

ПРИКАЗ N 1338
от 31 декабря 1987 г.

О ВВЕДЕНИИ НОВОЙ ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

(с изм., внесенными Приказом Минздрава СССР от 29.02.1988 N 155)

В целях упрощения ведения первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических учреждениях, обеспечения ее унификации и достоверности

Утверждаю:

1. Новую форму медицинской карты амбулаторного больного ф. N 025/у-87 (Приложение 1).
2. Типовую Инструкцию по ведению новой формы медицинской карты амбулаторного больного - ф. N 025/у-87 (Приложение 2).
3. Список форм первичной медицинской документации, введенной приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. N 1030, подлежащий дальнейшему использованию в измененной редакции (Приложение 3).
4. Список форм первичной медицинской документации, исключенной из перечня форм, утвержденного приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. N 1030 (Приложение 4).

Приказываю:

1. Министрам здравоохранения союзных и автономных республик, руководителям органов здравоохранения:

1.1. Обеспечить с 1 апреля 1988 г. введение новой формы медицинской карты амбулаторного больного во всех учреждениях здравоохранения, ведущих амбулаторный прием, для чего организовать их тиражирование в необходимом количестве.

Впредь до издания новой формы медицинской карты амбулаторного больного вести учет на бланках ф. N 025/у, утвержденной приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. N 1030 с необходимыми дополнениями до полного использования имеющихся запасов бланков.

1.2. Провести инструктаж руководителей учреждений здравоохранения, врачей амбулаторно-поликлинических учреждений о порядке ведения новой формы медицинской карты амбулаторного больного.

1. Осуществлять постоянный контроль за ведением медицинской документации, качеством лечебно-диагностического процесса. В случае неуточненного диагноза обязать заведующих отделениями обеспечить консультацию больных на 3 день заболевания.

2. Главному управлению лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР (тов. Калинин В.И.) в срок до 1 апреля 1988 г. разработать новую форму медицинской карты амбулаторного больного для наркологических, психоневрологических диспансеров, подразделений (кабинетов).

3. Управлению медицинской статистики Минздрава СССР (т. Церковный Г.Ф.) в срок до 1 марта 1988 г. пересмотреть формы первичной медицинской документации для амбулаторно-поликлинических учреждений.

4. Министру здравоохранения Украинской ССР т. Романенко А.Е.:

4.1. Осуществить с 1 июля 1988 г. по 30 декабря 1989 г. эксперимент по внедрению в работу амбулаторно-поликлинических учреждений г. Львова новой формы медицинской карты амбулаторного больного с хранением ее на руках у пациента.

4.2. Обеспечить проведение подготовительной работы и систематического контроля за ходом эксперимента.

5. Директору ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко т. Овчарову В.К.:

5.1. Включить в план научно-исследовательских работ тему по апробации новой формы медицинской карты амбулаторного больного с хранением ее на руках у пациента.

5.2. Разработать порядок организации медицинской помощи населению в условиях эксперимента и представить на утверждение в Министерство здравоохранения СССР к 1 апреля 1988 г.

5.3. Осуществить организационно-методическую и консультативную помощь учреждениям здравоохранения, участвующим в эксперименте.

5.4. Подвести итоги эксперимента по внедрению новой формы медицинской карты амбулаторного больного с хранением ее на руках у пациента и представить результаты в Минздрав СССР до 1 марта 1990 г.

7. Приказ разрешается размножить в необходимом для работы количестве экземпляров.

8. Считать утратившей силу Типовую инструкцию по заполнению "Медицинской карты амбулаторного больного" (ф. N 025/у), утвержденную 20.06.1983 г. N 27-14/70-83.

Контроль за исполнением приказа возложить на Начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи Минздрава СССР тов. В.И.Калинина.

Министр здравоохранения СССР Е.И. ЧАЗОВ

Медицинская документация
форма N 025/У-87
УТВЕРЖДЕНА
приказом Минздрава СССР
от 31.12.1987 г. N 1338

ИНВАЛИД ВОВ (СА) уд. N
УЧАСТНИК ВОВ уд. N

Код по ОтКУД

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

_____ (наименование лечебно-профилактического учреждения)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

код больного

М Ж

1. Фамилия _____ 2. Имя, отчество _____
3. Дата рождения _____ 4. Тел. дом. _____ сл. _____
5. Адрес _____ 6. Место работы (учебы) _____
7. Прикреплены для диспансеризации:
7.1. В данном учреждении _____
(номер/название врачебного участка)
7.2. В другом учреждении _____
(наименование ведомства)

СИГНАЛЬНЫЕ ОТМЕТКИ

ГРУППА и Р-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ _____
АЛЛЕРГИЯ _____
Тип реакции _____
ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (когда, сколько) _____
ПРИВИВКИ (когда, какие) _____
Реакция _____
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА _____
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ _____
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ _____

Перечисной эпикриз из медицинской карты <*>

Ф.И.О. _____ Поступил под наблюдение данной поликлиники в 19.. г.
Состоит под диспансерным наблюдением: да, нет (подчеркнуть). Группа
диспансерного учета _____
Наличие и группа инвалидности _____
Диагноз основного заболевания: _____

_____ Дата его выявления 19.. г.
Сопутствующие заболевания с датами их выявления _____

<*> - Дополняется листом уточненных диагнозов.

Результаты важнейших диагностических исследований

Дата	Вид исследования	Результат

Сведения о госпитализации

Дата	Место госпитализации	Диагноз	Дополнительные сведения для врача (особенности течения заболевания, лечения и пр.)

Дата (число, месяц, год)	ЛИСТ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (уточненных) ДИАГНОЗОВ			Подпись врача
	заключительные (уточненные) диагнозы	впервые установл. диагнозы (отметить +)	в том числе установл. впервые при профосмотре (отметить +)	
1	2	3	4	5

ДАННЫЕ ПРОФ. ОСМОТРОВ

Обследование	19.. г.	19.. г.	19.. г.	19.. г.	19.. г.
1. Рост					
2. Масса тела					
3. Острота зрения					
4. Внутриглазное давление					
5. Острота слуха					
6. Пневмотахометрия					
7. Артериальное давление					
8. ЭКГ					
9. Осмотр полости рта (состояние зубов)					
10. Анализ крови:					
СОЭ					
НВ					
сахар					
11. Анализ мочи: на белок					
12. Флюорография					
13. Маммография					
14. Гинекологический осмотр со взятием мазка					
15. Пальцевое исследование прямой кишки					

**ЛИСТ
ЗАПИСИ НАЗНАЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,
СПОСОБНЫХ ВЫЗВАТЬ БОЛЕЗНЕННОЕ ПРИСТРАСТИЕ**

Дата	Наименование лекарственного средства	Дозировка	Фамилия врача	

ОСМОТР ТЕРАПЕВТА (первичный)

Дата _____ Жалобы: _____

Анамнез: _____

Кожные покровы: обычные _____

Лимфатические узлы: _____

Суставы: (не) изменены _____

Зев: чистый, гиперемированный. Миндалины: обычные, рыхлые, увеличены, уменьшены.

Число дыханий ... в мин. В легких: дыхание везикулярное, многочисленные, (сухие, жужжащие, свистящие, влажные, ... звонкие). Притупление перкуторного звука в области _____

Тоны сердца: чистые, ясные, приглушенные, (I, II), акцент II т. на аорте; шум систолический - на верхушке во II межреберье справа, диастолический - на верхушке, в точке Боткина: III и IV тоны на верхушке. АД сидя ..., лежа

Пульс _____ уд. в мин., ритмичный, наполнения и напряжения удовлетворительного, хорошего, напряж. _____

Язык: чистый, влажный, обложен белым, желтовато-белым налетом, живот мягкий, вздут; при пальпации - разлитая, ограниченная болезненность в эпигастрии, в средней и нижней трети живота (справа, слева, по средней линии), в правом подреберье, зоне Шоффара _____

Мышечная защита _____

Печень не пальпируется, выступает из подреберья на ... см. Край ... уплотненный, болезненный.

Стул: нормальный, неустойчивый. Запоры, спастический, атонический.

Мочеиспускание нормальное, болезненно, учащенное.

Отеки

Дополнительные данные: _____

Диагноз _____

Группа "Д" наблюдения (Д1, Д2, Д3) _____

Назначения	Обследование

Б/л N _____ Срок _____

Активное посещение _____ Повторная явка _____

Врач _____

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ НА ВКК

Дата _____ на б/листе с _____ по _____ дней _____

Диагноз _____

Динамика состояния и проводимое лечение _____

Нуждается в продлении б/листка до "....." 19.. г.

Врач _____

КОНСУЛЬТАЦИЯ ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЕМ

Дата _____

Данные осмотра _____

Диагноз _____

Рекомендации лечащему врачу _____

Экспертное решение: б-лист продлен с _____ по _____
Зав. отделением _____

ОСМОТР КАРДИОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Кожные покровы: обычные _____ окраска _____
влажность _____ отечность _____

Лимфатические узлы _____

Суставы: (не) изменены _____ (без) болезненные _____ цвет _____
конфигурация сохранена (нет) _____ отечность _____
контрактура, анкилоз _____

Зев _____ Миндалины _____

Легкие: дыхание везикулярное, хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____

Сердечно-сосудистая система: границы сердца _____

Пульс _____ уд. в мин. (не) ритмичный, наполнения (не) удовлетворительного
хорошего, _____ напряжен, верхушечный толчок _____

Тоны _____ Акцент тона на _____ Шумы _____

над крупными сосудами _____ АД: сидя _____ лежа _____ левая рука _____ правая _____

Печень _____ выступает из подреберья на _____ см., _____ уплотнена _____

Селезенка _____ Почки _____

С-м Пастернацкого _____ Мочеиспускание _____ Стул _____

Диагноз _____

_____ Группа "Д" наблюдения (Д1, Д2, Д3)

Назначения

Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____

Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР РЕВМАТОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Кожные покровы: обычные _____ окраска _____

влажность _____ отечность _____ Лимфатические узлы _____

Суставы: (не) изменены _____ (без) болезненные _____ цвет _____

конфигурация сохранена (нет) _____ отечность _____

Нарушение функции сустава _____

Зев _____ Миндалины _____ Легкие: _____

Сердечно-сосудистая система: границы сердца _____

Пульс _____ уд. в мин. (не) ритмичный, наполнения (не) удовлетворительного _____ хорошего, _____ напряжен, верхушечный толчок _____

Тоны _____ Акцент _____ тона на _____ Шумы _____

над крупными сосудами _____ АД: сидя _____ лежа _____ левая рука _____ правая _____

Печень _____ выступает из подреберья на _____ см., _____ уплотнена

Болезненность _____ Селезенка _____ Почки _____

С-м Пастернацкого _____ Мочеиспускание _____ Стул _____

Диагноз _____

_____ Группа "Д" наблюдения (Д1, Д2, Д3)

Назначения	Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____

Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР ЭНДОКРИНОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Телосложение _____ рост _____ см., вес _____ кг.

тонус мускулатуры _____ степень ожирения _____

Кожные покровы: обычные, тургор _____, окраска кожи и слизистых оболочек _____ влажность _____, пигментация _____, отеки _____

Вторичные половые признаки: соответствуют полу и возрасту, недоразвиты, преждевременно развиты, либидо, половое оволосение, менструальный цикл _____

Щитовидная железа: без изменений, увеличение I, II, III, IV ст., консистенция _____, подвижность _____, болезненность _____, узлы _____, тахикардия _____,

похудание _____, дрожание рук _____ экзофтальм, симптом Грефе и др. _____
Отеки лица и конечностей _____, сухость кожи _____, зябкость _____,
сонливость _____, запоры _____. Легкие: дыхание везикулярное _____
хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____
Сердечно-сосудистая система: тоны сердца _____, шум _____
АД _____ мм рт. ст. Пульс _____ уд. в мин., (не) ритмичный _____
Живот: мягкий, _____, болезненный _____
Печень _____ Селезенка _____
Нервно-психический статус _____

Дополнительные данные _____

Диагноз _____

Назначения	Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____ Повторная явка _____
Врач _____

ОСМОТР ОТОЛАРИНГОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Носовое дыхание _____

Полость носа: без изменений; содержит _____ отделяемое
слизистая _____ цвета, отечна (нет), гиперемирована, атрофирована; _____

полипы: имеются, отсутствуют, носовые раковины _____

носовая перегородка: без изменений, искривлена (умеренно, резко), вправо,
влево _____

Носоглотка: без изменений _____

аденоиды 1, 2, 3 ст.; другие образования _____

Глотка: без изменений, слизистая _____

Миндалины (Д, С) _____ Лимфатические узлы _____

Голосовая функция _____

Гортань: без изменений _____

Уши: без изменений; наружное ухо (Д, С) _____

слуховой проход (Д, С) _____

барабанная перепонка: без изменений (Д, С) _____

слух: ш.р. Д _____ м, С _____ м; р.р. Д _____ м, С _____ м.

Камертональное исследование _____ Вестибулярные функции _____

Дополнительные данные _____

Проводимые манипуляции _____

Диагноз _____

Назначения	Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____

Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР ОКУЛИСТА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Острота зрения	Правый глаз	Левый глаз
	без корр. _____	без корр. _____
	с корр. _____	с корр. _____

Орбита, положение глаз, двигательный аппарат: норма (Д,С) _____

Веки: норма (Д,С); ресничный край: утолщен, чешуйки, язвочки, трихиаз (Д,С);
конъюнктива век: норма, гиперемирована (Д,С); отделяемое: нет, немного;
слизистое, гнойное, пенистое (Д,С) _____

Слезные органы: норма (Д,С); проходимость: активная, пассивная (Д,С)

Склера: норма (Д,С), конъюнктивальная, смешанная (Д,С) _____

Роговица: прозрачная, помутнение (Д,С) _____

Передняя камера: мелкая, глубокая, неравномерная (Д,С): влага ...
прозрачная (Д,С);

Радужка: норма (Д,С) _____ зрачок: норма (Д,С) _____

Хрусталик: прозрачен (Д,С), мутный частично, спицы, полностью (Д,С) _____

Стекловидное тело: прозрачно (Д,С), муть диффузная, плавающая, грубая, тонкая
(Д,С) _____ Глазное дно: зрительный нерв (Д,С) _____

сосуды (Д,С) _____ сетчатка (Д,С) _____

Поле зрения: норма, изменено (см. схему) _____

Внутриглазное давление _____

Проводимые манипуляции _____

Диагноз: _____

Назначения	Обследование
	Схема полей зрения

Б/л N _____ Сроки _____
Активное посещение _____ Явка в поликлинику _____
Врач _____

ОСМОТР НЕВРОПАТОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

намнез _____

Статус _____ АД _____ мм.рт. ст. Пульс _____ уд. в м

Сознание: ясное, оглушенность, сопор, кома _____

Зрачки равные, анизокория (Д,С). Диплопия нет, есть. Движение глазных яблок в полном объеме, огранич. вверх, в стороны. Реакция на свет: живая, вялая, отсутствует _____

5-я пара: точки выхода болезненны Д-1, 2, 3. С-1, 2, 3 _____

7-я пара: лицо симметричное, асимметричное, парез периферический, центральный (Д,С) _____

8-я пара: нистагм, шум в ушах, слух нормальный, снижен, отсутствует, головокружение, системное, несистемное _____

9-10 пары: глотание нормальное, поперхивание, пища выливается через нос, голос осиплый, гнусавый, афония _____

12-я пара: язык отклоняется вправо, влево. Гипотрофия Д _____ С _____ половины

Менингеальные симптомы: нет, есть; ригидность затылочных мышц, с-м Кернига, Чувствительность: гипестезия, анестезия, гиперестезия, Брудзинского _____

Рефлексы: с конечностей верхних _____ нижних _____

Патологические знаки: нет, есть _____

Координация: норма, в позе Ромберга пошатывается, падает вправо; влево; промахивается при пальценосовой пробе Д _____ С _____ Атаксия _____

Афазия: моторная, сенсорная, амнестическая. Апраксия, астериогноз _____

Расстройства движений: нет, есть. Гимиплегия _____ Параллегия _____

Тетраплегия _____ Моноплегия _____ Гемипарез _____ Парапарез _____

Тетрапарез _____ Монопарез _____

Вегетативная нервная система: дермографизм розовый, красный, белый, широкий, узкий, быстро исчезающий, гипергидроз ладоней, стоп _____

Эмоциональная сфера: эмоционально лабилен, загруженность, вялость, аданамия;

Периферическая нервная система: симптом Лассега _____

симптом Нери _____; симптом посадки _____ и др. симптомы _____

Состояние мышц спины _____, объем движений позвоночника _____

Проводимые манипуляции: _____

Диагноз _____

Назначения	Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____

Врач _____ Повторная явка _____

ОСМОТР ХИРУРГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Кожные покровы _____

Лимфатические узлы _____

Органы движения: верхние конечности _____

нижние конечности _____ (цвет, перемежающаяся хромота, температура кожных покровов, пульсация, сосудистая система) _____

Суставы: (не) изменены _____

Язык: чистый, обложен, влажный, сухой _____

Живот: мягкий, вздут, при пальпации болезненность разлитая, ограниченная _____

Мышечная защита: _____

Печень: (не) пальпируется _____

Стул: нормальный, неустойчивый, запоры _____

Прямая кишка: (выделения, геморроидальные узлы, инфильтрация, пальцевое обследование, пальпация обл. копчика) _____

Дополнительные данные _____

Проводимые манипуляции _____

Диагноз _____

Назначения	Обследование

Б/л N _____ Срок _____

Активное посещение _____ Явка в поликлинику _____

Врач _____

ОСМОТР УРОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Объективные данные: язык _____, живот _____

почки _____, мочевого пузыря _____

Наружные половые органы _____

Выделения _____ моча _____ простата _____

Анализ мочи _____ крови _____

Инструментальное обследование _____

Диагноз _____

Назначение _____

Б/л N _____ Срок _____ Подпись врача _____

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата _____	Обследование и лечение:
------------	-------------------------

ВКЛАДЫШ для больного гриппом, ОРЗ, ангиной (первичное)

Дата _____ В поликлинике, на дому (подчеркнуть)

Жалобы: головная боль, озноб, насморк, боли в глазах, в груди, мышцах, кашель, боль в горле умеренная, сильная, небольшая, слабость _____
Начало: внезапное, постепенное, после переохладения.

Лечение:
(Режим: постельный, домашний, амбулаторный)

Объективные данные:

_____ град. С, Пульс _____ АД _____

Общее состояние: удовлетворит., ср. тяжести, тяжелое. Миндалины: набухли, гиперемированы, налеты _____

Кожа: сухая, влажная, чистая _____

Лимфоузлы _____

Сердце: тоны ясные, приглушены, глухие _____

Легкие: дыхание везикулярное, жесткое, хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____

Живот: мягкий, безболезненный, болезненный, стул _____

Диагноз: основной _____

Б/л N _____
с _____ по _____ 19.. г.

Сопутствующий _____

Активное посещение, явка в поликлинику:

Врач _____ (фамилия) Дата _____

Повторное посещение (в поликлинике, на дому) "... " _____ 19.. г.

Жалобы _____ Лечение _____

Общее состояние _____

Т _____ град. С Пульс _____ А/Д _____

Объективно: _____

_____ Обследование _____

Диагноз _____

Б/л с _____ по _____ 19 .. г. Консультация _____

Врач _____

Повторное посещение (в поликлинике, на дому) "... " _____ 19..г.

Жалобы _____ Лечение _____

Общее состояние _____

Т _____ град. С Пульс _____ А/Д _____

Объективно: _____

_____ Обследование _____

Диагноз _____

Б/л с _____ по _____ 19 .. г. Консультация _____

Врач _____

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата _____

Обследование
и лечение:

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата _____

Обследование
и лечение:

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата _____

Обследование
и лечение:

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ВЕДЕНИЮ НОВОЙ ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО N 025/У-87**

Медицинская карта амбулаторного больного является основным документом, отражающим состояние здоровья пациента, и заполняется на всех впервые обратившихся в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей.

Карта заполняется во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, врачебных здравпунктах.

Примечание:

1. Медицинская карта амбулаторного больного заполняется:

- в противотуберкулезных учреждениях - на первично обратившихся и консультативных больных; на контингенты, взятые на учет противотуберкулезным учреждением, заполняется медицинская карта больного туберкулезом (ф. N 081/у);

- в кожно-венерологических учреждениях - на больных кожными болезнями и больных, направленных на консультацию; на больных венерическими болезнями заполняется карта больного венерическими заболеваниями (ф. N 065/у), на больных грибковыми болезнями - медицинская карта больного грибковым заболеванием (ф. N 065-1/у);

- в женских консультациях - на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности; на беременных и родильниц заполняется индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. N 111/у).

2. На фельдшерско-акушерских пунктах и здравпунктах вместо медицинской карты амбулаторного больного ведется журнал регистрации амбулаторных больных (ф. N 074/у).

При одновременном введении новых медицинских карт в работу амбулаторно-поликлинических учреждений к заполнению ее лицевой стороны (паспортные данные) привлекаются все медицинские регистраторы, участковые медицинские сестры и медицинские сестры врачей-специалистов. Руководит всей работой главная медицинская сестра, а по терапевтическим отделениям - старшие медицинские сестры.

Медицинская карта амбулаторного больного состоит из бланков для долговременной информации и бланков для оперативной информации. Бланки долговременной информации включают сигнальные отметки, лист записи заключительных диагнозов, данные профилактических осмотров и лист записи назначения наркотических лекарственных средств. Они заранее крепятся (в типографии) к твердой обложке медицинской карты. Бланки оперативной информации включают формализованные вкладыши для записи первого обращения пациента к следующим специалистам: участковому терапевту, кардиологу, ревматологу, эндокринологу, хирургу, урологу, невропатологу, отоларингологу, окулисту, а также вкладыши для больного гриппом, ОРЗ, ангиной, для записи консультации зав. отделением, этапный эпикриз на ВКК, вкладыш повторного посещения. Бланки оперативной информации подклеиваются к гребешку амбулаторной карты в заполненном виде по мере обращения пациента к специалистам на амбулаторном приеме и на дому.

Долговременная информация о больном.

Бланк "Сигнальные отметки" заполняется врачом любой специальности при наличии или обнаружении признаков, перечисленных в данном листе. Внесенные данные подтверждаются подписью врача и печатью.

"Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов" заполняется врачами всех специальностей на каждое заболевание, по поводу которого больной обратился в данное учреждение в отчетном году. Заболевание, обнаруженное у больного впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается знаком "+" (плюс). При этом, если заболевание установлено при обращении по поводу заболевания, то знак "+" проставляется в 3 графу; если заболевание выявлено при профосмотре, то знак "+" проставляется в 4 графу. Заболевания, которые могут возникнуть заново несколько раз (ангина, грипп, ОРЗ, пневмония, травма и т.д.) всякий раз считаются впервые выявленными и отмечаются знаком "+" (плюс). Хроническое заболевание, с

которым больной обращался в предыдущие годы, в случае обращения с ним в отчетном году вновь вносится в лист, но со знаком "-" (минус).

В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом обращении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

В случае, когда поставленный и записанный на "лист" диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на "лист".

Бланк "Данные проф. осмотров" заполняется во время проведения ежегодных профилактических осмотров. Он рассчитан на 5 лет. Обследование проводится по 15 признакам (рост, масса тела, острота зрения, внутриглазное давление, острота слуха, пневмотахометрия, артериальное давление, ЭКГ, осмотр полости рта, анализ крови, анализ мочи, флюорография, маммография, гинекологический осмотр со взятием мазка, пальцевое исследование прямой кишки). Результаты обследования вносятся в графу текущего года в том кабинете, где проведен соответствующий осмотр или исследования пациента.

В лист записи назначения наркотических лекарственных средств и лекарственных средств, способных вызвать болезненное пристрастие, вносятся все записи о назначенных врачами поликлиники (вне зависимости от специальности) всех наркотических лекарственных средств и всех других лекарственных средств, способных вызвать болезненное пристрастие (их список объявляется информационными письмами Минздрава СССР, Министерств здравоохранения союзных и автономных республик, заведующими краевыми, областными отделами здравоохранения).

Контроль за обоснованностью прописывания указанных лекарственных средств (п. 3.5. приказа Минздрава СССР от 29 января 1987 г. N 149-ДСП) возложен на главных врачей лечебно-профилактических учреждений.

Во всех случаях должны быть четко заполнены все графы бланка и скреплены подписью врача.

Оперативная информация.

Вкладыши "Осмотр терапевта", "Вкладыши для больного гриппом, ОРЗ, ангиной", "Осмотр кардиолога", "Осмотр ревматолога", "Осмотр эндокринолога" заполняются при первичном обращении к врачам терапевтического профиля. При обследовании больного или проведении профосмотра следует придерживаться того плана, который имеется в бланке. По каждому признаку - норма подчеркивается, а патология вносится в соответствующую графу. При повторном обращении пациента заполняется "Повторный осмотр". При записи результатов повторного осмотра вносится только динамика изменения состояния больного, данные обследования, лечения и экспертизы трудоспособности. Все указанные вкладыши последовательно по мере обращения больного подклеиваются к обложке медицинской карты.

Вкладыш "Этапный эпикриз на ВКК" заполняется лечащим врачом для решения вопросов экспертизы временной нетрудоспособности. Обратная сторона этого вкладыша предназначена для "Консультации заведующего отделением", который вносит в него рекомендации по поводу дополнительного обследования, диагноза, лечения, восстановительной терапии, экспертизы трудоспособности и трудоустройства.

Вкладыши "Осмотр хирурга", "Осмотр отоларинголога", "Осмотр окулиста", "Осмотр невропатолога", "Осмотр уролога" заполняются при первичном обращении к врачам-специалистам. Они заполняются аналогично вкладышам, описанным для врачей терапевтического профиля. Записи о повторном посещении проводятся на дополнительные бланки "Повторный осмотр".

В медицинскую карту подклеиваются результаты анализов и обследования, заключительные эпикризы стационарного лечения.

Вкладыш "Переписной эпикриз из медицинской карты" предназначен для внесения сведений о больном при заведении новой утвержденной формы медицинской карты амбулаторного больного, а также при оформлении медицинской карты на хранение в архив. Он дополняется листом уточненных диагнозов.

В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара или его смерти медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику. В случае смерти больного одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте проводится запись о дате и причине смерти. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи В.И.КАЛИНИН

Приложение N 3
к приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 31.12.1987 г. N 1338

**СПИСОК ФОРМ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ,
ВВЕДЕННОЙ ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА СССР
04.10.1980 г. N 1030,
ПОДЛЕЖАЩЕЙ ДАЛЬНЕЙШЕМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ
В ИЗМЕНЕННОЙ РЕДАКЦИИ**

Наименование формы	N формы	Вид документа	Срок хранения
1. Медицинская карта амбулаторного больного	025/у-87	тетрадь в обложке	5 лет

Приложение N 4
к приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 31.12.1987 г. N 1338

**СПИСОК
ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ИСКЛЮЧЕННОЙ
ИЗ ПЕРЕЧНЯ ФОРМ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА СССР
ОТ 04.10.1980 г. N 1030**

1. "Медицинская карта амбулаторного больного" - ф. N 025/у.
-