

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____

Код за ЄДРПОУ

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

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 003/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

1	4	0	2	2	0	1	2	№	1	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21.01.2016 №29)

МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____

1. Дата госпіталізації

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

(число, місяць, рік)

--	--

(година)

--	--

(хвилини)

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2

--

3. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

4. Дата народження

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

(число, місяць, рік)

5. Вік

(кількість повних років, для дітей: до 1-го року – місяць; до 1-го місяця – днів)

6. Документ, що посвідчує особу _____

6.1. Номер документа, що посвідчує особу _____

6.2. Громадянство _____

(код країни)

7. Постійне місце проживання/перебування: місто – 1; село – 2

--

(область, район, населений пункт,

7.1. Поштовий індекс _____

вулиця, будинок, квартира)

8. Місце роботи, посада _____

(для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу, шкільна категорія; для інвалідів – вид і група інвалідності)

9. Ким направлений хворий _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

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

(код за ЄДРПОУ)

10. Діагноз при госпіталізації _____

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

(код за МКХ-10)

11. Відділення при госпіталізації _____

--	--	--

(код)

12. Відділення при виписці _____

--	--	--

(код)

13. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2

--

14. Обстеження на ВІЛ-інфекцію _____

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

15. Група крові _____

16. Резус-приналежність _____

17. Реакція Васермана _____

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

(число, місяць, рік)

18. Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу _____

(назва лікарського засобу, характер побічної дії)

19. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2

--

19.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2

--

20. Дата виписки/смерті

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

(число, місяць, рік)

--	--

(година)

21. Проведено ліжко-днів _____

22. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми – вказати її вид: виробнича – 1; невиробнича – 2) _____

Назва діагнозу		Код за МКХ-10					
Основний							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворюванн ☐ – 2

22.1. Категорія резистентності: відсутня – 1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною р ☐ истентністю – 6

22.2. П.І.Б. лікаря _____
підпис _____ реєстраційний номер _____

Дата _____
(число, місяць, рік)

23. Медичні процедури та хірургічні операції

Дата (число, місяць, рік)	Час (години, хвилини)	Код процедури/ хірургічної операції	Назва процедури/хірургічної операції	Суміжний спеціаліст (прізвище, ім'я, по батькові, реєстраційний номер)	Вид анестезії* (реєстраційний номер лікаря- анестезіолога)	Ускладнення (код згідно з МКХ-10)
1	2	3	4	5	6	7

24. Інші види лікування
для хворих на злоякісні
новоутворення: _____
(визначити які)

1) спеціальне лікування: хірургічне; променеве (дистанційна гамма-терапія, рентгенотерапія, швидкі електрони, контактна і дистанційна гамма-терапія, контактна гамма-терапія і глибока рентгенотерапія); комбіноване (хірургічне і гамма-терапія, хірургічне і рентгенотерапія, хірургічне і комбіноване лікування); хімічними засобами; гормональними засобами

2) паліативне лікування

3) симптоматичне лікування

25. Відмітки щодо видачі листків непрацездатності

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

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

27. Висновок для тих, хто поступає на експертизу _____

28. Результат лікування: виписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий(а) – 7

29. Спеціальні відмітки

онкологічний профілактичний огляд: _____
(число, місяць, рік)

обстеження органів грудної порожнини: _____

30. Застрахований(а): так [1]; ні [2] _____

31. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____
реєстраційний номер _____

32. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____
реєстраційний номер _____

*Відсутня – 1; місцева – 2; загальна – 3; інша – 4.

54. Діагноз заключний клінічний

[illegible]

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2 ☐

Категорія резистентності: відсутня – 1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; ☐
полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – 6

55. Медичне лікування

[illegible]

56. Лікувальні рекомендації та режим хворого

[illegible]

57. Результат медичного лікування:

виписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5;
переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий – 7

[illegible]

57.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

57.2. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Дата заповнення

(число, місяць, рік)

Виписка з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження № _____

58. Найменування закладу охорони здоров'я, який склав протокол _____

59. Дата розтину _____

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

(число, місяць, рік)

Патологоанатомічний діагноз

60. Основний (код за МКХ-10): _____

61. Ускладнення основного (код за МКХ-10): _____

62. Супутні захворювання (код за МКХ-10): _____

63. Збіг клінічного і патологоанатомічного діагнозів:

повний збіг діагнозів – 0;

розбіжність діагнозів: основного – 1; супутнього – 2; ускладнень – 3; повна розбіжність – 4

☐

64. Причини розбіжності:

об'єктивні труднощі діагностики – 1, короткочасне перебування в закладі охорони здоров'я – 2;

недообстеження хворого – 3, переоцінка даних обстеження – 4; рідкісне захворювання – 5;

неправильне оформлення діагнозу – 6

☐

65. Причина смерті (з пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть № _____)

Код за МКХ-10:

	I. а) _____
	б) _____
	в) _____
	г) _____

(безпосередня причина смерті)

приблизний час
між початком
захворювання і
смертю

(б, в, г – захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті;
основна причина смерті вказується в останньому заповненому рядку)

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

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

66. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

67. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

5000

ЗАПИС ЛІКАРЯ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ

33. Скарги пацієнта

34. Анамнез хвороби

35. Анамнез життя

36. Об'єктивний стан хворого

37. Огляд на коросту: так – 1; ні – 2 ☐

39. З режимом дня та заборонаю
паління ознайомлений: так – 1; ні – 2 ☐

38. Огляд на педикульоз: так – 1; ні – 2 ☐

Дата
(число, місяць, рік) Підпис
хворого _____

40. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Об'єктивний стан хворого, попередній діагноз, план обстеження, план медичного лікування

[illegible]

44. ЛИСТОК ОГЛЯДУ ТА КОНСУЛЬТАЦІЙ СПЕЦІАЛІСТАМИ

Медична карта стаціонарного хворого № _____

(прізвище, ім'я, по батькові хворого)

45. ЕПКРИЗ (перевідний, виписний, посмертний) (підкреслити)

Дані обстеження:

- 46. Загальний аналіз крові
- 47. Загальний аналіз сечі
- 48. Печинкові проби
- 49. Копрограма
- 50. Аналіз крові на глюкозу
- 51. Аналіз крові на амілазу
- 52. Аналіз сечі на глюкозу (з добової кількості)
- 53. Аналіз сечі на діастазу.....

42. Результати обстежень (лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні, функціональна діагностика тощо)

[illegible]

Дата, час	
-----------	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88												

5000

		Код форми за ЗКУД							
		Код закладу за ЗКПО							
МОЗ України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА 004/о Затверджена наказом МОЗ України 2 6 0 7 1 9 9 9 р. № 1 8 4							
найменування закладу									

ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТОК

Карта № _____			Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____															Палата № _____														
Дата _____																																
День хвороби _____																																
День перебування в стаціонарі _____																																
П	АТ	Т°	1	В	2	В	3	В	4	В	5	В	6	В	7	В	8	В	9	В	10	В	11	В	12	В	13	В	14	В	15	В
140	200	41																														
120	175	40																														
100	150	39																														
90	125	38																														
80	100	37																														
70	75	36																														
60	50	35																														
Дихання																																
Вага																																
Випито рідини																																
Добова кількість сечі																																
Випорожнення																																
Ванна																																

ОБСТЕЖЕННЯ						ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ									
Найменування		Дата призначення		Найменування		Дата призначення		Дієта, схема додаткового харчування		Дата призначення		Дата відміни			
Загальноклінічні та біохімічні				Ендоскопічні											
Загальний аналіз крові				Езофагогастродуоденоскопія											
Аналіз крові (ШЗЕ, лейкоцити, гемоглобін)				Колоноскопія											
Аналіз крові на глюкозу				Сигмоскопія											
Аналіз сечі на діастазу				Ректороманоскопія											
Коагулограма, тривалість кровотечі, згортання крові				РХПГ											
Електроліти крові				Рентгенологічні				Фізіотерапевтичні процедури							
Печінкові проби				Рентгенографія органів грудної клітини, флюорографія				Найменування процедури				Дата призначення		Підпис	
Аналіз крові на білкові фракції				Рентгеноскопія шлунка та 12-палої кишки											
Аналіз крові на сечовину, залишковий азот, креатинін				Іритоскопія											
Група крові, резус-фактор				Холестистографія (інфузійно, перорально)											
Загальний аналіз сечі				Оглядовий знімок черевної порожнини											
Сеча на глюкозу (з добової кількості)				Ультразвукові											
Аналіз сечі на жовчні пігменти				Печінки, селезінки, жовчного міхура та протоків, підшлункової залози,				Психотерапевтичні процедури							
Проби сечі за Зимницьким				кишечника, нирок, сечевого міхура,				Найменування процедури				Дата призначення		Підпис	
Проби сечі за Нечипоренко				матки і придатків, лімфовузлів черевної порожнини											
Копрограма				Мікробіологічні											
Об'єм добової крововтрати з калом				Аналіз крові на реакції Відаля та Провечка											
Аналіз калу на приховану кров				Зскрібання з язика, зіву											
Кал на яйця глистів, найпростіших				Мікрофлора калу											
Зондові				Аналіз калу на дизентерійну групу				Місцеве лікування							
Шлункова секреція з гістаміном, пентагастріном, алкоголем				Функціональні				Код процедури		Найменування процедури		Дата призначення і підпис		Дата відміни і підпис	
Дуоденальне зондування (БДЗ)															
Дослідження панкреатичної секреції				Електрокардіограма											
				Реоенцефалограма											
				Імунологічні											
				Серологічні реакції на сифіліс											
				Аналіз крові на австралійський антиген											
				Аналіз крові на ВІЛ-інфекцію											
				Інші TORSH-інфекції											

3000

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я України Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
	Форма первинної облікової документації №003-6/о	
	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 0 8 0 8 1 4 № 1 1 0	

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ
ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я, _____, одержав(ла)
у _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

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

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

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

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

Інформацію надав лікар _____ 20__ року
(П.І.Б.) (дата) (підпис)
Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування
_____ 20__ року
(підпис) (дата)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини)
(наявність/відсутність)

супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показаннями.

(відносними/абсолютними)

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

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією т-штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіональною).

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

згоду.

(даю/не даю)

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

(П.І.Б. лікаря)

“ ” 20 року

(підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

(П.І.Б. лікаря)

“ ” 20 року

(підпис лікаря)

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

згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю _____

(даю/не даю)

_____, а знеболення - лікарю _____, що підтверджую своїм підписом.

(підпис пацієнта)

“ ” 20 року

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

5000

Додаток 3
ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом по
КНП «ЗРПЦ» ЗОР
від 05.03.2021 №78

Шановний пацієнт!

Ви перебуваєте на стаціонарному лікуванні у КНП «ЗРПЦ» ЗОР. Наша мета- відновити ваше здоров'я. Однак пам'ятайте, що найліпшого результату можливо досягти лише спільними зусиллями та отриманням комплексного лікування (оперативного, хіміотерапевтичного та променевого) в нашому Центрі. В іншому випадку КНП «ЗРПЦ» ЗОР відповідальності не несе.

Тому адміністрація закладу просить Вас дотримуватись правил та внутрішнього розпорядку, а саме:

1. Дотримуйтесь розпорядку дня у відділенні;
2. Залишайте верхній одяг у приймальному відділенні;
3. Дотримуйтесь розпорядку відвідування пацієнтів - щодня з 12:00 до 14:00 та з 17:00 до 19:00. У разі введення карантинних обмежень - відвідування заборонено;
4. Дізнайтесь прізвище, ім'я та по батькові Вашого лікуючого лікаря у чергової медичної сестри відділення, в яке вас госпіталізували;
5. Будьте у своїй палаті під час обходу лікарів згідно з розпорядком дня у відділенні (у час, відведений для виконання процедур, вимірювання температури тіла, прийому ліків тощо);
6. Завжди дотримуйтесь рекомендацій лікуючого лікаря, зокрема щодо прийому лікарських засобів, харчування, фізичного та психологічного навантаження, відмови від шкідливих звичок.
7. Будьте ввічливими з медичним персоналом, відвідувачами та іншими пацієнтами.
8. Дбайливо ставтеся до майна закладу, підтримуйте чистоту та порядок у приміщеннях загального користування, якщо дозволяє стан здоров'я, самостійно заправляйте своє ліжко;
9. Не зберігайте особисті речі та лікарські засоби за приліжковою тумбочкою, під ліжком, подушкою чи матрацом;
10. Одягайте халат (піжаму) при виході з палати;
11. Вживати їжу тільки в їдальні відділення.
12. Зберігати продукти харчування у холодильнику в пакетах або ємностях, зазначаючи на них: своє П.І.Б., номер палати, дату отримання продукту.
13. Не рекламуюте у будь-якій формі лікарські засоби та вироби медичного призначення, забороняється продавати їх або обмінюватися ними з іншими пацієнтами.
14. Не залишайте заклад без дозволу лікуючого лікаря;
15. Не вживайте тютюнові вироби, алкогольні напої, наркотичні засоби та психотропні речовини у приміщеннях закладу та на його території;
16. Не приносьте вогнепальну зброю, колючі та ріжучі предмети, тютюнові вироби, алкогольні напої, наркотичні засоби, психотропні речовини, продукти харчування сумнівної якості, рослини з сильним запахом, хімічні реактиви, отруйні лікарські засоби, не узгоджені з лікуючим лікарем;
17. Не перемовляйтесь через вікно у палаті та не перехиляйтесь через підвіконня;
18. Не користуйтесь та не встановлюйте самостійно електропідігрівачі, подовжувачі, трійники та інші електроприлади;

За порушення правил перебування пацієнтів в Центрі пацієнт може бути виписаний з відділення, та про це ставлять відмітку в карті стаціонарного хворого й лікарняному листку.

Будьте обачними! Не довіряйте особисті речі стороннім особам, не тримайте в палаті велику суму грошей, коштовні речі та прикраси. Адміністрація закладу не несе відповідальності за збереження особистих речей пацієнта.

З повагою адміністрація КНП «ЗРПЦ» ЗОР

З правилами внутрішнього розпорядку ознайомлений(на)

(підпис)

(П.І.Б.)

КОНТРОЛЬНА КАРТА

№ іст. хвороби _____

№ а/к _____

П.І.Б. (повністю) _____

Стать чоловік/жінка _____

Дата народження _____

Місце проживання _____

(місто, село, район)

Діагноз при надходженні _____

Відділення куди поступив _____

Дата надходження _____