЙ **контроль знань щодо правил заповнення та видачі** **Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)**

1. В яких медичних закладах системи охорони здоров'я видається "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о)?

- * - в усіх медичних закладах не залежно від відомчої підпорядкованості та форм власності;
- в санаторно-курортних закладах;
- * - бюро судово-медичної експертизи;
- на ФАПАх;
- центрах здоров'я;
- * - патолого-анатомічному бюро.

2. На яку вікову категорію осіб, якої вікової категорії померлого населення видається "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106-2/о)?

- * - на померлих у віці 7 днів і старше;
- на кожний випадок мертвонародження;
- на смерть дитини у віці 0-6 днів або 168 годин після народження.

3. Метою видачі Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) є:

- * - забезпечення реєстрації смерті в органах РАГСу закладам охорони здоров'я;
- констатація лікарем смерті людини;
- свідчення лікарем завершення земного періоду в житті людини.

4. В яких випадках видається фельдшером "Фельдшерська довідка про смерть" (ф. № ЮБ-1/о)?

- * - при умові, коли працюючий лікар(якщо він один) знаходиться у відпустці, хворіє, тощо;
- коли фельдшер самостійно констатував смерть у людини;
- коли лікар попросив фельдшера оформити документ про смерть людини.

5. Який документ видається закладом охорони здоров'я у випадку смерті дитини у віці 0-6 днів чи мертвонародженні?

- "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о);
- * - "Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть"(ф. № 106-2/о);
- "Фельдшерська довідка про смерть" (ф. № 106-1/о).

6. Розкрийте порядок видачі лікарем "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о):

- * - перший примірник видається родичам для реєстрації в органах РАЦС та поховання;
- * - другий примірник залишається в медичному закладі;
- * - у разі поховання померлого медичним закладом Лікарське свідоцтво про смерть (ф. № 106/о) передається в органи РАЦС.

7. Що слугує підставою для видачі медичним закладом Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?

- * - встановлення лікарем факту смерті;
- стан здоров'я хворого;
- * - лікарське спостереження за хворим;

- клінічний діагноз;
- * - записи в медичній документації про стан здоров'я померлого до його смерті;
- * - патологоанатомічне чи судово-медичне заключення.

8. Кому видається перший примірник "Лікарського свідоцтва про смерть" (ф. № 106/о)?

- сімейному лікареві, у якого отримував медичну допомогу померлий;

- * - родичам померлого;
- * - особам, котрі зобов'язалися поховати померлого;
- перший примірник лишається в медичному закладі.

9. У якому випадку видається "дублікат" Лікарського свідоцтва про смерть" (ф. №1067о)?

- у разі встановлення нових причин смерті;

- за результатами ексгумації померлого;

- * - у разі загублення та на підставі письмової заяви особи, котра отримала оригінал.

10. "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о) видається судово-медичним експертом після розтину у випадку, коли смерть настала:

* - внаслідок дії зовнішніх факторів(травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму);

* - на виробництві;

* - при раптовій смерті дітей першого року життя;

* - після штучного аборт, проведеного поза межами медичного закладу;

* - в осіб, котрі не перебували під медичним наглядом;

* - у невстановлених осіб;

* - є підозра на насильницьку смерть.

11. В яких випадках "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. 106/о) видається лікарем патолого-анатомом?

* - на підставі розтину трупа;

* - після знайомства тільки з медичною документацією на даного померлого;

* - за фактом констатації смерті лікарем, у якого спостерігався померлий.

12. Помітки якого змісту роблять в Лікарському свідоцтві про смерть (ф. № 106/о) при його видачі?

* - "остаточне";

* - "попередне";

* - "замість попереднього";

* - "замість остаточного".

13. "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. 106/о) з поміткою "замість остаточного" видається:

- коли для уточнення причини смерті необхідно провести додаткові дослідження;

- у разі втрати документу;

- * - при помилці у записі діагнозу у "Лікарському свідоцтві про смерть" (ф. № 106/о) з поміткою "остаточне".

14. В який термін медичні заклади скеровують перший примірник "Лікарського свідоцтва про смерть" (ф. № 106/о) до органів державної статистики, котре виписане замість остаточного?

* - до 27 днів з моменту заповнення остаточного;

- на 30 день з моменту заповнення остаточного;

- протягом даного року після його смерті.

15. В який спосіб заповнюється примірник "Лікарське свідоцтво про смерть" (ф. № 106/о)?

- * - кульковою ручкою;

- * - розбірливим почерком;
- * - шляхом підкреслювання;
- * - методом вписування необхідних відомостей;
- * - заповнення вічок відповідними позначення.

16. Які словосполучення просявляються у Лікарському свідоцтві про смерть (ф. № 106/о) при відсутності тих чи інших даних?

- * - "невідомо";
- "даних немає";
- * - "не встановлено";
- "дані відсутні".

17. У відповідності до чого заповнюється п. 9 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?

- * - коду МКХ-10;
- результату перебігу захворювання;
- стандарту надання медичної допомоги за конкретною нозологією.

18. В який спосіб заповнюється п. 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?

- * - вказується прізвище, ім'я, по-батькові та посада лікаря;
- * - зазначається підстава, щодо визначення патологічних процесів, які призвели до смерті;
- * - вказується причина смерті.

19. Інформацію якого змісту записують у рядку "а" частини I п. 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?

- * - записується хвороба або стани, що безпосередньо призвели до смерті;
- зазначаються патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті.

20. Інформацію якого змісту записують у рядках "б", "в", "г" частини I п. 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?

- записується хвороба або стани, що безпосередньо призвели до смерті;
- * - зазначаються патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті.

21. В якій послідовності вказується лікарем основна причина смерті в частині I пункту 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?

- *- в останню чергу;
- самою першою в пункті "а".

22. Що кодується в частині I п. 11 Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)?

- хвороби або стани, що безпосередньо призвели до смерті;
- * - основна причина смерті;
- * - зовнішні причини, що спричинили смерть від травм.

П Е Р Е Л І К
основних статистичних показників та формули їх математичних
розрахунків, котрі отримують згідно з даними
Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о)

1. Загальний показник смертності

Кількість померлих за рік	x 1000
Середньорічна чисельність населення	

2. Повікові показники смертності населення

Кількість померлих у віці 20 - 29 років	x 1000
Чисельність населення у віці 20 - 29 років	

3. Показники смертності населення за статтю / професією чи іншими ознаками

Кількість померлого жіночого населення	x 1000
Середньорічна чисельність населення	

4. Показники смертності населення від окремих причин

Кількість померлих від окремого захворювання	x 1000
Загальна кількість померлих за рік	

5. Показники структури причин загальної смертності

Кількість померлих від окремого захворювання	x 100 %
Загальна кількість померлих за рік	

6. Показник структури померлого населення в залежності від місця проживання

Число померлого сільського / міського населення	x 100 %
Загальна кількість померлих	

7. Показник частки померлих у стаціонарі / дома чи іншому місці

$$\frac{\text{Кількість померлих у стаціонарі}}{\text{Загальна кількість осіб, котрі померли}} \times 1000$$

8. Показник материнської смертності

$$\frac{\text{Число померлих жінок під час вагітності}}{\text{Загальна кількість вагітних}} \times 1000$$

чи протягом 42 днів її закінчення

9. Показник дитячої смертності

$$\frac{\text{Число померлих осіб у віці 0-12 місяців}}{\text{1/3 дітей, народжених у минулому році + 2/3 дітей, народжених в даному році (живими)}} \times 1000$$

10. Показник летальності

$$\frac{\text{Число померлих хворих в стаціонарі}}{\text{Кількість виписаних зі стаціонару хворих + число померлих хворих}} \times 100 \%$$

11. Показник післяопераційної летальності

$$\frac{\text{Число померлих оперованих хворих в стаціонарі}}{\text{Кількість оперованих хворих в стаціонарі}} \times 100 \%$$

12. Середній вік померлих

$$\frac{\text{Сума років, прожитих померлими (сума віку померлих)}}{\text{Чисельність померлого населення}}$$

МЕТОДИКА ПРАВИЛЬНОСТІ ЗАПОВНЕННЯ
ТА АНАЛІЗ ЛІКАРЕМ ПЕРВИННОГО РІВНЯ
МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ОСНОВНОЇ ОБЛІКОВОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО
ХВОРОГО
(ф. № 025/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 258 від 03 липня 2001 року

ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення Медичної карти амбулаторного хворого
(ф. № 025/о)

"Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) являється основним первинним медичним документом хворого, який лікується амбулаторно в медичному закладі або вдома, і заповнюється на всіх пацієнтів / хворих при першому зверненні за медичною допомогою до лікаря амбулаторно-поліклінічного закладу.

На кожного хворого в поліклініці ведеться одна "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) незалежно від того, лікується він у одного чи декількох лікарів.

"Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) заповнюється в усіх лікарських закладах, міських і сільських, включаючи лікарські здоров-пункти, які ведуть амбулаторний прийом загальний і спеціалізований.

Примітка. 1. "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) заповнюється;

- в протитуберкульозних медичних закладах - на хворих, які вперше в житті звернулися за медичною допомогою, і консультативних хворих; на контингент хворих, які взяті під нагляд лікарем протитуберкульозного закладу заповнюється "Медична карта хворого на туберкульоз" (ф. № 081/о);

- в шкірно-венерологічних медичних закладах - на хворих шкірними хворобами і хворих, які направлені на консультацію; на хворих венеричними хворобами заповнюється "Медична карта хворого венеричним захворюванням" (ф. № 065/о), а на хворих шкірними грибковими захворюваннями заповнюється "Медична карта хворого грибковим захворюванням" (ф. № 065-1/о);

- в жіночих консультаціях - на гінекологічних хворих і жінок, які звернулися з приводу переривання вагітності; на вагітних і породіль заповнюється "Індивідуальна карта вагітної та породілля" (ф. № 11 I/о).

2. На фельдшерсько-акушерських пунктах і фельдшерських здоров пунктах замість "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) ведеться "Журнал реєстрації амбулаторних хворих" (ф. № 074/о).

На Титульному листку Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) передбачено місце для запису захворювань, з приводу яких хворий був взятий під диспансерний нагляд з вказівкою дати, коли хворий був взятий або знятий з диспансерного обліку і причини зняття.

Хворий може перебувати під диспансерним лікарським наглядом з приводу одного і того ж захворювання у декількох лікарів - спеціалістів (наприклад, з приводу виразкової хвороби шлунка, хронічного холециститу у терапевта і хірурга). На Титульному листку Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) він записується один раз лікарем-спеціалістом, який першим взяв хворого під диспансерний нагляд.

Якщо хворий спостерігається з приводу декількох етіологічно не пов'язаних між собою захворювань у одного або декількох лікарів - спеціалістів, то кожне з них виноситься на Титульний листок Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о).

Якщо у хворого змінюється характер захворювання (наприклад, до гіпертонічної хвороби приєднується ішемічна хвороба серця), то на Титульний листок Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) виноситься новий діагноз без дати взяття на облік, а старий запис закреслюється.

Листок "Сигнальні позначки" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) заповнюється лікарем будь-якої лікарської спеціальності при наявності або виявленні ознак, які перелічені в даному листку. Внесені дані підтверджуються підписом лікаря і печаткою.

В рядку "Непереносимість до лікарських препаратів" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) необхідно вписувати також захворювання та стани, обумовлені побічною реакцією (дією) лікарського препарату, з зазначенням назви препарату та дати його призначення.

Зазначені негативні реакції на лікарські засоби необхідно вписувати в Медичну карту амбулаторного хворого (ф. № 025/о) як основні, супутні або ускладнення основного захворювання та до Статистичного талону заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) і Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) з маркіровкою Статистичних талонів і подальшим подвійним кодуванням останніх згідно МКХ-10. Негативні (побічні дії) деяких лікарських засобів передбачені в МКХ-10 в окремих класах хвороб (рубрики: А 00-К. 95, Т 80.5,6, Т 88.2, Т 88.6 та інші).

Крім того, побічна дія лікарських засобів, медикаментів при їх терапевтичному застосуванні кодується додатковими рубриками У 40 - У 59 за МКХ-10.

"Листок запису заключних (уточнених) діагнозів" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) заповнюється лікарями всіх спеціальностей на кожне захворювання, з приводу якого звернувся хворий в даний медичний заклад в звітному році.

За захворювання, яке виявлено у хворого вперше в житті, рахується вперше виявленим і відмічається в графі 3 знаком "+" (плюс) Листку запису заключних (уточнених) діагнозів Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о). При цьому, коли захворювання встановлено при звертанні з приводу захворювання, то знак "+" проставляється в графі 3 Листку запису заключних (уточнених) діагнозів; якщо виявлено при профілактичному огляді, то знак "+" проставляється в графу 4 Листку запису заключних (уточнених) діагнозів. Слід звернути увагу, що всі гострі захворювання: (грип, ГРВІ, ангіна, пневмонії, травми тощо) кожний раз реєструються із знаком "+" (плюс), тобто враховуються як вперше виявлені.

Хронічні захворювання, з якими хворий звертався в попередні роки - у випадку звернення з ними в звітному році - реєструються на Листку заключних (уточнених) діагнозів один раз протягом року при першому звертанні, але із знаком "-" (мінус).

У випадку, коли лікар не може встановити основний діагноз при першому зверненні хворого, то на сторінках "Щоденника" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) вписується передбачуваний діагноз, а в "Листок заключних (уточнених) діагнозів" вноситься діагноз після його уточнення з датою першого звертання з приводу даного захворювання.

Коли встановлений і записаний в Листку заключних (уточнених) діагнозів Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) діагноз замінюється на інший, тоді неправильний діагноз закреслюється і вноситься новий діагноз без зміни дати першого звернення.

Якщо у хворого одночасно або послідовно виявлено декілька захворювань, які етіологічно не пов'язані поміж собою, то всі захворювання виносяться до Листка заключних (уточнених) діагнозів Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о).

У випадку проведення хворому профілактичних щеплень - дані вносяться в листок "Відомості про щеплення" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о), де необхідно заповнювати всі необхідні графи з зазначенням реакцій на щеплення.

"Листок профілактичного огляду" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) розрахований на 5 років і призначений для реєстрації даних щодо цільових оглядів населення. Заповнюється відповідними лікарями - спеціалістами після проходження хворим / пацієнтом усіх необхідних обстежень (флюорографія, цитологічне дослідження), огляд лікаря-гінеколо-га. лікаря-хірурга / лікаря-уролога з метою виявлення хворих на туберкульоз, онкопатологію.

Кожний випадок тимчасової непрацездатності у хворого вписується в окремий листок "Терміни тимчасової непрацездатності" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о), де вказується номер листка непрацездатності, дата видачі листка непрацездатності, заключний (уточнений) діагноз і підпис лікаря.

Дані про госпіталізацію хворого протягом року вносяться до листку "Інформація про госпіталізацію" Медичної карти амбулаторного хворого (ф.№025/о).

Вкладний листок №1 "Дані профілактичного огляду пацієнта" розрахований на 1 рік і заповнюється при проведенні щорічних профілактичних оглядів та перед працевлаштуванням на роботу та вклеюється до Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) перед розділом "Щоденник".

У розділі "Обстеження інших лікарів-спеціалістів" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) після проходження профілактичного огляду, коли у пацієнта не виявлено патології або перебіг хвороби має стійку ремісію, робиться запис: визнаний здоровим або практично здоровим". У цьому розділі, виходячи з валіологічного анамнезу пацієнта, робиться примітка "віднесений до групи ризику в зв'язку з ...".

Вкладний листок № 2 "Щорічний епікриз на диспансерного хворого" до Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) використовується для диспансерної групи хворих, в ньому коротко вписуються дані про стан здоров'я диспансерного хворого протягом звітного року; вписується основний і супутні діагнози, кількість загострень з приводу основного захворювання протягом року; проведений курс лікування, включаючи санаторно-курортне лікування та їх ефективність.

У випадку переведення хворого на групу інвалідності - зазначається рік, дата встановлення та група інвалідності. Окрім того, в Щорічному епікризі Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) вписується план спостереження за хворим на наступний рік: огляд необхідними лікарями-спеціалістами; лабораторні, функціональні та інші дослідження; медикаментозне лікування; реабілітація тощо.

Щорічний епікриз у Медичній карті амбулаторного хворого (ф. № 025/о) підписує лікар, в якого хворий перебуває під диспансерним лікарським наглядом, і зберігається разом з Контрольною карткою диспансерного нагляду (ф. № ОЗО/о) в кабінеті лікаря протягом 2-х років.

У випадку госпіталізації хворого до стаціонару лікарні, що об'єднаний з поліклінікою, "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) передається в стаціонар і зберігається в Медичній карті стаціонарного хворого (ф. № ООЗ/о). Після виписки хворого із стаціонару лікарні або його смерті "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) разом з епікризом лікуючого лікаря стаціонару повертається до амбулаторно-поліклінічного закладу.

У випадку смерті хворого, одночасно з видачею Лікарського свідоцтва про смерть (ф. № 106/о) в Медичній карті амбулаторного хворого (ф. № 025/о) проводиться запис про дату і причину смерті.

Медичні карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) на померлих виймаються із картотеки і передаються до архіву медичного закладу.

"Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) повинна обов'язково зберігатися в реєстратурі амбулаторію-поліклінічного закладу.

Якщо "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) стає об'ємною та не дотримується хронологія записів, необхідно завести нову Медичну карту амбулаторного хворого (ф. № 025/о), в якій до Листка заключних (уточнених) діагнозів необхідно перенести всі раніше виставлені хворому діагнози з ("+", плюс) та ("-", мінус), а

використану Медичну карту амбулаторного хворого (ф. № 025/о) слід здати до архіву медичного закладу.

Термін зберігання Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) - 5 років.

ПРОГРАМОВАНІЙ
тестовий контроль знань з Інструкції щодо заповнення
Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о)

1. Охарактеризуйте Медичну карту амбулаторного хворого (ф. № 025/о) - як обліковий медичний документ?

- медичний документ суворої звітності;
- * - основний первинний обліковий медичний документ амбулаторно-поліклінічного закладу;
- основний первинний медичний документ приймального відділення стаціонару лікарні.

2. В яких медичних закладах заповнюється і ведеться на пацієнта "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о)?

- * - в усіх міських і сільських лікарських закладах, де ведеться амбулаторний прийом;
- в санаторно-курортних установах;
- * - в медичних закладах, де ведеться загальний і спеціалізований лікарський прийом;
- в приймальному відділенні стаціонару лікарні.

3. "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) заповнюється лікарем на:

- * - хворого, який лікується амбулаторно як в поліклініці, так і на дому;
- пацієнта, котрий скористався послугами карети швидкої та невідкладної медичної допомоги;
- * - пацієнта при першому звертанні за медичною допомогою до амбулаторно-поліклінічного закладу;
- хворого стаціонару лікарні.

4. Скільки Медичних карт амбулаторного хворого (ф. № 025/о) ведеться на кожного пацієнта в амбулаторно-поліклінічному закладі враховуючи ту ситуацію, коли він лікується у декількох лікарів?

- кожен лікар заповнює на пацієнта Медичну карту амбулаторного хворого (ф. № 025/о) окремо;
- * - ведеться лише одна "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о);
- "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) в таких випадках на пацієнта не ведеться.

5. На яку категорію хворих заповнюється і ведеться "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) в протитуберкульозному медичному закладі?

- * - хворих, котрі вперше в житті звернулися за медичною допомогою;
- контингент пацієнтів, які взяті під нагляд лікарем протитуберкульозного закладу;
- * - консультативних хворих;
- хворих, на яких заповнюється "Медична карта хворого на туберкульоз"(ф.№081/о).

6. У шкірно-венерологічних медичних закладах "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) ведеться на:

- хворих шкірними грибковими захворюваннями;
- * - хворих шкірними хворобами;
- хворих венеричними хворобами;
- * - хворих, скерованих на консультацію.

7. В жіночих консультаціях "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о) ведеться на:

- * - гінекологічних хворих;
- вагітних жінок;
- породіль;
- * - жінок, які звернулися з приводу переривання вагітності.

8. Який обліковий документ ведеться на фельдшерсько-акушерських пунктах і фельдшерських здоровпунктах замість Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о)?

- "Медична картка стаціонарного хворого" (ф. № 003/о);
- * - "Журнал реєстрації амбулаторних хворих" (ф. № 074/о);
- "Карта профілактичних щеплень" (ф. № 063/о);
- "Карта обліку диспансеризації" (ф. № 131/о).

9. Назвіть вкладні листки до Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о)?

- "Титульний листок";
- "Непереносимість до лікарських препаратів";
- * - "Дані профілактичного огляду пацієнта";
- "Листок профілактичного огляду";
- * - "Щорічний епікриз на диспансерного хворого".

10. До якого розділу Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) переносяться всі діагнози хворого з (+) плюсом та (-) мінусом у разі, коли вона стає об'ємною чи не дотримується лікарями хронологія записів?

- Листка "Сигнальні позначки";
- * - Листка заключних (уточнених) діагнозів;
- Щорічного епікризу;
- Листка профілактичного огляду.

**ВИПИСКА
ІЗ МЕДИЧНОЇ КАРТИ
АМБУЛАТОРНОГО/СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО
(ф. № 027/о)**

*ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 258 від 03 липня 2001 року*

ІНСТРУКЦІЯ

**щодо заповнення Виписки із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого
(ф. № 027/о)**

"Виписка із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого" (ф. № 027/о) заповнюється амбулаторно-поліклінічними закладами при направленні хворого на стаціонарне лікування і стаціонарами всіх профілів при виписці / або в випадку смерті хворого.

"Виписка із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого" (ф. № 027/о) призначена для взаємної інформації амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів щодо діагнозу, перебігу захворювання, стану хворого при направленні (виписці), про проведені дослідження, лікування, лікувальні та інші рекомендації хворому.

"Виписка із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого" (ф. № 027/о)

видається на руки хворому або пересилається поштою чи кур'єром.

Термін зберігання Виписки із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого (ф. № 027/о) складає 3 роки.

ПРОГРАМОВАНИЙ
тестовий контроль знань з Інструкції щодо заповнення
Виписки із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого
(ф. № 027/о)

1. У медичних закладах якого профілю заповнюється "Виписка із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого (ф. № 027/о)"?

- * - амбулаторно-поліклінічних закладах при направленні хворого на стаціонарне лікування;
- * - стаціонарами всіх профілів при виписці/або в випадку смерті хворого;
- санаторно-курортних закладах;
- станціях швидкої та невідкладної медичної допомоги.

2. Для чого призначена "Виписка із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого" (ф. № 027/о)?

- * - для взаємної інформації амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів щодо діагнозу, перебігу захворювання;
- * - стану хворого при направленні/виписці, про проведені дослідження, лікування, лікувальні та інші рекомендації хворому;
- для підготовки оперативних інформації! щодо обсягу і форм гігієнічного виховання населення;
- призначається для здійснення послідовності у нагляді за здоров'я хворої особи в умовах медичного закладу.

3. Яким чином передається "Виписка із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого" (ф. № 027/о) до стаціонару чи поліклініки?

- * - видається на руки хворому;
- * - пересилається поштою чи кур'єром.
- пересилається факсом у день виписки;
- повідомляється телефоном.

4. Який встановлений термін зберігання Виписки із Медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого (ф. № 027/о)?

- 25 років;
- 10 років;
- * - 3 роки;
- 1 рік після звітного періоду.

ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА ВАГІТНОЇ ТА ПОРОДІЛЛІ (ф. № 111/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 258 від 03 липня 2001 року

ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення Індивідуальної карти вагітної та породіллі (ф. № 111/о)

"Індивідуальна карта вагітної та породіллі" (ф. № 111/о) заповнюється на кожну вагітну, яка звернулась до жіночої консультації з метою збереження вагітності.

До Індивідуальної карти вагітної та породіллі (ф. № 111/о) заносяться паспортні дані, відомості анамнестичного характеру (особливо детально про перебіг і результати попередніх вагітностей), дані про стан здоров'я жінки до звернення в консультацію, результати загального і спеціального акушерського обстеження, висновки терапевта і інших спеціалістів про стан здоров'я вагітної.

При повторних відвідуваннях - скарга, дані об'єктивного дослідження і призначення записуються в спеціальний розділ Індивідуальної карти вагітної та породіллі (ф. № 111/о). Ці дані дають можливість простежити динаміку ряду об'єктивних показників стану вагітної і плода, а також прийняті заходи у випадку відхилення їх від норми.

У Індивідуальній карті вагітної та породіллі (ф. № 111/о) є спеціальний листок для підклеювання аналізів та інших медичних документів.

Остання сторінка Індивідуальної карти вагітної та породіллі (ф. № 111/о) призначена для запису відомостей про перебіг і результати пологів (на підставі талону № 2 Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні - ф. № 113/о), а також протягом післяпологового періоду після виписки породіллі із пологового стаціонару.

Після зняття жінки з диспансерного лікарського нагляду "Індивідуальна карта вагітної та породіллі" (ф. № 111/о) за підписом лікуючого лікаря і завідуючої жіночою консультацією надходить в архів жіночої консультації / пологового будинку.

На вагітних, які звернулися до жіночої консультації за направленням для штучного переривання вагітності, заповнюється "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о).

Термін зберігання Індивідуальної карти вагітної та породіллі (ф. № 111/о) складає 5 років.

ПРОГРАМОВАНІЙ тестовий контроль знань з Інструкції щодо заповнення Індивідуальної карти вагітної та породіллі (ф. № 111/о)

1. На яку категорію населення заповнюється "Індивідуальна карта вагітної та породіллі" (ф. № 111/о)?

- * - на кожну вагітну, яка звернулась в жіночу консультацію з метою збереження вагітності;
- заповнюється на кожну вагітну, роділлю та породіллю, яка госпіталізована в стаціонар з терміном вагітності 22 тижні та більше;
- на новонароджених, які госпіталізовані до пологового стаціонару після пологів вдома, в дорозі, а також на переведених..

2. Інформацію якого змісту заносять до Індивідуальної карти вагітної та породіллі

(ф. № 111/о) при первинному звертанні до жіночої консультації?

- * - паспортні дані та відомості анамнестичного характеру (особливо детально про перебіг і результати попередніх вагітностей);
- * - дані про стан здоров'я жінки до звернення в консультацію;
- * - результати загального і спеціального акушерського обстеження;
- * - висновок лікаря-терапевта і інших лікарів-спеціалістів про стан здоров'я вагітної.
 - відображає характер перебігу пологів, а також всі діагностичні і лікувальні заходи, які проведені лікуючим лікарем або акушеркою і записані в їх послідовності;
 - віддзеркалює детальний стан новонародженого під час перебування в пологовому будинку / відділенні.

3. Інформацію якого змісту заносять до розділу 8 "Патронажі відвідувань" Індивідуальної карти вагітної та породіллі" (ф. № 111/о) при повторних звертаннях до жіночої консультації?

- * - скарги та дані об'єктивного дослідження і призначення;
 - паспортні дані та відомості анамнестичного характеру (особливо детально про перебіг і результати попередніх вагітностей);
 - дані про стан здоров'я жінки до звернення в консультацію.

4. Які дані дають можливість простежити динаміку ряду об'єктивних показників стану вагітної і плода, а також прийняті заходи у випадку відхилення їх від норми?

- первинного звертання;
- * - повторних звертань.

5. Де саме в Індивідуальній карті вагітної та породіллі (ф. № 111/о) підклеюють аналізи та інші медичні документи?

- * - на спеціальному листку для підклеювання аналізів та інших медичних документів;
 - у розділі 8 "Патронажі відвідувань"
 - на останній сторінці.

6. Для запису якої інформації призначена остання сторінка Індивідуальної карти вагітної та породіллі (ф. № 111/о)?

- * - відомостей про перебіг і результати пологів (на підставі талону № 2 Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні -(ф. №113/0);
- * - відомостей протягом післяпологового періоду після виписки породіллі із пологового стаціонару;
 - для підклеювання аналізів та інших медичних документів;
 - для даних патронажних відвідувань.

7. Коли і в який спосіб надходить до архіву жіночої консультації / пологового будинку "Індивідуальна карта вагітної та породіллі" <ф. № 111/о)?

- * - після зняття жінки з диспансерного лікарського нагляду;
- * - за підписом лікуючого лікаря і завідуючої жіночою консультацією;
 - зберігається в картотечі реєстратури 3 роки;
 - видається на руки жінці.

8. Назвіть медичний документ, який заповнюється на вагітних, котрі звернулися до жіночої консультації за направленням для штучного переривання вагітності?

- * - "Медична карта амбулаторного хворого" (ф. № 025/о);
- "Індивідуальна карта вагітної та породіллі" (ф. № 111/о);
- Історія пологів (ф. № 096/о).

9. Який встановлено термін зберігання Індивідуальної карти вагітної та породіллі

(ф. № 111/о) в архіві ЛПЗ?

- 25 років;
- 10 років;
- * - 5 років.

**ОБМІННА КАРТА
ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ,
ПОЛОГОВОГО ВІДДІЛЕННЯ ЛІКАРНІ
(відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. №113/о)**

*ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 67 від 13 лютого 2006 року*

**ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення Обмінної карти пологового будинку, пологового
відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о)**

"Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну)" (ф. № 113/о) складається з трьох відривних талонів: "Відомості жіночої консультації про вагітну", "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породіллю", "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародже-ного" та призначається для здійснення послідовності нагляду за жінкою та її дитиною жіночої консультації, акушерського стаціонару і дитячої поліклініки. "Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну)" (ф. № 11 3/о) видається жіночою консультацією на руки кожній вагітній в термін вагітності 32 тижні.

Лікар жіночої консультації при заповненні Першого талону "Відомості жіночої консультації про вагітну" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 11 3/о) докладно записує відомості про особливості перебігу попередніх вагітностей, пологів, післяпологового періоду і тих особливостей перебігу даної вагітності і стан вагітної, які мають важливе значення для лікаря, який буде вести пологи у даної жінки.

При відвідуваннях жіночої консультації вагітна жінка після 32 тижня вагітності приносить Обмінну карту пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 11 3/о) для записів в неї даних наступних оглядів і досліджень.

При госпіталізації до акушерського стаціонару (на пологи або в відділення патології вагітності) вагітна жінка повинна пред'явити Обмінну карту пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о). Перший талон "Відомості жіночої консультації про вагітну" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) зберігається в Історії пологів (ф. № 096/о).

Другий талон Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породіллю" заповнюється в акушерському стаціонарі перед випискою породіллі і видається їй для передачі до жіночої консультації. В особливих випадках Другий талон "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породіллю" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) скеровується до жіночої

консультації поштою або кур'єром.

Лікар акушерського стаціонару при заповненні Другого талону "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породілля" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) детально записує відомості про ті особливості перебігу пологів, післяпологового періоду і стану породіллі, які визивають необхідність подальшого спеціального лікарського нагляду за нею.

Третій талон - "Відомості пологового будинку, пологового відділення акушерського стаціонару" заповнюється перед випискою новонародженого і видається матері для передачі його до дитячої консультації / поліклініки. Проте, це не звільняє акушерський стаціонар від необхідності повідомлення в день виписки новонародженого до дитячої консультації / поліклініки про його виписку. Лікарі акушерського стаціонару (лікар-акушер і лікар-неонатолог) при заповненні Третього талону "Відомості пологового будинку, торгового відділення акушерського стаціонару" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) досить детально вписують в нього відомості про особливості пологів і стану новонародженого, що потребують спеціального лікарського нагляду за ним після виписки із стаціонару.

Термін зберігання Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну)" (ф. № 113/о) складає 5 років.

ПРОГРАМОВАНІЙ

тестовий контроль знань з Інструкції щодо заповнення Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні / відомості жіночої консультації про вагітну (ф. № 113/о)

1. В яких медичних закладах заповнюється "Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну)" (ф. № 113/о)?

- * - у жіночій консультації;
- * - акушерському стаціонарі;
- в амбулаторії сімейної медицини.

2. Окресліть призначення Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну)" (ф. 113/о)?

- * - здійснення послідовності нагляду за вагітною жінкою та її дитиною в жіночій консультації, акушерському стаціонарі та дитячої консультації/поліклініці ;
- відображає характер перебігу пологів, а також всі діагностичні і лікувальні заходи, які проведені лікуючим лікарем або акушеркою і записані в їх послідовності;
- віддзеркалює детальний стан новонародженого під час перебування в пологовому будинку / відділенні.

3. Зі скількох відривних талонів складається "Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну)" (ф. № 113/о)?

- * - трьох відривних талонів;
- п'яти відривних талонів;
- двох відривних талонів.

4. Визначіть назву відривних талонів "Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну)" (ф. № 113/о):

- * - "Відомості жіночої консультації про вагітну";
- * - "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породіллю";
- * - "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародженого";
 - "Первинний лікарський патронаж до новонародженого";
 - "Етапні епікризи";
 - "Профілактичні огляди і результати оглядів дитини 2-го, 3-го - років життя, з 3-х до 7 років".

5. В який термін вагітності "Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну)" (ф. № 113/о) видається жіночою консультацією на руки кожній вагітній?

- * - 32 тижні;
- 30 тижнів;
- на 40 тижні.

6. Інформацію якого змісту записує лікар жіночої консультації при заповненні Першого талону "Відомості жіночої консультації про вагітну" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о)?

- * - відомості про особливості перебігу попередніх вагітностей, пологів, післяпологового періоду;
- * - особливості перебігу даної вагітності і стан вагітної, які мають важливе значення для лікаря, який буде вести пологи у даної жінки;
 - про ті особливості перебігу пологів, післяпологового періоду і стану породіллі, які визивають необхідність подальшого спеціального лікарського нагляду за нею;
 - досить детально вписуються відомості про особливості пологів і стану новонародженого, що потребують спеціального лікарського нагляду за ним після виписки із акушерського стаціонару.

7. В який спосіб поступають з Обмінною картою пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) при відвідуваннях жіночої консультації вагітною жінкою після 32 тижня вагітності?

- * - вагітна жінка приносить її для записів до неї даних наступних оглядів і досліджень;
 - у такому випадку Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) вже не задіюється.

8. Яким чином поступають з Обмінною картою пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) при госпіталізації вагітної жінки після 32 тижнів до акушерського стаціонару (на пологи або в відділення патології вагітності)?

- * - вагітна жінка повинна пред'явити Перший талон "Відомості жіночої консультації про вагітну";
- * - Перший талон "Відомості жіночої консультації про вагітну зберігається в Історії пологів (ф. № 096/о);
 - Перший талон "Відомості жіночої консультації про вагітну" повертається назад вагітній жінці;
 - Перший талон "Відомості жіночої консультації про вагітну" в такому випадку не задіюється;

9. Інформацію якого змісту записує лікар акушерського стаціонару при заповненні Другого талону "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породіллю" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о)?

- відомості про особливості перебігу попередніх вагітностей, пологів, післяпологового періоду;
- особливості перебігу даної вагітності і стан вагітної, які мають важливе значення для лікаря, який буде вести пологи у даної жінки;
- * - про ті особливості перебігу пологів, післяпологового періоду і стану породіллі, які визивають необхідність подальшого спеціального лікарського нагляду за нею;
- досить детально вписуються відомості про особливості пологів і стану новонародженого, що потребують спеціального лікарського нагляду за ним після виписки із стаціонару.

10. Яким чином передається з акушерського стаціонару до жіночої консультації Другий талон "Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породіллю" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о)?

- * - заповнюється в акушерському стаціонарі перед випискою породіллі;
- * - видається породіллі для передачі до жіночої консультації;
- * - скеровується до жіночої консультації поштою або кур'єром;
- заповнюється перед випискою новонародженого;
- видається матері для передачі його до дитячої консультації / поліклініки.

11. Інформацію якого змісту записує лікар акушерського стаціонару (лікар-акушер і лікар-неонатолог) при заповненні Третього талону "Відомості пологового будинку, пологового відділення акушерського стаціонару" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о)?

- відомості про особливості перебігу попередніх вагітностей, пологів, післяпологового періоду;
- особливості перебігу даної вагітності і стан вагітної, які мають важливе значення для лікаря, який буде вести пологи у даної жінки;
- про ті особливості перебігу пологів, післяпологового періоду і стану породіллі, які визивають необхідність подальшого спеціального лікарського нагляду за нею;
- * - досить детально вписуються відомості про особливості пологів і стану новонародженого, що потребують спеціального лікарського нагляду за ним після виписки із стаціонару.

12. В який спосіб передається з акушерського стаціонару до дитячої консультації / поліклініки Третій талон "Відомості пологового будинку, пологового відділення акушерського стаціонару" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о)?

- * - заповнюється перед випискою новонародженого;
- заповнюється в акушерському стаціонарі перед випискою породіллі;
- * - видається матері для передачі до дитячої консультації / поліклініки;
- видається породіллі для передачі до жіночої консультації;
- скеровується до жіночої консультації поштою або кур'єром.

13. Яким чином додатково акушерський стаціонар повідомляє дитячу консультацію / поліклініку про виписку новонародженого окрім передачі Третього талону "Відомості пологового будинку, пологового відділення акушерського стаціонару" Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о)?

- * - як правило телефоном у день виписки новонародженого;
- лише через Третій талон "Відомості пологового будинку, пологового відділення акушерського стаціонару" Обмінної карти пологового

будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о);

- додаткового повідомлення про виписку новонародженого не встановлено.

14. Який встановлено термін зберігання Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о)?

- 25 років;

- 10 років;

* - 5 років.

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ДИТИНИ (ф. № 112/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 258 від 03 липня 2001 року

ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення Історії розвитку дитини (ф. № 112/о)

"Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) є основним медичним документом дитячої консультації / поліклініки, дитячих садків, будинків дитини.

"Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) призначена для ведення записів щодо розвитку і стану здоров'я дитини, його медичного обслуговування від народження до 14 років включно (школярам - до закінчення середньої школи).

"Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) заповнюється на кожну дитину при взятті її на облік: в дитячій консультації / поліклініці - при першому патронажі (виклику додому) або при першому зверненні до консультації / поліклініки; в дитячих садках і будинках дитини - з моменту надходження дитини до дошкільного закладу.

Паспортна частина Історії розвитку дитини (ф. № 112/о), в тому числі, відомості про склад сім'ї, заповнюється в реєстратурі поліклініки при взятті дитини на облік на підставі даних пологового будинку / пологового відділення лікарні про новонародженого внесених до Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о) або Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) і опитування батьків.

Відсутність Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) або даних про прописку не є підставою для відмовлення в медичному обслуговуванні дитини.

У дитячих садках, будинках дитини паспортна частина Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) заповнюється медичною сестрою.

Медична сестра (в дитячій консультації / поліклініці - дільнична) в Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) заповнює також розділ "Дані про сім'ю" при першому відвідуванні дитини вдома або при першому зверненні в дитячу поліклініку в частині, що стосується наявності хронічних захворювань в сім'ї. Для реєстрації даних поточного нагляду за дитиною патронажною медичною сестрою розрахований останній розділ Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) "Листок поточних спостережень дитини патронажною сестрою".

Всі інші записи в Історії розвитку дитини (ф. № 112/о): "Листок для запису заключних (уточнених) діагнозів", "Облік рентгенологічних досліджень", "Первинний лікарський патронаж до новонародженого", "Етапні епікризи", "Профілактичні огляди і результати оглядів дитини 2-го, 3-го - років життя, з 3-х до 7 років" проводяться лікарями. Всі записи, зроблені лікарями, повинні бути ними підписані.

"Історії розвитку дитини" (ф. № 112/о) зберігаються в картотечі реєстратури за роками народження і передається лікарю в день відвідування дитиною консультації / поліклініки або при відвідуванні лікарем дитини вдома.

Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) на дітей до 1 року, як правило, зберігаються в

кабінеті дільничного лікаря-педіатра для оперативного використання їх з метою забезпечення систематичного нагляду за дитиною і своєчасного проведення профілактичних засобів.

Коли дитина вибуває з-під нагляду даної дитячої консультації / поліклініки - на титульному листку Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) в пункті 7 робиться відповідна відмітка: вказується дата зняття з обліку і причина (переїзд, смерть, вибув(ла) із дитячого закладу).

При переїзді - обов'язково вказується, куди вибув(ла) (адреса). В такому разі, з метою забезпечення послідовності в нагляді за дитиною відповідно запитаю з нового місця проживання, "Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) повинна передаватись до відповідної дитячої консультації / поліклініки. При відсутності запиту "Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) зберігається в картотеці реєстратури 3 роки, а потім здається до архіву.

При досягненні дитиною віку 15 років (або після закінчення школи) "Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) передається в поліклініку для дорослих за місцем проживання.

"Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) є не тільки медичним, але і юридичним документом. В ній не дозволяється робити підчистки, закреслювання, зміни і доповнення в записах поточних оглядів.

Термін зберігання Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) складає 25 років.

ПРОГРАМОВАНИЙ **тестовий контроль знань з Інструкції щодо заповнення** **Історії розвитку дитини (ф. № 112/о)**

1. Для яких закладів "Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) є основним медичним документом?

- * - дитячої консультації / поліклініки;
- * - дитячих садків;
- * - будинків дитини.
 - акушерського стаціонару;
 - жіночої консультації.

2. Означте призначення Історії розвитку дитини (ф. № 112/о):

- * - для ведення записів щодо розвитку і стану здоров'я дитини, його медичного обслуговування від народження до 14 років включно (школярам - до закінчення середньої школи);
 - віддзеркалює детальний стан новонародженого під час перебування в пологовому будинку/відділенні;
 - заповнюється на новонароджених, які госпіталізовані до пологового стаціонару після пологів вдома, в дорозі, а також на переведених.

3. Розкрийте структуру Історії розвитку дитини (ф. № 112/о):

- * - "Паспортна частина";
- * - "Дані про сім'ю";
- * - "Листок для запису заключних (уточнених) діагнозів";
- * - "Облік антибіотиків, які були застосовані при лікуванні дитини";
- * - "Облік рентгенологічних досліджень";
- * - "Дані про новонародженого";
- * - "Первинний лікарський патронаж до новонародженого";
- * - "Листок обліку профілактичних спостережень";
- * - "Висновок лікаря про характер харчування дитини";
- * - "Етапні епікризи";

- * - "Профілактичні огляди і результати оглядів дитини 2-го, 3-го- років життя, з 3-х до 7 років";
- * - "Листок поточного спостереження";
- * - "Карта обліку профілактичних імунізацій і реакцій на щеплення";
- * - "Листок поточних спостережень дитини патронажною сестрою";
- * - "Місце для підклеювання результатів аналізів і довідок".

4. В яких випадках і де вперше заповнюється "Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о)?

- * - заповнюється на кожну дитину при взятті її на облік;
- * - в дитячій консультації/поліклініці - при першому патронажі / виклику до дому або при першому зверненні до консультації/поліклініки;
 - на підставі даних пологового будинку/пологового відділення лікарні про новонародженого внесених до Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 11 З/о);
 - згідно даних Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о);
- * - в дитячих садках і будинках дитини - з моменту надходження дитини до дошкільного закладу.

5. Де і в який спосіб заповнюється паспортна частина Історії розвитку дитини (ф. № 112/о), у тому числі, відомості про склад сім'ї?

- * - в реєстратурі поліклініки при взятті дитини на облік;
- * - на підставі даних пологового будинку/пологового відділення лікарні про новонародженого внесених до Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жіночої консультації про вагітну) (ф. № 113/о);
- * - згідно даних Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о);
- * - шляхом опитування батьків.
 - в акушерському стаціонарі;
 - в жіночій консультації.

6. Чи слугує відсутність Медичного свідоцтва про народження (ф. № 103/о) або даних про прописку підставою для відмовлення в медичному обслуговуванні дитини?

* - ні;	-так.
---------	-------

7. Ким заповнюється у дитячих садках, будинках дитини паспортна частина Історії розвитку дитини (ф. № 112/о)?

- * - медичною сестрою;
- лікарем;
- батьками дитини.

8. Які розділи Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) заповнює медична сестра дитячої консультації / поліклініки?

- * - "Дані про сім'ю";
- * - "Листок поточних спостережень дитини патронажною сестрою";
- "Листок для запису заключних (уточнених) діагнозів";
- "Первинний лікарський патронаж до новонародженого";
- "Етапні епікризи";
- "Профілактичні огляди і результати оглядів дитини 2-го, 3-го - років життя, з 3-х до 7 років".

9. В яких розділах Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) записи робить лікар?

- * - "Листок для запису заключних (уточнених) діагнозів";
- * - "Облік рентгенологічних досліджень";
- * - "Первинний лікарський патронаж до новонародженого";
- * - "Етапні епікризи";

- * - "Профілактичні огляди і результати оглядів дитини 2-го, 3-го - років життя, з 3-х до 7 років";
- "Дані про сім'ю";
- "Листок поточних спостережень дитини патронажною сестрою".

10. Де зберігаються в дитячій консультації / поліклініці Історії розвитку дитини (ф.№ 112/о)?

- * - у картотеці реєстратури за роками народження і передається лікарю в день відвідування дитиною консультації/поліклініки чи при відвід ванні лікарем дитини вдома;
- у кабінеті дільничного лікаря-педіатра;
- у батьків на руках.

11. Де і з якою метою в дитячій консультації/поліклініці зберігаються Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) на дітей до 1 року?

- * - в кабінеті дільничного лікаря-педіатра;
- * - для оперативного використання їх з метою забезпечення систематичного нагляду за дитиною і своєчасного проведення профілактичних засобів;
- у картотеці реєстратури за роками народження;
- у батьків на руках.

12. Яким чином поступають з Історією розвитку дитини (ф. № 112/о), коли дитина вибуває з-під нагляду даної дитячої консультації/поліклініки?

- * - на титульному листку Історії розвитку дитини (ф. № 112/о) в пункті 7 робиться відповідна відмітка: вказується дата зняття з обліку і причина (переїзд, смерть, вибув(ла) із дитячого закладу);
- * - при переїзді - обов'язково вказується, куди вибув / ла (адреса), а "Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) за запитом з нового місця проживання передається до відповідної дитячої консультації / поліклініки;
- * - при відсутності запиту - зберігається в картотеці реєстратури 3 роки, а потім здається до архіву;
- дана Історія розвитку дитини (ф. № 112/о) здається до архіву, а на новому місці заводиться інша Історія розвитку дитини (ф. № 112/о);
- видається батькам на руки.

13. При досягненні дитиною віку 17 років (або після закінчення школи) Історія розвитку дитини" (ф. № 112/о) передається:

- * - в поліклініку для дорослих за місцем проживання;
- до архіву медичного закладу;
- видається батькам на руки.

14. Який термін зберігання Історії розвитку дитини (ф. № 112/о)?

- * - 25 років;
- 10 років;
- 5 років.

МЕДИЧНА КАРТА ДИТИНИ
(ДЛЯ ШКОЛИ, ШКОЛИ-ІНТЕРНАТУ, ШКОЛИ-ЛІЦЕЮ,
ДИТЯЧОГО БУДИНКУ, ДИТЯЧОГО САДКА)
(ф. № 026/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 258 від 03 липня 2001 року

ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення Медичної карти дитини (для школи, школи-інтернату,
школи-ліцею, дитячого будинку, дитячого садка) (ф. № 026/о)

"Медична карта дитини..." (ф. № 026/о) заповнюється на кожну дитину, яка перебуває в навчально-виховному закладі, і дає уяву про стан здоров'я, а також відображає всі лікувально-профілактичні заходи, які проводились по відношенню до неї в період перебування в дитячому садку, школі, школі-ліцею, дитячому будинку, школі-інтернаті.

Паспортна частина Медичної карти дитини... (ф. № 026/о) і анамнестичні дані на дітей, які поступили в перший клас школи, заповнюються на підставі записів в "Історії розвитку дитини" (ф. № 112/о) медичними працівниками дитячої поліклініки, ФАПу, при проведенні поглибленого огляду цих дітей. На дітей, які поступили до дитячих садків і дитячих будинків, "Медична карта дитини..." (ф. № 026/о) заповнюється на підставі виписки із ф. № 112/о - "Історії розвитку дитини", яка видається поліклінікою або при опитуванні батьків.

Надалі всі записи в Медичній карті дитини... (ф. № 026/о) роблять медичні працівники навчально-виховних закладів в порядку поточних медичних оглядів, при проведенні періодичних медичних оглядів і проти епідеміологічних заходів.

"Медична карта дитини..." (ф. № 026/о) вміщує спеціальний розділ "Відомості про госпіталізацію, санаторне лікування", "Пропуски через хворобу" для реєстрації причин пропусків через хвороби протягом всього періоду перебування дитини в дошкільному закладі, школі, дитячому будинку. Заповнюється даний розділ на підставі Довідки про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, профтехучилища, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад (ф. № 095/о).

Для дітей, які перебувають під диспансерним наглядом, у Медичній карті дитини... (ф. № 026/о) є спеціальний розділ "Відомості про диспансерне спостереження", який включає контроль за явками до лікаря-спеціаліста і дані періодичних спеціалізованих лікарських оглядів.

Результати медичних оглядів виділені в Медичній карті дитини... (ф. № 026/о) в спеціальний розділ "Дані поглибленого медичного огляду", де зазначаються дані про огляди лікарів-спеціалістів, дається оцінка фізичного розвитку, висновок про стан здоров'я, рекомендації лікарів-спеціалістів. Спеціально виділений розділ "Профілактичні щеплення", де зазначені результати проведених всіх необхідних щеплень.

При переведенні дитини із дитячого садка в школу, із однієї школи в іншу "Медична карта дитини..." (ф. № 026/о) передається разом з особистою справою дитини / учня.

На підставі розробки Медичної карти дитини... (ф. № 026/о) складаються певні розділи звітної ф. № 31-здоров "Звіт про медичну допомогу

Термін зберігання Медичної карти дитини... (ф. № 026/о) складає 10 років.

ПРОГРАМОВАНИЙ
тестовий контроль знань з Інструкції щодо заповнення
**Медичної карти дитини (для школи, школи-інтернату, школи-ліцею,
дитячого будинку, дитячого садка)**
(ф. № 026/о)

1. На кого і в яких навчально-виховних закладах заповнюється і ведеться "Медична карта дитини..." (ф. № 026/о)?

- * - на кожну дитину, яка перебуває в навчально-виховному закладі;
- * - в дитячому садку, школі, школі-ліцеї, дитячому будинку, школі - інтернаті;
- дитячій консультації/поліклініці;
- акушерському стаціонарі.

2. З якою метою заповнюється і ведеться "Медична карта дитини..." (ф. № 026/о)?

- * - отримати уяву про стан здоров'я дитини;
- * - відобразити всі лікувально-профілактичні заходи, які проводились по відношенню до дитини в період перебування її в навчально-виховному закладі;
- здійснення послідовності нагляду за вагітною жінкою та її дитиною в жіночій консультації, акушерському стаціонарі та дитячій консультації/поліклініці;
- відзеркалює детальний стан новонародженого під час перебування в пологовому будинку/відділенні.

3. На підставі чого заповнюється на дітей, які поступили до дитячих садків і дитячих будинків "Медична карта дитини..." (ф. № 026/о)?

- * - виписки із Історії розвитку дитини (ф. № 112/о), яка видається дитячою консультацією/поліклінікою;
- * - при опитуванні батьків;
- наявних записи в Історії розвитку дитини (ф. № 112/о);
- результатів проведеного поглибленого медичного огляду цих дітей.

4. Що слугує підставою для заповнення паспортної частини Медичної карти дитини... (ф. № 026/о) і анамнестичних даних на дітей, які поступили до першого класу школи?

- * - наявні записи в Історії розвитку дитини (ф. № 112/о);
- * - результати проведеного поглибленого медичного огляду цих дітей;
- виписка із Історії розвитку дитини (ф. № 112/о), яка видається дитячою консультацією/поліклінікою;
- опитування батьків.

5. На основі чого в подальшому робляться медичними працівниками навчально-виховних закладів записи в Медичній карті дитини... (ф. № 026/о)?

- * - на підставі поточних медичних оглядів;
- * - при проведенні періодичних медичних оглядів;
- * - за результатами протиепідеміологічних заходів;
- даних Історії розвитку дитини (ф. № 112/о);
- за результатами опитування батьків.

6. Окресліть структуру розділів Медичної карти дитини... (ф. № 026/о):

- * - "Паспортна частина і Анамнестичні дані";
- * - "Відомості про госпіталізацію, санаторне лікування";
- * - "Пропуски через хворобу";
- * - "Відомості про диспансерне спостереження";

- * - "Профілактичні щеплення";
- * - "Дані флюорографічних/рентгенівських та лабораторних досліджень";
- * - "Дані про дегельмінтизацію та санацію ротової порожнини";
- * - "Дані поглибленого медичного огляду".

7.. На підставі чого та інформацію якого змісту відтворюють розділи: "Відомості про госпіталізацію, санаторне лікування" та "Пропуски через хворобу" Медичної карти дитини..." (ф. № 026/о)?

- * - на підставі Довідки про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, профтехучилища, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад (ф. № 095/о);
- * - реєструє причини пропусків через хвороби протягом всього періоду перебування дитини в навчально-виховному закладі;
 - облікує дітей, які перебувають під диспансерним наглядом;
 - робиться висновок про стан здоров'я.

8. Інформацію якого змісту відтворює розділ "Відомості про диспансерне спостереження" Медичної карти дитини... (ф. № 026/о)?

- * - облікує дітей, які перебувають під диспансерним наглядом;
- * - включає контроль за явками диспансерних дітей до лікаря - спеціаліста;
- * - відтворює результати періодичних спеціалізованих лікарських оглядів;
 - оцінюється фізичний розвиток дитини;
 - зазначаються результати проведених всіх необхідних щеплень.

9. Які дані передає розділ "Дані поглибленого медичного огляду" Медичної карти дитини... (ф. № 026/о)?

- * - результати медичних оглядів;
- * - дані про огляди лікарів-спеціалістів;
- * - оцінюється фізичний розвиток дитини;
- * - робиться висновок про стан здоров'я;
- * - пропонуються рекомендації лікарів-спеціалістів;
 - зазначаються результати проведених всіх необхідних щеплень.

10. Про що записується в спеціально виділеному розділі "Профілактичні щеплення" Медичної карти дитини... (ф. № 026/о)?

- дані про огляди лікарів-спеціалістів;
- * - зазначаються результати проведених всіх необхідних щеплень;
 - оцінюється фізичний розвиток дитини;
 - робиться висновок про стан здоров'я.

11. Яким чином поступають з "Медичною картою дитини... " (ф. № 026/о) при переведенні дитини із дитячого садка в школу, із однієї школи в іншу?

- * - передається разом з особистою справою дитини / учня;
 - здається до архіву навчально-виховного закладу;
 - передається до архіву медичного закладу на території проживання.

12. Розділи якої звітної форми заповнюються на підставі розробки Медичної карти дитини... (ф. № 026/о)?

- * - "Звіт про медичну допомогу дітям" (ф. № 31- здоров);
- "Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям за 20_рік"(ф.№21);
- "Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування ЛПЗ, за 20 _____рік" (ф. № 12).

13. Який термін зберігання Медичної карти дитини... (ф. № 026/о)?

- 25 років;
- * -10 років;
- 5 років.

**СТАТИСТИЧНИЙ ТАЛОН ЗАКЛЮЧНИХ
(УТОЧНЕНИХ) ДІАГНОЗІВ
(ф. № 025-2/о)**

*ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 258 від 03 липня 2001 року*

**ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення Статистичного талону для реєстрації
заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о)**

"Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" іф. № 025-2/о) заповнюється в міських та сільських поліклініках (амбулаторіях) для дорослих і дітей, а також і в жіночих консультаціях.

Примітка, в спеціалізованих закладах (психоневрологічних, онкологічних, протитуберкульозних диспансерах) "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) не заповнюється, а облік захворюваності в даних закладах проводиться

згідно Повідомлень ("Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, трихофітії, мікроспорії, фавусу, корости, трахоми" (ф. № 089/о) та "Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення" ф. № 090/о) і на підставі Контрольних карт диспансерного обліку ("Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки та особою, котра має розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин" (ф. № 030-1/о), "Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на туберкульоз" (ф. № 030-4/о), "Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення" (ф. № 030-6/о)).

У шкірно-венерологічних закладах "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) ведеться тільки на хворих з шкірними захворюваннями.

В жіночих консультаціях "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) заповнюються на всі гінекологічні захворювання та ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Стоматологічні заклади, віддічення, кабінети заповнюють "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) на захворювання слизової оболонки порожнини рота та губ.

Не заповнюється "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) в консультативних поліклініках, діагностичних центрах, так як облік захворюваності ведеться за місцем проживання хворого.

"Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) заповнюється на підставі записів в Листку заключних (уточнених) діагнозів Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) на всі захворювання і травми, окрім інфекційних захворювань, які враховуються за Екстреним повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення (ф. № 058/о).

Виняток складають гострі респіраторні вірусні інфекції та грип, на які обов'язково заповнюється "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о).

Окрім того, "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) заповнюється на підставі листка "Сигнальні позначки" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) при наявності у хворого захворювань та станів, обумовлених побічною реакцією (дією) лікарських препаратів.

Зазначені негативні реакції на лікарські засоби необхідно вписувати як основне, супутнє або ускладнення основного захворювання і такі статистичні талони підлягають подвійному кодуванню за МКХ-10 та кольоровій маркіровці останніх. Негативні / побічні дії деяких лікарських засобів передбачені в окремих класах хвороб (рубрики: А 00-К. 95, Т 80.5.6, Т 88.2, Т 88.6 тощо. Окрім того, побічна дія лікарських засобів кодується додатковими рубриками V 40-У 59.

У залежності від системи організації роботи в поліклініці - "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) заповнюється після закінчення прийому лікарями чи медичними сестрами за вказівкою лікаря або централізовано, коли "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) заповнюється статистиком на підставі запису в Медичній карті амбулаторного хворого (ф. № 025/о).

На всі гострі захворювання (грип, пневмонія, ГРВІ, ангіна тощо) і на вперше зареєстровані хронічні захворювання в даному звітному році Статистичні талони для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) виписуються тільки із знаком плюс (+).

Коли у хворого діагностовано лікарем / лікарями-спеціалістами вперше одноразово декілька захворювань, то на кожне із захворювань "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) заповнюється окремо.

На хронічні захворювання, зареєстровані в попередні роки, "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/16) заповнюється при першому звертанні хворого в даному звітному році із знаком мінус (-) один раз на рік.

Пункт 10, підпункт 2 "Виявлено при профілактичному огляді" Статистичного талону для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) заповнюється лише в тому разі, якщо захворювання при профілактичному огляді виявлено вперше в житті.

Статистичні талони для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) на хворих, які проживають в районі обслуговування амбулаторно-поліклінічного закладу зберігаються за лікарськими дільницями: терапевтичними, педіатричними, сімейними. В середині лікарської дільниці "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) розміщується за класами хвороб та окремими нозологіями (при ручній обробці).

На підставі Статистичних талонів для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) щоквартально заповнюється "Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі" ... (для дорослого (ф. № 071/о) і дитячого населення (ф. № 071-1/о)) та "Зведена відомість обліку вперше зареєстрованих травм та отруєнь в лікувальному закладі" (ф. № 071-2/о).

Термін зберігання Статистичного талону для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) - 1 рік після звітного періоду.

ПРОГРАМОВАНИЙ
тестовий контроль знань з Інструкції щодо заповнення
Статистичного талона для реєстрації заключних/уточнених діагнозів
(ф. № 025-2/О)

1. В яких медичних закладах заповнюється "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о)?

- * - міських і сільських амбулаторно-поліклінічних закладах;
- стаціонарах лікарень;
- пологових стаціонарах;
- * - стоматологічних закладах, відділеннях, кабінетах;
- * - шкірно-венерологічних закладах;
- спеціалізованих медичних закладах.

2. На яку категорію населення заповнюється "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о)?

- * - дорослих і дітей;
- * - осіб чоловічої та жіночої статі;
- того, хто помер;
- плодів вагітних жінок.

3. В яких спеціалізованих медичних закладах на амбулаторному прийомі взагалі не

заповнюється "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о)?

- поліклінічному відділенні;
- * - психоневрологічних диспансерах;
- * - онкологічних диспансерах;
- * - протитуберкульозних диспансерах;
- * - консультативних поліклініках;
- * - діагностичних диспансерах;
- міських і сільських амбулаторно-поліклінічних закладах;
- шкірно-венерологічних закладах;
- стоматологічних закладах, відділеннях, кабінетах.

4. На яку категорію хворих заповнюється "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) в шкірно-венерологічних закладах?

- венеричних хворих;
- * - хворих зі шкірними захворюваннями;
- пацієнтів з трихофітією, мікроспорією, фавусом, коростою, трахомою.

5. В жіночих консультаціях "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) заповнюється на:

- * - всі гінекологічні захворювання;
- ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду;
- міні операції з причини переривання вагітності;
- екстрагенітальну патологію.

6. На захворювання слизової оболонки порожнини рота та губ в стоматологічних закладах, відділеннях та кабінетах заповнюється:

- "Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету) (ф. № 037/о);
- * - "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о);
- "Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта (ф. № 039-3/о).

7. Чи заповнюється "Статистичний талон для реєстрації заключних уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) в консультативних поліклініках діагностичних центрах?

- так;
- * - ні.

8. Підставою для заповнення лікарями "Статистичного талону для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) слугує:

- запис в щоденнику Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о);
- * - запис в Листку заключних (уточнених) діагнозів Медичної карти амбулаторного хворого;
- складений лікарем "Щорічний епікриз на диспансерного хворого" в Медичній карті амбулаторного хворого (ф. № 025/о);
- * - запис в листку "Сигнальні позначки" Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о).

9. На які захворювання і травми у пацієнтів заповнюється лікарями "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів ф. № 025-2/о)?

- всі види та класи захворювань;
- * - всі види травм;
- * - всі захворювання, окрім інфекційних захворювань;

- всі види травм, окрім шкільного травматизму.

10. На гострі респіраторно-вірусні інфекції та грип лікарем заповнюється:

- "Екстренне повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне, незвичну реакцію на щеплення" (ф. № 058/о);
- * - "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025 - 2/о);
- "Листок профілактичного огляду "Медичної карти амбулаторного хворого" (ф. № 025/о).

11. Гострі захворювання (грип, пневмонія, ГРВІ тощо) у пацієнтів і вперше в житті зареєстровані хронічні захворювання "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/о) виписується:

- * - зі значком плюс "+";
- зі значком мінус "-".

12. При умові, коли у хворого діагностовано лікарем / лікарем-спеціалістом вперше одноразово декілька захворювань, тоді "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) заповнюється:

- * - на кожне із захворювань окремо;
- лише на те захворювання, що спричинило звернення до лікаря;
- на захворювання, котре діагностовано лише лікарем-спеціалістом.

13. На хронічні захворювання, зареєстровані в попередні роки, "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) заповнюється:

- * - при першому звертанні хворого в даному звітному році;
- * - зі знаком мінус "-";
- * - один раз в рік;
- при кожному звертанні пацієнта до лікаря амбулаторно-поліклінічного закладу;
- зі знаком мінус "-" та знаком "+".

14. Пункт 10 підпункт 2 "Виявлено при профілактичному огляді" Статистичного талону для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о) заповнюється , коли:

- * - захворювання при профілактичному огляді виявлено лікарем вперше в житті;
- лікарем виявлено хронічне захворювання, раніше діагностоване;
- захворювання виявлене при звертанні за лікуванням.

15. Облікові документи, котрі заповнюються щоквартально на підставі "Статистичних талонів для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о)?

- * - "Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі (серед дітей до 14 років включно)" (ф. № 07 I/о);
- * - "Зведена відомість обліку захворювань причин смерті в даному закладі (серед дорослого та підліткового населення)" (ф. № 07I/о);
- "Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома" (ф. № 103/о);
- * - "Зведена відомість обліку вперше зареєстрованих травм та отруєнь в даному лікувальному закладі " (ф. № 07I/о);
- "Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального за _____ рік" (ф. № 12).

П Е Р Е Л І К основних статистичних показників та формули їх математичних розрахунків, котрі отримують згідно з даними Статистичного талона для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о)

1. Показник рівня / поширеності загальної захворюваності:

Число всіх хворих (знак "+" та знак "-"), котрі звернулися до амбулаторно-поліклінічного закладу
в даному періоді часу

Чисельність населення району обслуговування амбулаторно-поліклінічного закладу x 1000

2. Показник рівня / поширеності первинної захворюваності:

Число хворих, котрим вперше в житті встановлено діагноз (знак "+")

Чисельність населення району обслуговування амбулаторно-поліклінічного закладу x 1000

3. Показник структури захворюваності (первинної, загальної, за статтю, віком чи окремими нозологіями):

$\frac{\text{Число хворих відповідним захворюванням}}{\text{Загальне число всіх хворих}} \times 100 \%$

4. Показник відвідуваності амбулаторно-поліклінічного закладу / лікаря пацієнтами, котрі проживають в районі обслуговування:

Число пацієнтів, котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря і
проживають в районі обслуговування

Загальне число хворих, котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад /
лікаря x 100 %

5. Показник відвідуваності пацієнтами амбулаторно-поліклінічного закладу / лікаря в залежності від окремих контингентів населення:

Число інвалідів війни (учасників війни, постраждалих від аварії на ЧАЕС тощо),
котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря

Загальне число хворих, котрі відвідали амбулаторно-
поліклінічний заклад / лікаря x 100 %

6. Показник розподілу відвідувань амбулаторно-поліклінічного закладу / лікаря за видами звернень (з причини лікування чи профілактичного огляду):

Число відвідувань з приводу лікування

Загальне число всіх відвідувань x 100 %

7. Показник відвідуваності пацієнтами амбулаторно-поліклінічного закладу / лікаря за видами травм чи отруєнь:

Число пацієнтів, котрі відвідали
амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря з конкретною травмою чи отруєнням

Загальне число хворих, котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад /
лікаря з травмами чи отруєннями 100 %

**ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО
ПАЦІЄНТА
(ф. № 025-6/о)**

*ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 258 від 03 липня 2001 року*

ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення Талону амбулаторного пацієнта ф. № 025-6/о

"Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о) заповнюють в міських і сільських амбулаторно-поліклінічних закладах системи медичного забезпечення для дорослих і дітей, а також в жіночих консультаціях.

"Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о) використовується тільки при автоматизованій статистичній обробці і містить в собі інформацію:

- про число відвідувань (в амбулаторно-поліклінічному закладі, на дому, всього); мету кожного випадку поліклінічного обслуговування;
- число зареєстрованих захворювань, в тому числі травм (п. 12, 13). дані про оперативні втручання (п. 14), диспансеризацію (п. 15), інвалідність (п. 16); дані про тимчасову непрацездатність (п. 17).

"Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о) заповнюють лікуючі лікарі амбулаторно-поліклінічних закладів на кожний випадок поліклінічного обслуговування.

Паспортну частину Талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) може заповнювати медична сестра або реєстратор.

Випадок поліклінічного обслуговування являє собою сукупність відвідувань пацієнтом (як в амбулаторно-поліклінічному закладі, так і на дому на кожне його звернення до лікаря.

"Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о) призначений і для реєстрації всіх випадків захворюваності, окрім:

- гострих інфекційних захворювань, котрі враховуються на підставі Екстренного повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення (ф. № 058/о);

- спеціалізованих закладів: психоневрологічних, протитуберкульозних, онкологічних, де ведуться на пацієнтів відповідно "Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки та особою, котра має розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин" (ф. № 030-1 : "Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на туберкульоз" (ф. № 030-4/о), "Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення" (ф. № 030-6/о), а також "Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, трихофітії, мікроспорії, фавусу, корости, трахоми" (ф. № 089/о) та "Повідомлення про хворого з вперше в встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення" 090/о).

Виняток складають гострі респіраторні вірусні інфекції та грип, на які обов'язково заповнюється "Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о). "Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о) заповнюється в зазначених вище амбулаторно-поліклінічних закладах замість Статистичного талона заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о).

Пункти 1 і 20. Проставляються коди лікарів. Кодовий номер лікаря рекомендується формувати із чотирьох знаків, де перші два - код його спеціальності; два останніх - порядковий номер лікаря за табельним списком вкладу.

В пункті 1 вписується код лікаря, який розпочав лікування, в пункті 20 : лікаря, який

закінчив лікування. Так, хворий може зробити перше відання до чергового лікаря, а потім з приводу даного випадку - до свого дільничного лікаря-терапевта. Це правило поширюється тільки на лікарів однієї і тієї ж спеціальності і не торкається лікарів вузьких спеціальностей. Наприклад, хворого з гіпертонічною хворобою в період звертання може лізати лікар-терапевт, а консультивати - окуліст, невропатолог. В даному випадку кожний із спеціалістів повинен заповнювати окремий "Галон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о).

Пункт 2 - код особи - повинен бути шестизначним. При цьому перші знаки - номер дільниці; інші чотири - номер особи. Пункт 3. Вписується прізвище і ініціали пацієнта (в кожен клітинку вписується по одній букві).

В пункті 4 зазначається стать пацієнта і вноситься в квадрат 1 - чоловіча стать або 2 - жіноча стать.

Пункт 5 - вписується число, місяць і рік народження. Дані заповнюються з Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о) або уточнюються у пацієнта.

В перші дві графи вписується дата народження; в інші дві - порядковий номер місяця народження; в дві останні - дві останні цифри року.

У пункті 6 необхідно вписати адресу постійного місця проживання пацієнта; в пункті 7 - відмічається, працює чи ні, і в пункті 8 - необхідно відмітити, до якого типу із зазначеного контингенту (інвалідів війни, учасників бойових дій тощо) відноситься пацієнт; в пункті 9 в клітинці заповнюється мета обслуговування (лікувально-діагностична - 1; консултативна - 2; диспансерний нагляд - 3 тощо).

В пункті 10 заповнюється випадок обслуговування - первинний або повторний. Первинним випадком поліклінічного обслуговування вважається перший в даному календарному році випадок обслуговування з даною метою.

При цьому необхідно пам'ятати, що випадок обслуговування, пов'язаний з гострими захворюваннями завжди враховується як первинний.

В осіб, які звернулись з приводу хронічних захворювань, можуть бути як первинні так і повторні випадки обслуговування (захворювання записується одне, а випадків обслуговування може бути декілька).

При визначенні первинності чи повторності випадку обслуговування необхідно приймати до уваги мету відвідування пацієнтом поліклініки.

У пункті 11 записуються дати відвідувань в поліклініці і вдома і загальне їх число. У пункті 12 записується діагноз основного захворювання та супутніх захворювань.

Для кожного діагнозу в перші чотири-п'ять графоклітинок записується код захворювання згідно МКХ-10. Шостим знаком вказується характер кожного захворювання: гостре захворювання - 1; вперше в житті зареєстроване хронічне - 2; відоме раніше хронічне - 3; загострення хронічного - 8.

При записуванні діагнозів необхідно дотримуватись таких правил:

- основним діагнозом вважається діагноз, який став причиною даного звертання пацієнта;
- основний діагноз вписується при останньому відвідуванні пацієнта за даним зверненням;
- якщо діагноз при профілактичному огляді не встановлений - необхідно вписати "здоровий" (0000);
- в супутні захворювання не слід вносити симптоми або синдроми;
- якщо при зверненні за лікуванням гостре захворювання комбінується з хронічним, то основним захворюванням, яке було причиною звернення, необхідно рахувати гостре захворювання.

У пункті 13 окремо виділено кількість травм за їх видами: пов'язані з виробництвом в промисловості - 1; 2 - в сільському господарстві; дорожньо-транспортні - 3 тощо.

У пункті 14 вказується оперативна допомога хворим на амбулаторному прийомі.

Пункт 15, рядок I (перебуває на диспансерному обліку) заповнюється тільки у випадку, коли хворого викликають на диспансерний нагляд з приводу того чи іншого захворювання. При цьому слід пам'ятати, що хворий може перебувати під наглядом у декількох спеціалістів. Лікар, який

заповнює талон, повинен вносити відомості відносно своєї спеціальності.

Пункт 16 - інвалідність. Заповнюється на осіб, у яких встановлена група інвалідності або група інвалідності підтверджена.

В пункті 17 зазначається дата видачі і закриття документу про тимчасову непрацездатність (лікарняний листок, довідка). Необхідно записати дві останні цифри року, порядковий номер місяця і дату видачі (закриття документу).

Пункт 18 відображає результат лікування (одужання - 1; поліпшення -2; без змін - 3; госпіталізація в стаціонар - 4 тощо).

Пункт 19 - випадок поліклінічного обслуговування (закінчений, незакінчений) заповнюється обов'язково.

Закінченим вважається такий випадок поліклінічного обслуговування, коли пацієнт обстежений, йому призначено лікарем і проведено необхідне лікування; хворий одужав або стан хворого настільки поліпшився, що не потребує звернення до лікаря, тобто мета звернення завершена.

Талони амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) з відміткою в пункті 19 про закінченість випадку підписуються лікарем і передаються в кабінет медичної статистики для їх обробки.

Інші Талони амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) зберігаються в кабінеті лікаря протягом 21 дня, а з ряду онкологічних, серцево-судинних захворювань і травм навіть більш тривалий період. За даний період необхідно зробити все, щоб випадок поліклінічного обслуговування у лікаря був закінченим: повторно викликати хворого, організувати консультацію, госпіталізацію тощо.

Примітка. У пункті 12 Талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) необхідно вписувати також: захворювання та стани, обумовлені побічною реакцією (дією) лікарського препарату, які можуть бути як основний, супутній діагноз або ускладнення. Такі Талони амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) слід відмічати кольоровою маркіровкою і застосовувати при їх обробці методику подвійного кодування за МКХ-10 (рубрики: А 00-К 95, Т 80.5,6, Т88.2, Т88.6). Окрім того, побічна дія лікарських засобів, медикаментів при їх терапевтичному застосуванні кодується додатковими рубриками У40-У 59.

Термін зберігання Талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) - 1 рік після звітного періоду.

ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦІЄНТА

(скорочений варіант)
(ф. № 025-7/о)

*ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
№ 258 від 03 липня 2001 року*

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення Талону амбулаторного пацієнта
(скорочений варіант) (ф. № 025-7/о)

"Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-7/о) - скорочений варіант для ручної обробки призначений для реєстрації захворювань та числа відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах.

В Талоні амбулаторного пацієнта (ф. № 025-116) міститься інформація про пацієнта, лікаря, мету обслуговування пацієнта, випадок поліклінічного обслуговування; діагноз захворювання (основний, супутній) і тимчасову непрацездатність.

"Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-7/о) заповнюється в амбулаторно-поліклінічних міських та сільських медичних закладах як для дорослих, так і дітей, а також в жіночих консультаціях у випадку, коли в зазначених лікувальних закладах не ведеться "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о).

Не заповнюється "Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-7/о) на гострі інфекційні захворювання, облік яких проводиться за:

- Екстремним повідомленням про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення (ф. № 058/о);

- Повідомленням про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, уrogenітальний мікоплазмоз та трихомоніаз (ф. № 089-1/о), окрім грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій, а також у спеціалізованих закладах: психоневрологічних, протитуберкульозних, онкологічних, де ведуться:

- "Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки та особою, котра має розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин" (ф. № 030-1/о);

- "Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на туберкульоз" (ф. № 030-4/о);

- "Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення" (ф. № 030-6/о) і повідомлення:

- "Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, трихофітії, мікроспорії, фавусу, корости, трахоми" (ф. № 089/о) та

- "Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення" (ф. № 090/о).

Талони амбулаторного пацієнта (ф. № 025-7/о) заповнюють лікуючі лікарі, які ведуть амбулаторний прийом пацієнтів, на кожний випадок поліклінічного обслуговування та зберігаються в кабінеті лікаря до того часу, поки випадок поліклінічного обслуговування не буде закінченим.

Випадок поліклінічного обслуговування представляє собою сукупність відвідувань пацієнтом лікаря в амбулаторно-поліклінічному закладі, так і відвідувань лікарем пацієнта на дому на кожне звернення пацієнта.

Паспортну частину Талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-7/о) може заповнювати реєстратор або медична сестра.

Пункти 1 і 14. Проставляються коди лікарів. Кодовий номер лікаря рекомендується формувати із 4-ох знаків: де перші два - код його спеціальності: два останніх - порядковий номер лікаря за табельним списком закладу. В пункті 1 вписується код лікаря, який розпочав лікування, а в пункті 14 - код лікаря, який закінчив лікування.

Наприклад, хворий може зробити перше відвідування до чергового лікаря, а наступне - до свого дільничного лікаря. Це правило поширюється лише на лікарів однієї і тієї ж спеціальності і не відноситься до лікарів вузьких спеціальностей. Наприклад, хворого з гіпертонічною хворобою при зверненні може лікувати лікар-терапевт, а консультувати - лікар-невропатолог, лікар-окуліст. Уданому випадку кожний із лікарів-спеціалістів повинен заповнювати "Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-116).

Пункт 2 - код особи - шестизначний: перші два знаки - номер дільниці; інші чотири - номер особи.

Пункт 3 - вписується прізвище та ініціали пацієнта (в кожен клітинку по одній букві).

Пункт 4 - відмічається стать пацієнта.

У пункті 5 - вписується число, місяць і рік народження. У перші графи вносять дві останні цифри року; в інші дві - порядковий номер місяця народження; в дві останні - дату його народження.

У пункті 6 необхідно вносити адресу постійного місця проживання пацієнта.

У пункті 7 відмічають: працює пацієнт чи ні.

У пункті 8 - слід зазначити мету обслуговування: лікувально-діагностична - 1; консультативна - 2; диспансерний нагляд - 3; профогляд - 4; медико-соціальна - 5, інша - 6.

У пункті 9 вказується випадок поліклінічного обслуговування: первинний чи повторний. Первинним випадком поліклінічного обслуговування вважається перший в даному календарному році випадок поліклінічного обслуговування з конкретною метою.

При цьому слід пам'ятати, що випадки поліклінічного обслуговування, котрі пов'язані з гострими захворюваннями, завжди будуть первинними.

У пункт 10 вписується дата відвідувань пацієнтом лікаря як в амбулаторно-поліклінічному закладі, так і дата відвідування лікарем пацієнта на дому і загальна їх кількість.

У пункті 11 необхідно вписати уточнений діагноз основного захворювання, з приводу якого хворий звернувся за медичною допомогою, і супутні захворювання. Для кожного діагнозу в перші чотири графоклітинки вноситься код основного захворювання згідно МКХ-10, а в п'яту - характер захворювання (гостре - 1, вперше зареєстроване хронічне - 2, загострення хронічного - 8).

В пункті 12 зазначається дата видачі і закриття документа про тимчасову непрацездатність (лікарняний листок, довідка).

Пункт 13 заповнюється обов'язково. Закінченим вважається випадок поліклінічного обслуговування, коли мета звернення досягнена.

При використанні скороченого варіанту Талона амбулаторного пацієнта (ф. № 025-7/о) не заповнюються:

- "Статистичний талон для реєстрації заключного (уточненого) діагнозу" (ф. № 025-2/О);

* "Талон на прийом до лікаря" (ф. № 025-4/о).

Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-7/о) з відміткою в пункті 13 **про** закінчений випадок поліклінічного обслуговування підписуються лікарем і передаються в кабінет медичної статистики для їх обробки.

Примітка. У пункті 11 Талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-7/о) необхідно вписувати також захворювання та стани, обумовлені побічною реакцією (дією) лікарського препарату, які можуть бути як основний, супутній діагноз або ускладнення. Такі талони слід відмічати кольоровою маркіровкою і застосовувати при їх розробці методику подвійного кодування за МКХ-10 (рубрики: А 00-К 95, Т 80.5.6, Т88.2, Т88.6). Окрім того, побічна за лікарських засобів, медикаментів при їх терапевтичному застосуванні кодується додатковими рубриками У40-У 59.

Термін зберігання Талону амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-116) - 1 рік після звітного періоду.

ПРОГРАМОВАНИЙ

тестовий контроль знань з Інструкції щодо заповнення та видачі Талона амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) та Талона амбулаторного пацієнта (скорочений варіант) (ф. № 025-7/о) (в подальшому Талон амбулаторного пацієнта)

1. В яких медичних закладах заповнюється на пацієнтів Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) чи (ф. № 025-7/о)?

- Приймальному відділені стаціонару лікарні;
- * - Міських і сільських амбулаторно-поліклінічних закладах;
- Санаторно-курортному закладі;
- * - Жіночих консультаціях;
- Діагностичних центрах;
- * - Коли в амбулаторно-поліклінічних закладах не ведеться на пацієнтів "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (ф. № 025-2/О).

2. Хто і з якою метою заповнює Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 027-6/о) чи (ф. №

027-7/0)?

- * - Лікуючий лікар амбулаторно-поліклінічного закладу;
- Лікар стаціонару лікарні;
- * - 3 метою реєстрації випадку поліклінічного обслуговування;
- 3 метою призначення лікування.

3. При якому виді статистичної обробки використовується "Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о)?

- Ручній;
- * - Автоматизованій;
- Змішаній.

4. Талон амбулаторного пацієнта (скорочений варіант)" (ф. № 025-7/о) використовується при статистичній обробці:

- * - Ручній;
- Автоматизованій;
- Змішаній.

5. Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) чи (ф. № 025-7/о) призначені для реєстрації:

- * - Захворювань;
- Викликів карети швидкої та невідкладної медичної допомоги;
- * - Числа відвідувань;
- Кількості стаціонарних хворих.

6. Інформацію якого змісту містить "Талон амбулаторного пацієнта" (ф. № 025-6/о)?

- * - Загальне число відвідувань пацієнтом амбулаторно-поліклінічного закладу;
- * - Число відвідувань пацієнтом лікаря в амбулаторно-поліклінічному закладу;
- * - Число відвідувань лікарем хворого на дому;
- Кількість викликів карети швидкої та невідкладної медичної допомоги;
- * - Мету кожного випадку поліклінічного обслуговування;
- * - Число зареєстрованих захворювань, в тому числі і травм;
- * - Про оперативні лікарські втручання;
- * - Диспансеризацію;
- * - Інвалідність;
- * - Тимчасову непрацездатність.

7. Яку інформацію містить "Талон амбулаторного пацієнта (скорочений варіант)" (ф. № 025-7/о)?

- * - Про пацієнта;
- * - Лікаря;
- * - Мету обслуговування пацієнта;
- * - Випадок поліклінічного обслуговування;
- * - Діагноз захворювання (основний, супутній);
- * - Тимчасову непрацездатність.

8. Що являє собою випадок поліклінічного обслуговування?

- Загальне число викликів карети швидкої та невідкладної медичної допомоги до хворого протягом місяця;
- * - Сукупність відвідувань пацієнтом (як в амбулаторно-поліклінічно-му закладі, так і на дому) на кожне його звернення до лікаря;
- Загальне число виконаних пацієнту призначених лікарем лікувальних та фізіотерапевтичних процедур.

9. За допомогою Талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) чи (ф. № 025-7/о) лікар реєструє всі види захворюваності, окрім тих, що реєструються при допомозі:

- * - Екстренного повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре

професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення (ф. № 058/о);

* - Контрольної карти диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки та особою, котра має розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин (ф. № 030-1/о);

- Статистичної картки хворого, який вибув зі стаціонару (ф. № 066/о);

* - Контрольної карти диспансерного нагляду за хворим на туберкульоз (ф. № 030-4/о);

* - Реєстраційної карти хворого на злоякісне новоутворення (ф. № 030-6/о);

* - Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, трихофітії, мікроспорії, фавусу, корости, трахоми" (ф. № 089/о);

* - Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, уроненітальний мікоплазмоз та трихомоніаз (ф. №089-1/0);

* - Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення" (ф. № 090/о).

10. Який обліковий документ заповнює лікар на пацієнтів з гострими респіраторно вірусними інфекціями та грипом?

- Екстренне повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення (ф. № 058/о);

* - Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) та (ф. № 025-7/о);

- Статистичний талон заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/о).

11. До якого часу зберігається в кабінеті лікаря Талон амбулаторного пацієнта ф. № 027-6/о чи (ф. № 027-7/о)?

* - Поки випадок поліклінічного обслуговування не буде закінченим;

- До початку звітного року в амбулаторно-поліклінічному закладі;

- До завершення прийому у лікаря.

12. Що являє собою первинний випадок поліклінічного обслуговування?

* - Перший в даному календарному році випадок поліклінічного обслуговування з конкретною метою;

- Випадок поліклінічного обслуговування, пов'язаний з повторним зверненням пацієнта в поточному році з приводу хронічного захворювання;

* - Випадок поліклінічного обслуговування, пов'язаний з гострим захворюванням.

13. При записуванні діагнозу до Талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) чи (ф. № 027-7/о) необхідно дотримуватись таких правил, де:

* - Основним діагнозом вважається діагноз, який став причиною даного звертання пацієнта;

* - Основний діагноз вписується при останньому відвідуванні пацієнта за даним зверненням;

* - Коли діагноз при профілактичному огляді не встановлений - необхідно вписати "здоровий" (0000);

* - В супутні захворювання не слід вносити симптоми або синдроми;

* - Коли при зверненні за лікуванням гостре захворювання комбінується з хронічним, то основним захворюванням, яке було причиною звернення, необхідно рахувати гостре захворювання.

14. Випадок поліклінічного обслуговування вважається закінченим тоді, коли:

* - Пацієнт повністю обстежений;

* - Хворому призначено лікарем і проведено необхідне лікування;

* - Хворий одужав;

- Пацієнт не довершив обстеження;
- * - Стан хворого настільки поліпшився, що не потребує звернення до лікаря;
- * - Мета звернення пацієнта до лікаря завершена;
- Хворий не завершив лікування.

14. Що необхідно зробити лікареві амбулаторно-поліклінічного закладу, щоби випадок поліклінічного обслуговування пацієнта був закінчений і Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) чи (ф. № 027-7/о) був закритий?

- * - Повторно викликати хворого;
- * - Організувати консультацію;
- Не приймати ніяких дій;
- Закрити Талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) чи (ф. № 027-7/о), не завершивши лікування.

ПЕРЕЛІК

основних статистичних показників та формули їх математичних розрахунків, котрі отримують згідно з даними Талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о) та Талону амбулаторного пацієнта (скорочений варіант) (ф. № 025-7/о)

1. Показник рівня / поширеності загальної захворюваності:

$$\frac{\text{Число всіх хворих (знак "+" та знак "-"), котрі звернулися до амбулаторно-поліклінічного закладу в даному періоді часу}}{\text{Чисельність населення дільниці / району обслуговування амбулаторно-поліклінічного закладу}} \times 1000$$

2. Показник рівня / поширеності первинної захворюваності:

$$\frac{\text{Число хворих, котрим вперше в житті встановлено діагноз (знак "+")}}{\text{Чисельність населення дільниці / району обслуговування амбулаторно-поліклінічного закладу}} \times 1000$$

3. Показник структури захворюваності (первинної, загальної, за статтю, віком чи окремими нозологіями) на дільниці / районі обслуговування амбулаторно-поліклінічного закладу:

$$\frac{\text{Число хворих відповідним захворюванням}}{\text{Загальне число всіх хворих}} \times 100\%$$

4. Показник відвідуваності амбулаторно-поліклінічного закладу / лікаря пацієнтами, котрі проживають в районі обслуговування:

$$\frac{\text{Число пацієнтів, котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря і проживають в районі обслуговування}}{\text{Загальне число хворих, котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря}} \times 100\%$$

5. Показник відвідуваності пацієнтами амбулаторно-поліклінічного закладу / лікаря в залежності від окремих контингентів населення:

$$\frac{\text{Число інвалідів війни (учасників війни, постраждалих від аварії на ЧАЕС тощо), котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря}}{\text{Загальне число хворих, котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря}} \times 100\%$$

6. Показник розподілу відвідувань амбулаторно-поліклінічного закладу / лікаря за метою обслуговування:

$$\frac{\text{Число відвідувань за метою обслуговування}}{\text{Загальне число всіх відвідувань}} \times 100\%$$

7. Показник частоти випадків поліклінічного обслуговування (ВПО) за метою обслуговування:

$$\frac{\text{Число ВПО з конкретною метою обслуговування}}{\text{Загальне число ВПО}} \quad \Bigg| \quad \times 1000$$

8. Показник структури ВПО за конкретною метою обслуговування:

$$\frac{\text{Число ВПО з конкретною метою обслуговування}}{\text{Загальне число ВПО}} \quad \Bigg| \quad \times 100 \%$$

9. Показник частоти випадків первинного/повторного поліклінічного обслуговування:

$$\frac{\text{Число первинних / повторних випадків поліклінічного обслуговування у даному календарному році}}{\text{Чисельність населення дільниці}} \quad \Bigg| \quad \times 1000$$

10. Показник питомої ваги випадків первинного / повторного поліклінічного обслуговування:

$$\frac{\text{Число первинних / повторних ВПО у даному календарному році}}{\text{Загальне число ВПО}} \times 100$$

11. Показник питомої ваги відвідувань у поліклініці / на дому у загальній кількості відвідувань:

$$\frac{\text{Число відвідувань у поліклініці / вдома}}{\text{Загальне число відвідувань}} \quad \Bigg| \quad \times 100 \%$$

12. Показник відвідуваності пацієнтами амбулаторно-поліклінічного закладу / лікаря за видами травм:

$$\frac{\text{Число пацієнтів, котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря з конкретною травмою}}{\text{Загальне число хворих, котрі відвідали амбулаторно-поліклінічний заклад / лікаря з травмами}} \quad \Bigg| \quad \times 100 \%$$

13. Показник частоти оперативної допомоги (операцій) виконаних на прийомі

$$\frac{\text{Число пацієнтів, котрим провели конкретні лікарі хірургічного фаху оперативні втручання на прийомі}}{\text{Загальне число хворих, котрі відвідали лікарів хірургічного фаху}} \quad \Bigg| \quad \times 100 \%$$

14. Показник структури оперативної допомоги (операцій) виконаних на прийомі

$$\frac{\text{Число пацієнтів, котрим проведені конкретні оперативні втручання на прийомі лікарями хірургічного фаху}}{\text{Загальне число пацієнтів, котрим провели і лікарі хірургічного фаху оперативні втручання на прийомі}} \times 100$$

15. Показник повноти охоплення диспансерним лікарським спостереженням:

$$\frac{\text{Число хворих даним захворюванням, які знаходяться на диспансерному спостереженні на початок року (A) + взяті під спостереження протягом року (B) - хворі, які взагалі не з'явились протягом року (C)}}{\text{Число зареєстрованих хворих даною хворобою}} \quad \Bigg| \quad \times 100$$

16. Показник своєчасності взяття хворих на диспансерний облік:

$$\frac{\text{Число хворих взятих під спостереження із числа осіб з вперше встановленим діагнозом}}{\text{Число захворювань з вперше в житті встановленим діагнозом в даному році}} \quad \times 100$$

17. Показник питомої ваги взятих на диспансерне спостереження серед тих, які

знаходяться під спостереженням:

$$\frac{\text{Число хворих взятих на диспансерне спостереження з даним захворюванням}}{\text{Число хворих, які знаходяться під диспансерним спостереженням на початок року + хворі взяті в даному році}} \times 100$$

18. Показник питомої ваги обслуговувань пацієнтів у денному / домашньому стаціонарі в загальній кількості поліклінічних обслуговувань:

$$\frac{\text{Число випадків обслуговувань пацієнтів у денному / домашньому стаціонарі}}{\text{Загальне число випадків обслуговування пацієнтів}} \times 100 \%$$

19. Показник питомої ваги закінчених / незакінчених ВПО серед загальної кількості ВПО:

$$\frac{\text{Число закінчених / незакінчених ВПО}}{\text{Загальна кількість ВПО}} \times 100 \%$$

20. Показник структури закінчених / незакінчених ВПО серед первинних / повторних ВПО:

$$\frac{\text{Число закінчених / незакінчених первинних / повторних ВПО}}{\text{Загальна чисельність первинних / повторних ВПО}} \times 100 \%$$

21. Показник середньої кількості відвідувань пацієнтом на один ВПО:

$$\frac{\text{Загальне число відвідувань пацієнтами лікаря / амбулаторно-поліклінічного закладу}}{\text{Загальна чисельність ВПО у лікаря / амбулаторно-поліклінічному закладі}} \times 100 \%$$

22. Показник питомої ваги осіб, котрі звернулися до лікаря / поліклініки протягом року:

$$\frac{\text{Кількість осіб, котрі звернулися до лікаря / поліклініки протягом року}}{\text{Загальна чисельність населення лікарської дільниці / району Обслуговування амбулаторно-поліклінічного закладу}} \times 100 \%$$

23. Показник чисельності відвідувань на одного мешканця району обслуговування:

$$\frac{\text{Загальне число відвідувань лікаря / амбулаторно-поліклінічного закладу}}{\text{Загальна чисельність мешканців району обслуговування}} \times 100 \%$$

24. Показник частки працюючого / непрацюючого населення серед тих, котрі звернулися до лікаря / амбулаторно-поліклінічного закладу:

$$\frac{\text{Кількість працюючих / непрацюючих осіб, котрі звернулися до лікаря / амбулаторно-поліклінічного закладу}}{\text{Загальна кількість осіб, котрі звернулися до лікаря / амбулаторно-поліклінічного закладу}} \times 100 \%$$

25. Показник питомої ваги захворюваності населення району обслуговування з тимчасовою втратою працездатності:

$$\frac{\text{Загальна кількість випадків захворюваності з тимчасовою втратою працездатності}}{\text{Загальна кількість випадків захворюваності}} \times 100 \%$$

26. Показник структури захворюваності населення району обслуговування з тимчасовою втратою працездатності:

$$\frac{\text{Кількість випадків конкретного захворювання із тимчасовою втратою працездатності}}{\text{Загальна кількість випадків захворюваності з тимчасовою втратою працездатності}} \times 100 \%$$

27. Показник дільничності терапевтичного чи іншого відділення:

Число відвідувань мешканцями лікарсько-територіальної дільниці
свого дільничного лікаря-терапевта / сімейного лікаря

Загальне число відвідувань дільничних лікарів-терапевтів / сімейних лікарів
мешканцями району обслуговування амбулаторно-поліклінічного закладу x 100 %

28. Показник дільничності на прийомі в дільничного лікаря-терапевта / сімейного лікаря

Число відвідувань мешканцями лікарсько-територіальної
дільниці свого дільничного лікаря-терапевта / сімейного
лікаря

x 100 %

Загальне число відвідувань дільничних лікарів-терапевтів / сімейних лікарів

29. Показник дільничності на дому для терапевтичного чи іншого відділення амбулаторно-поліклінічного закладу

Число відвідувань дільничним лікарем-терапевтом чи іншим лікарем
мешканців лікарсько-територіальної дільниці на дому

x 100%

Загальне число відвідувань дільничними лікарями-терапевтами чи іншими
лікарями мешканців району обслуговування амбулаторно-поліклінічного
закладу на дому

Список використаної літератури

1. Вороненко Ю.В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я. - Київ "Здоров'я". – 2002. – 358 с.
2. Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
3. Рудень В.В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково – звітної документації медичного закладу. – Львів "Наутіліус", 2010. – 629 с.