

Наименование медицинской организации _____ Адрес _____	Медицинская документация Учетная форма N 111/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
---	---

Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы

1. Ф.И.О. _____

2. Дата и год рождения ____/____/____ года, полных лет _____
3. Адрес проживания _____

4. Адрес регистрации: - совпадает с адресом проживания; _____

5. Контактные телефоны: мобильный _____; домашний _____;
рабочий _____; адрес электронной почты _____ @ _____
6. Брачное состояние: - брак зарегистрирован; - брак не зарегистрирован; - одинокая
7. Ф.И.О. и телефон доверенного лица _____

8. Образование: - начальное; - среднее; - высшее
9. Профессия _____
10. Место работы _____
11. Инвалидность: - нет; - группа _____
12. Полис ОМС N _____
13. СНИЛС N _____

14. Декретный отпуск с ____/____/____ года по ____/____/____ года
15. Листок нетрудоспособности N _____
16. Родовой сертификат: серия N _____; дата выдачи ____/____/____ года
17. Аллергические реакции: -нет; - да (при наличии - выделить цветом) _____

18. Данные о группе крови, Rh-факторе - пациентка				19. Данные о группе крови, Rh-факторе - отец ребёнка			
Группа крови		Rh фактор		Группа крови		Rh фактор	
Дата определения ____/____/____ г.				Дата определения ____/____/____ г.			
Подпись врача				Подпись врача			
Печать				Печать			
Данные о введении антирезус Ig при предыдущих беременностях ____/____/____ г. ____/____/____ г.							
Данные о введении антирезус Ig при текущей беременности ____/____/____ г. ____/____/____ г.							

20. Данная беременность по счету _____
21. Данные роды по счету _____
22. Срок и дата первой явки (взятия на учет) _____
23. Роды: дата _____; при сроке беременности _____; медицинская организация _____
- 24.1 Высокий акушерский риск по результатам скрининга в 11-14 нед. (выделить цветом)

Риски осложнений (преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода)	Значение индивидуального риска

24.2 Акушерский риск (на основе клинических рекомендаций)

Риск осложнений (высокий выделить цветом)	При 1-й явке	В 11-13 недель	В 18-20 недель	В 30-34 недели
Тромбоэмболические осложнения	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий
	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий
Другие (указать) _____	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий

Другие риски _____ - низкий, - высокий (на основе клинических рекомендаций)

Перенесённые заболевания:

Детские инфекции: -нет; -да _____

На диспансерном учёте: -не состояла; -состояла _____

Травмы, операции: -нет; -да _____

Соматические заболевания: -нет; -да _____

Социально значимые инфекции: - нет; -ВИЧ; - туберкулёз, - гепатит В; -гепатит С;

- сифилис;

-другие _____

ВИЧ-статус: - негативный, - позитивный от ____ / ____ / ____ г. эпидномер _____

Антиретровирусная терапия во время беременности _____

Наследственные заболевания: - нет; - да _____

Гемотрансфузии: - нет; - да (год) _____

Последняя флюорография: дата _____; результат _____

Вредные привычки:

- нет;

- курение (в день): - <1/2 пачки; - 1/2-1 пачка; -> 1 пачки, период (годы) _____

- алкоголь: - каждый день; - 1-2 раза в неделю; - 1-2 раза в месяц, вид алкоголя _____, мл в день _____

-наркотики (название) _____

Профессиональные вредности: - нет; - да _____

Сведения о прививках (дата последней вакцинации):

- столбняк _____ / _____ / _____ г. (дату не помнит);

- дифтерия _____ / _____ / _____ г. (дату не помнит);

- корь _____ / _____ / _____ г. (дату не помнит);

- краснуха _____ / _____ / _____ г. (дату не помнит);

- ветряная оспа _____ / _____ / _____ г. (дату не помнит);

- грипп _____ / _____ / _____ г. (дату не помнит);

- ВПЧ _____ / _____ / _____ г. (дату не помнит);

- гепатит В _____ / _____ / _____ г. (дату не помнит);

- другие _____ / _____ / _____ г.

Менструации с _____ лет; установились: - сразу; - нет (через _____ месяцев), по _____ дней;

через _____ дней; -скудные; -умеренные; -обильные; -болезненные; -безболезненные;
 -регулярные; нерегулярные

Половая жизнь с _____ лет
 Контрацепция (метод и период применения) _____

Гинекологические заболевания, операции (какие, дата) _____

Инфекции, передаваемые половым путём: -нет; -да (дата, лечение) _____

Последнее обследование молочных желёз: _____ год; _____ метод;
 результат _____

Последнее цитологическое исследование микропрепарата шейки матки: _____ год;
 _____ метод; результат _____

Исходы предыдущих беременностей

N	Год	Наступила: 1 -самопроизвольно; 2- индуцирована 3- е применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ) (уточнить программу)	Исход: 1-роды: срочные, преждевременные, (дата, срок беременности) 2-кесарево сечение (дата, срок беременности) 3- самопроизвольный выкидыш, искусственный аборт, неразвивающаяся беременность (срок беременности) 4- внематочная беременность (вид операции) 7-пузырный занос (срок беременности)	Число родившихся (живыми, мертвыми), пол, рост (см), масса тела (г) ребенка.	Осложнения предыдущих беременностей и родов
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Сведения о рубце на матке (при наличии)

Дата операции	Медицинская организация	Название операции	При кесаревом сечении - срок беременности, показания	Локализация рубца на матке	Особенности операции, послеоперационного периода

Сведения об отце ребёнка:

Возраст _____ лет; рост _____ см; масса тела _____ кг; ИМТ _____ кг/м²

Вредные привычки: -нет; -курение; - алкоголь; -наркотики

Хронические заболевания: -нет; -да _____

Инфекции, передаваемые половым путем: -нет; -да (дата, лечение) _____

Социально значимые инфекции: -нет; -ВИЧ; -туберкулёз, -гепатит В; -гепатит С;

-сифилис;

-другие _____

Последняя флюорография: дата _____ результат _____

Сведения о прививках: -столбняк; -дифтерия; -корь; -краснуха; -грипп

С моих слов записано верно. Подпись и Ф.И.О. беременной _____ (_____)

Дата заполнения ____/____/____ года. Подпись и Ф.И.О. врача _____ (_____)

СВЕДЕНИЯ О НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность: -первая; -повторная наступила; -спонтанно; -индуцирована;

- с помощью ВРТ

Предгравидарная подготовка: -нет; -да _____

Если ВРТ, то номер попытки _____, перенос эмбрионов: -нативного; -криоконсервированного

Дата переноса эмбриона (ов) ____/____/____ г.

Число перенесенных эмбрионов _____

Возраст матери/донора на дату криоконсервации _____

Предстоящие роды: -первые; -повторные

Беременность: -одноплодная; -многоплодная; количество плодов _____

Взята на учёт по беременности ____/____/____ г., в сроке _____ недель

Последняя менструация ____/____/____ г.

Дата 1-го УЗИ ____/____/____ г.; срок беременности _____ недель

Первое шевеление плода ____/____/____ г.

Предполагаемая дата родов ____/____/____ г.

Первое обследование беременной

Дата осмотра ____/____/____ г.

Жалобы: -нет; -да _____

Состояние кожных покровов: -чистые; -высыпания _____

Распределение и выраженность подкожной жировой клетчатки: -по женскому типу;

-по мужскому типу; -недостаточно выражена; -нормально выражена; -избыточно выражена

Отеки: -нет; -да (локализация, выраженность) _____

Варикозное расширение вен нижних конечностей: -нет; -да

Увеличение лимфатических узлов: -нет; -да (локализация, болезненность) _____

Осмотр и пальпация: молочных желез: -патологических изменений нет; -признаки фиброзно-кистозной мастопатии; п-пальпируется узловое образование _____;

безболезненны масталгия;

соски: -сформированы правильно; -втянуты; другие изменения _____

Тоны сердца: -ясные; _____

Пульс _____/мин

АД на правой руке ____/____ мм рт.ст., на левой руке ____/____ мм рт.ст.

Аускультация лёгких: -дыхание везикулярное; _____

Шевеления плода: -ощущает; -не ощущает (после 16 недель)

Сердцебиение плода (уд/мин) _____ (после 12 недель)

Окружность живота _____ см (после 20 недель)

Высота дна матки _____ см (после 20 недель)

Положение плода: -продольное; -косое; -поперечное (после 34 недель)

Над входом в малый таз определяется: -головка; -тазовый конец;

-другое _____ (после 34 недель)

Предлежащая часть: -прижата; -подвижна (после 34 недель)

Гинекологический осмотр

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки: -визуально не изменена; _____

Влагалищное исследование: наружные половые органы: -развиты правильно;

-указать отклонения _____

влагалище: -без патологии; -указать отклонения _____

шейка матки: -плотная; -размягчена; -мягкая; длиной _____ см _____

отклонена: -кзади; -кпереди; -расположена по центру; слизистая _____

наружный зев: -сомкнут; -пропускает кончик пальца; -пропускает палец

тело матки: увеличено до _____ недель беременности; -подвижное, _____,

-безболезненное; -болезненное;

околоматочное пространство _____

придатки слева: -без особенностей;

особенности _____

придатки справа: -без особенностей;

особенности _____

экзостозы: -нет;

обнаружены _____

отделяемое из цервикального канала _____; влагалища _____

Диагноз

Срок беременности _____ недель.

Анализы:

Назначения:

Назначения:

Рекомендованный срок следующего посещения: _____

Рекомендованный срок следующего посещения: _____

Дата заполнения ____/____/____ года.

Подпись врача _____ (_____)

Подпись беременной _____ (_____)

НАБЛЮДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Гравидограмма - после 20 недель беременности

Назначения										
Листок нетрудоспособности										
Дата следующего посещения										
Подпись врача										
Разъяснения получила. Вопросов не имею. Подпись пациентки										

5. Приём лекарственных препаратов во время данной беременности

Даты периода приема	Наименование лекарственного препарата	Показания	Доза/ длительность	Побочные эффекты

6. Лист заключительных (уточненных) диагнозов

Дата Срок беременности	Специалист	Диагноз	Рекомендации
___/___/___ г. нед.			

Дата заполнения ____ / ____ / ____ г.

Подпись врача _____ (_____)

7. Лист обследования

Определение антител

Дата		
Антитела к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>)	N	N
	Подпись	Подпись
Антитела классов M, G к ВИЧ 1/2 и антиген p24	N	N
	Подпись	Подпись
HBsAg или антитела к HBsAg		
anti-HCV IgG и anti-HCV IgM		

- от обследования отказалась ____ / ____ / ____ г. Подпись _____ (_____)

Дата		
Вирус краснухи	IgM	
	IgG	

- от обследования отказалась ____ / ____ / ____ г. Подпись _____ (_____)

Дата			
Антирезусные антитела			

- от обследования отказалась ____ / ____ / ____ г. Подпись _____ (_____)

Анализы крови

Общий анализ крови

Дата				
------	--	--	--	--

Гемоглобин, г/л				
Эритроциты, 10^{12} /л				
Цветовой показатель, %				
Ретикулоциты, %				
Тромбоциты, 10^9 /л				
Лейкоциты, 10^9 /л				
Лейкоциты (%)	Миелоциты			
	Метамиелоциты			
	Палочкоядерные			
	Сегментоядерные			
	Эозинофилы			
	Базофилы			
	Лимфоциты			
Моноциты				
СОЭ, мм/ч				

Биохимический анализ крови

Дата		
Общий билирубин, мкмоль/л		
Прямой билирубин, мкмоль/л		
Общий белок, г/л		
АЛТ, ЕД/л		
АСТ, ЕД/л		
Глюкоза, ммоль/л		

Коагулограмма

Дата		
Количество тромбоцитов, 10^9 /л		
АЧТВ, сек.		
Фибриноген, г/л		
Протромбиновое время, %		

Пероральный глюкозотолерантный тест, ммоль/л (при нарушении углеводного обмена)

_____ / _____ / _____ года. Срок _____ недель	
---	--

Уровень тиретропного гормона (ТТГ), мкМЕ/л

___ / ___ / ___ года. Срок ___ недель

Мазки

Определение стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала или ректо-вагинальном отделяемом (в 35-37 недель беременности) ___/___/___ г.

Результат _____

от обследования отказалась ___/___/___ г. Подпись _____ (_____)

Бактериоскопическое исследование мазков

Дата						
Локусы	С	V	U	С	V	U
Лейкоциты						
Эпителий						
Ключевые клетки						
Кандиды						
Трихомонады						
Гонококки						
pH						

Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) ___/___/___ г.

Результат _____

Анализ мочи

Общий анализ мочи

Дата										
Количество, мл										
Цвет										
pH										
Плотность										
Лейкоциты										
Эритроциты										
Белок, г/л										
Цилиндры										
Соли										

Посев мочи на бессимптомную бактериурию (при 1-м визите) ___/___/___ г.

Результат _____

Оценка антенатального состояния плода

Ультразвуковое исследование (11-14 недель)

УЗИ 1 триместра ____/____/____ г.

Кол-во плодов _____ Хориальность/амниальность _____ (указать)

Диаметр плодного яйца _____ мм, Копчико-теменной размер плода _____ мм,

Сердцебиение эмбриона _____ /мин, -не определяется

Хорион расположен (указать) _____

Патология: -нет; -да (указать) _____

Заключение: срок беременности _____ недель _____

Оценка антенатального развития плода

Комплексная оценка рисков (11-14 недель)

Дата ____/____/____ г.

УЗИ:

Количество плодов _____ Хориальность/амниальность _____ (указать)

Копчико-теменной размер плода _____ мм, Толщина воротникового пространства _____ мм,

Сердцебиение эмбриона _____ /мин, не определяется.

Цервикометрия _____ мм

Пульсационный индекс маточных артерий: правая ____/левая ____ Врожденные пороки развития (далее -

ВПР): -нет, -да (указать) _____

Другая патология: _____

Биохимические маркеры: PAPP-A _____ МЕД/мл, ____/МОМ/ β -ХГЧ _____ МЕД/мл, _____/МОМ/

Комплексный индивидуальный риск:

21 трисомии: -низкий; -высокий;

18 трисомии: -низкий; -высокий;

13 трисомии: -низкий; -высокий;

Задержки развития плода: -низкий; -высокий;

Преждевременных родов: -низкий; -высокий;

Преэклампсии ранней (до 34 недель): -низкий; -высокий;

Преэклампсии поздней (до 37 недель): -низкий; -высокий;

Заключение: срок беременности _____ недель _____

Ультразвуковое исследование (19-21 неделя)

УЗИ _____/_____/_____г.

Количество плодов _____

Предполагаемая масса плода (г) _____ Сердцебиение плода _____/мин

ВПР: -нет, -да (указать) _____

Эхо-маркеры ХА (указать) _____

Риск ХА (перерасчет при эхо-маркерах ХА) _____

Околоплодные воды: -норма; -маловодие; -многоводие

Плацента расположена _____

Особенности _____

УЗИ-цервикометрия: длина сомкнутой части цервикального канала _____мм, в/зев -закрыт;

Заключение: срок беременности _____ недель _____

Инвазивная пренатальная диагностика (при высоком риске ХА) _____/_____/_____г.

Срок беременности _____ (указать)

Вид процедуры _____ (указать)

Кариотип/другое _____ (вписать)

Заключение консилиума (при ВПР и ХА) _____/_____/_____г.

Ультразвуковое исследование (30-34 недели) - по показаниям

УЗИ _____/_____/_____г.

Предлежание: -головное; -тазовое

Околоплодные воды: -норма; -маловодие; -многоводие

Плацента расположена _____

Сердцебиение плода _____/мин

Заклучение срок беременности _____ недель _____

УЗИ-цервикометрия _____/_____/_____ г.

(в группе риска позднего выкидыша и преждевременных родов) _____

Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока

_____/_____/_____ года (в группе риска акушерских и перинатальных осложнений)

-норма; _____

Особенности _____

КТГ (после 33 недель) _____/_____/_____ г. Срок _____ недель

КТГ _____/_____/_____ г. Срок _____ недель

Осмотры врачей-специалистов

Осмотр врача-терапевта

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

Электрокардиограмма (по показаниям) _____/_____/_____ г. Результат _____

Осмотр врача-стоматолога

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		

Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

Осмотр врача-офтальмолога

Дата осмотра	
Результат осмотра, заключение	
Медицинская организация	
Ф.И.О. врача	
Подпись врача	

Консультация врачей - специалистов (по показаниям, указать)

Консультация врача - _____

Дата консультации	
Заключение	
Медицинская организация	
Ф.И.О. врача	
Подпись врача	

8. Заключение консилиума при пороках развития плода и хромосомных аномалиях:

Дата проведения	
Состав консилиума (специальность, должность, Ф.И.О.)	
Диагноз. Заключение	
Рекомендации по маршрутизации беременной	
Рекомендации по маршрутизации новорожденного	
Медицинская организация, где проводился консилиум	
Подписи участников консилиума	
Подпись лечащего врача	

9. Консультации в кабинете (центре) медико-социальной помощи

Ф.И.О. специалиста-консультанта (психолог, специалист по социальной работе, юрист - указать)	Дата	Подпись консультанта
	___ / ___ / ___ г.	
	___ / ___ / ___ г.	

	___/___/___ г.	
	___/___/___ г.	
	___/___/___ г.	

10. Сведения о госпитализации во время беременности

N	Дата	Медицинская организация	Диагноз
	С ___/___/___ г. по ___/___/___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		
	С ___/___/___ г. по ___/___/___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		
	С ___/___/___ г. по ___/___/___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		
	С ___/___/___ г. по ___/___/___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		
	С ___/___/___ г. по ___/___/___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		

Дородовая госпитализация: - не показана; -показана;

Куда -в отделение патологии беременности; -в отделение акушерского ухода

Основание _____

Дата заполнения ___/___/___ г.

Подпись врача _____ (_____)

11. Результаты консультирования в акушерском дистанционном консультативном центре

___/___/___ г. (при необходимости)

Заключение _____

Рекомендации _____

Дневники наблюдения

Дневники наблюдения

Дневники наблюдения

График явок

N	Дата, срок беременности	Подпись беременной	Подпись врача
1	___/___/___ г.		
	нед		
2	___/___/___ г.		
	нед		
3	___/___/___ г.		
	нед		
4	___/___/___ г.		
	нед		
5	___/___/___ г.		
	нед		
6	___/___/___ г.		
	нед		
7	___/___/___ г.		
	нед		
8	___/___/___ г.		
	нед		

9	___/___/___ г.		
	нед		
10	___/___/___ г.		
	нед		
	___/___/___ г.		
	нед		
	___/___/___ г.		
	нед		
	___/___/___ г.		
	нед		
	___/___/___ г.		
	нед		
	___/___/___ г.		
	нед		

Подпись беременной _____ (_____)

Дата заполнения ___/___/___ г.

Подпись врача _____ (_____)

Исход беременности и родов для матери	Исход беременности и родов для плода		
	Ребенок	Первый	Второй
1. Родами: 1.самопроизвольным, в срок:	живорожденный мертворожденный:		
1. без осложнений _____			
2. с осложнениями _____	антенатально		
3. многоплодными _____	интранатально		
2. оперативными:	Пол: 1. Ж 2. М		
1. кесарево сечение _____	Масса тела (г)		
2. другое _____	Длина (см)		
2. Абортом: 1. самопроизвольным _____	Оценка (указать шкалу)		
2. искусственным _____	Доношенность:		
3. в т.ч. по мед. показаниям _____			
3. Смертью (дата, час, мин) _____			
Основная причина смерти _____	3. переносенный		
_____ (шифр по МКБ-10)	Заболевание основное (шифр по МКБ-10)		
	Сопутствующие		
	Умер в возрасте		
	Основная причина смерти:		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

N визита	1	2	3	4	5
----------	---	---	---	---	---

Дата					
Жалобы (да/нет)					
Отёки (-, 1+, 2+, 3+)					
Масса тела (кг)					
АД	сistol. (мм рт. ст.)				
	диастол. (мм рт. ст.)				
Пульс (уд/мин)					
Температура тела					
Молочные железы					
Лактация					
Состояние сосков					
Выделения из влагалища					
Половая жизнь					
Контрацепция					
УЗИ малого таза					
Диагноз					
Рекомендации					
Подпись врача					

Дневники наблюдения

Дневники наблюдения

Для анализов

Для анализов

Для анализов

Приложение N 3
к приказу Министерства здравоохранения
 Российской Федерации
 от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации _____	Медицинская документация Учетная форма 113/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20
Адрес _____	

Обменная карта беременной, роженицы и родильницы

выдается беременной при ее первой явке и заполняется при каждом посещении женской консультации (ВОПа, ФАПа)

ТАЛОН N 1. Сведения женской консультации о беременной (заполняется на каждую беременную и выдается при постановке на учёт)

Ф.И.О. _____

Дата и год рождения ____/____/____ года, полных лет _____

Адрес проживания _____

Адрес регистрации совпадает с адресом проживания _____

Контактные телефоны: мобильный _____ домашний _____
рабочий _____ адрес электронной почты _____ @ _____ ; _____ @ _____

Брачное состояние: брак зарегистрирован брак не зарегистрирован, одинокая

ФИО и телефон доверенного лица: _____

Полис ОМС N _____

СНИЛС N _____

Декретный отпуск с ____/____/____ года по ____/____/____ года

Листок нетрудоспособности N _____

Родовой сертификат: серия N _____, дата выдачи ____/____/____ года

Подпись врача _____ (_____)

Аллергические реакции: нет; да (при наличии - выделить цветом) _____

Высокий акушерский риск по результатам скрининга в 11-14 недель (выделить цветом)

Риски осложнений (преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода)	Значение индивидуального риска

Акушерский риск (на основе клинических рекомендаций).

Риск осложнений (высокий выделить цветом)	При 1-й явке	В 11-13 недель	В 18-20 недель	В 30-34 недели
Тромбоэмболические осложнения	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий
	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий
Другие (указать) _____	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий
	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий

Дородовая госпитализация: не показана; показана, _____

Куда: в отделение патологии беременности; в отделение акушерского ухода

Основание _____
срок госпитализации _____ недель.

Рекомендована госпитализация на роды в медицинскую организацию:

1-й; 2-й; 3а; 3б группы (уровня)

Наименование медицинской организации _____
Дата заполнения ____/____/____ года.
Подпись врача _____ (_____
Подпись пациентки _____ (_____)

Сведения о беременной

Врождённые пороки развития: нет; да _____

Рост _____ см. Масса тела при постановке на учёт _____ кг. ИМТ _____ кг/м².

недостаточная масса (<18), норма (18-25), избыточная масса (25,1-29,9),

ожирение I (30-34,9), ожирение II (35-39,9), ожирение III (≥ 40).

Риск преэклампсии: низкий, высокий. Значение риска _____

Риск преждевременных родов: низкий, высокий. Значение риска _____

Риск задержки роста плода: низкий, высокий. Значение риска _____

Риск тромбоэмболических осложнений: низкий, высокий. Значение риска _____

Другие риски _____: низкий, высокий. Значение риска _____

Детские инфекции: нет; да _____

На диспансерном учёте: не состояла; состояла _____

Травмы, операции: нет; да _____

Соматические заболевания: нет; да _____

Социально значимые инфекции: нет; туберкулёз, гепатит В; гепатит С; сифилис;

другие _____

ВИЧ-статус: - негативный; - позитивный от ___/___/_____ г. эпид.номер _____

Антиретровирусная терапия во время беременности _____

Наследственные заболевания: нет; да _____

Гемотрансфузии: нет; да (год) _____

Последняя флюорография, дата _____ результат _____

Вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики; отрицает.

Профессиональные вредности: нет; да _____

Сведения о прививках: столбняк; дифтерия; корь; краснуха; ветряная оспа;

грипп; ВПЧ; гепатит В другие _____

Менструации с _____ лет, установились сразу, нет, (через _____ месяцев), по _____ дней,

через _____ дней; скудные умеренные обильные; болезненные безболезненные;

регулярные, нерегулярные.

Половая жизнь с _____ лет.

Контрацепция (метод и период применения) _____
 Гинекологические заболевания, операции (какие, дата) _____

Инфекции, передаваемые половым путём: нет; да (дата, лечение) _____

Последнее обследование молочных желёз _____ год, _____ метод,
 результат _____

Последнее цитологическое исследование микропрепарата шейки матки _____ год, _____ метод,
 результат _____

История предыдущих беременностей

N	Год	Наступила: 1-самопроизвольно; 2- индуцирована 3- ВРТ (уточнить программу)	Исход: 1-роды: срочные, преждевременные, (дата, срок беременности) 2-кесарево сечение (дата, срок беременности) 3-самопроизвольный выкидыш, искусственный аборт, неразвивающаяся беременность (срок беременности) 4-внематочная беременность (вид операции) 7-пузырный занос (срок беременности)	Число родившихся (живыми, мертвыми), пол, рост (см), масса тела (г) ребенка.	Осложнения предыдущих беременностей и родов
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Сведения о рубце на матке (при наличии)

Дата операции	Название операции	При кесаревом сечении - срок беременности, показания	Локализация рубца на матке	Особенности операции, п/о периода

--	--	--	--	--

Сведения о группе крови и Rh-факторе пациентки и отца ребенка

Беременная				Отец ребёнка			
Группа крови		Rh фактор		Группа крови		Rh фактор	
Дата определения ___ / ___ / ___ г.				Дата определения ___ / ___ / ___ г.			
Подпись врача				Подпись врача			
Печать				Печать			
Данные о введении антирезус Ig при предыдущих беременностях ___ / ___ / ___ г. ___ / ___ / ___ г.							
Данные о введении антирезус Ig при текущей беременности ___ / ___ / ___ г. ___ / ___ / ___ г.							

С моих слов записано верно. Подпись беременной _____ (_____)

Дата заполнения ___ / ___ / ___ года.

Подпись врача _____ (_____)

Сведения о настоящей беременности

Беременность: первая, повторная наступила спонтанно индуцирована с помощью ВРТ

Если ВРТ, то номер попытки _____, перенос эмбрионов нативного криоконсервированного

Дата переноса эмбриона(ов) ___ / ___ / ___ года.

Число перенесенных эмбрионов _____

Возраст матери/донора на дату криоконсервации _____

Предстоящие роды: первые, повторные.

Беременность: одноплодная, многоплодная; количество плодов _____

Последняя менструация ___ / ___ / ___ года.

Дата 1-го УЗИ _____ срок беременности _____ недель.

Взята на учёт по беременности ___ / ___ / ___ года, в сроке _____ недель.

Первое шевеление плода ___ / ___ / ___ года.

Предполагаемая дата родов ___ / ___ / ___ года.

Пельвиометрия

D. sp. _____ см, D. cr. _____ см, D. troch. _____ см, C. ext. _____ см, C. vera _____ см,

C. diag. ____ см, индекс Соловьёва _____, ромб Михаэлиса ____ см x ____ см.
 Дополнительные размеры таза (по показаниям) _____

Лист заключительных (уточненных) диагнозов

Дата Срок беременности	Специалист	Диагноз	Назначения
___/___/___ г. нед.			

Данные о состоянии плода (заполняются в 37-38 недель)

Предлежание: головное, тазовое, другое _____

Предлежащая часть: прижата, над входом в малый таз, не определяется.

Сердцебиение плода: ____/мин; ясное, ритмичное, другое.

Предполагаемая дата родов ____/____/____ года.

Предполагаемая масса плода ____ г.

Дополнительные сведения _____

Дата заполнения ____/____/____ года.

Подпись врача _____ (_____)

Подпись беременной _____ (_____)

ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Дата		
Антитела к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>)	N	N
	Подпись _____	Подпись _____
Антитела классов M, G к ВИЧ 1/2 и антиген р24	N	N

	Подпись	Подпись
HBsAg или антитела к HBsAg		
anti-HCV IgG и anti-HCV IgM		

Дата		
Вирус краснухи (Rubella virus)	IgM	
	IgG	

Дата			
Антирезусные антитела			

Пероральный глюкозотолерантный тест, ммоль/л (при нарушении углеводного обмена)

___/___/___ года. Срок недель	
-------------------------------	--

Уровень тиреотропного гормона (ТТГ), мкМЕ/л

___/___/___ года. Срок недель	
-------------------------------	--

Определение стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала или ректо-вагинальном отделяемом (в 35-37 недель беременности)

___/___/___ года. Результат _____

от обследования отказалась ___/___/___ года. Подпись _____ (_____)

Бактериоскопическое исследование мазков

Дата						
Локусы	C	V	U	C	V	U
Лейкоциты						
Эпителий						
Ключевые клетки						
Кандиды						
Трихомонады						
Гонококки						
pH						

Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки
(мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)

___/___/___ года. Результат _____

Посев мочи на бессимптомную бактериурию (при первом визите)

____/____/____ года. Результат _____

УЗИ 1 триместра ____/____/____ года.

Кол-во плодов ____ Хориальность/амниальность ____ (указать)

Диаметр плодного яйца ____ мм, КТР ____ мм,

СБ эмбриона ____ /мин, не определяется.

Хорион расположен (указать) _____

Патология: нет, да (указать) _____

Заключение: срок беременности ____ недель _____

Оценка антенатального развития плода:

Комплексная оценка рисков (11-14 недель)

Дата ____/____/____ года.

УЗИ:

Количество плодов ____ Хориальность/амниальность ____ (указать)

КТР ____ мм, ТВП ____ мм, СБ эмбриона ____ /мин, не определяется.

Цервикометрия ____ (мм) ПИ маточных артерий: правая_/левая ____

ВПР: нет, да (указать) _____

Другая патология: _____

ВХМ:

РАРР-А ____ МЕД/мл, ____ /МОМ/

(β -ХГЧ ____ МЕД/мл, ____ /МОМ/

Комплексный индивидуальный риск:

21 трисомии: низкий высокий,

18 трисомии: низкий высокий,

13 трисомии: низкий высокий,

ЗРП: низкий, высокий

ПР: низкий, высокий

ПЭ ранней (до 34 недель): низкий, высокий

ПЭ поздней (до 37 недель): низкий, высокий

Заключение: срок беременности _____ недель _____

Ультразвуковое исследование (19-21 неделя)

УЗИ ____/____/____ года.

Количество плодов _____

ПМП _____ (г)

Сердцебиение плода _____/мин.

ПРП: нет, да указать _____

Эхо-маркеры ХА (указать) _____

Риск ХА (перерасчет при эхо-маркерах ХА) _____

Околоплодные воды: норма, маловодие, многоводие.

Плацента расположена _____

Особенности _____

УЗИ-цервикометрия: длина сомкнутой части цервикального канала ____ мм, в/зев закрыт,

Заключение: срок беременности _____ недель _____

Инвазивная пренатальная диагностика (при высоком риске ХА) ____/____/____ года

Срок беременности: _____ (указать)

Вид процедуры _____ (указать)

Кариотип/другое _____ (вписать)

Заключение консилиума (при ПРП и ХА) ____/____/____ года

Ультразвуковое исследование (30-34 неделя) - по показаниям

УЗИ ____/____/____ года.

Предлежание: головное, тазовое.

Околоплодные воды: норма, маловодие, многоводие.

Плацента расположена _____

Сердцебиение плода _____/мин.

Заключение: срок беременности _____ недель _____

УЗИ-цервикометрия _____/_____/_____ года

(в группе риска позднего выкидыша и преждевременных родов)

УЗИ-цервикометрия _____/_____/_____ года

(в группе риска позднего выкидыша и преждевременных родов)

Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока

_____/_____/_____ года (в группе риска акушерских и перинатальных осложнений)

норма; _____

Особенности _____

Осмотры врачей-специалистов

Осмотр ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

ЭКГ (по показаниям) _____/_____/_____ года. Результат _____

Осмотр ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

Осмотр ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА

Дата осмотра	
Результат осмотра, заключение	
Медицинская организация	
Ф.И.О. врача	
Подпись врача	

Консультации ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ (по показаниям)

Дата консультации	
Заключение	
Медицинская организация	
Ф.И.О. врача	
Подпись врача	

Сведения о госпитализации во время беременности

N	Дата	Медицинская организация	Диагноз
	С ___ / ___ / ___ г. по ___ / ___ / ___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		
	С ___ / ___ / ___ г. по ___ / ___ / ___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		
	С ___ / ___ / ___ г. по ___ / ___ / ___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		
	С ___ / ___ / ___ г. по ___ / ___ / ___ г. <input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		

с ___/___/___ г. по ___/___/___ г.		
<input type="checkbox"/> -экстренная; <input type="checkbox"/> -плановая		

Дата заполнения ___/___/___ года.

Подпись врача _____ (_____)

Результаты консультирования в АДКЦ ___/___/___ года (при необходимости)

Заключение _____

Рекомендации _____

Для документации

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ

Женская консультация N _____ Участок N _____

Адрес женской консультации _____

сайт в информационно-коммуникационной сети "Интернет" _____

Телефон руководителя _____ эл. почта _____

График работы женской консультации: пн-пт с _____ до _____, сб с _____ до _____

Телефон органа управления здравоохранением, в ведении которого находится женская консультация _____

Ф.И.О. врача, телефон _____

электронная почта _____

Ф.И.О. акушерки, телефон _____

электронная почта _____

График работы врача: чётные с _____ до _____ нечётные с _____ до _____

Ф.И.О. _____

Дата и год рождения ____/____/____ года, полных лет _____

Адрес проживания _____

Адрес регистрации совпадает с адресом проживания _____

Дата поступления ____/____/____ года

Дата родов ____/____/____ года

Время рождения ____ ч ____ мин

Ребёнок родился от ____ беременности по счёту в сроке ____ недель

Предыдущие беременности закончились: ____ абортами (искусственными, самопроизвольными),
____ родами, в т. ч. мёртвым плодом

Роды: одноплодные; многоплодные

Особенности родов (длительность, осложнения в родах у матери и плода):

Паспорт кесарева сечения:

Показания к операции кесарева сечения _____

Операция: плановая; экстренная

Продолжительность безводного промежутка: ____ ч ____ мин.

Разрез матки: поперечный в нижнем маточном сегменте, истмикокорпоральный,

корпоральный, другое _____

Зашивание разреза на матке: непрерывным однорядным швом; непрерывным многорядным швом,

отдельными швами, другое _____

Шовный материал (указать какой) _____

Объем кровопотери _____ мл.

Продолжительность операции _____ ч _____ мин.

Дополнительные вмешательства во время операции _____

Переливание крови и ее компонентов _____ мл

Характер течения послеоперационного периода: физиологическое течение, осложнения

Антибиотикопрофилактика/ антибиотикотерапия (подчеркнуть) (чем) _____

Длительность пребывания в стационаре после операции _____ дней.

Оперативные пособия в родах, кроме кесарева сечения (вид, показания, особенности, осложнения)

Обезболивание: нет, применялось, какое _____

эффективность _____

Роды партнёрские: да, нет

Течение послеродового периода (заболевания): _____

Лактация: да, нет

Выписана на _____ сутки после родов

Состояние матери при выписке: _____

Состояние ребёнка при рождении:

в родильном доме _____

при выписке _____

Вес ребёнка: при рождении _____ г,

при выписке _____ г.

Рост ребёнка при рождении _____ см.

Баллы по шкале Апгар _____ на 1 мин. _____ на 5 мин.

Маме не требуется патронаж, требуется, показания _____

Особые замечания _____

_____/_____/____ года.

Подпись акушера-гинеколога _____ (_____)

ТАЛОН N 3. Сведения акушерского стационара о новорождённом

Ф.И.О. _____

Адрес проживания _____

Адрес регистрации совпадает с адресом проживания _____

Дата рождения ____/____/____ года

Время рождения ____ ч ____ мин

Ребёнок родился от ____ беременности по счёту в сроке ____ недель

Беременность: спонтанная; индуцированная; с помощью ВРТ; одноплодная;

многоплодная

Особенности родов (длительность, слабость родовой деятельности, родоусиление, вакуум экстракция плода, наложение акушерских щипцов, др.): _____

Обезболивание: нет, применялось, какое _____

эффективность _____

Роды партнёрские: да, нет

Течение послеродового периода у матери (заболевания): _____

Мать выписана на ____ сутки после родов

Состояние матери при выписке: _____

Пол ребёнка: мальчик, девочка; рост при рождении ____ см,

вес при рождении ____ г, при выписке ____ г., окружность головы при выписке ____ см

Физиологическая потеря массы тела ____ г, стабилизировалась на ____ день.

Состояние ребёнка при рождении - оценка по шкале ___ (указать): на 1-й мин ___, на 5-й мин ___

Закричал: сразу, нет; проведены реанимационные мероприятия, какие _____

Совместное пребывание с матерью с ___ часа после родов

Прикладывание к груди на ___ часу после родов.

Вскармливание: грудное, лактация достаточная, недостаточная сцеженным молоком

матери, в случае перевода на искусственное вскармливание указать причину _____

Течение периода адаптации _____

Дополнительные обследования _____

Терапия, режим _____

Вакцинация ВЦЖ ___/___/___ года 0,05 мг в 0,1 мл; серия _____

контроль _____

ВЦЖ-М ___/___/___ года 0,025 мг в 0,1 мл серия _____

контроль _____

Вакцинация не проводилась, причина _____

Вакцинация против гепатита В ___/___/___ года серия _____

Срок годности ___/___/___ года, производитель _____

Неонатальный скрининг, дата забора крови ___/___/___ года,

результат _____

Кардиологический скрининг, дата ___/___/___ года, результат:

отрицательный, сомнительный, положительный, не проведен,

причина _____

Аудиологический скрининг, дата ___/___/___ года,

результат _____,

не проведен, причина _____

Отказ матери (вид скрининга, причина) _____

Лекция по уходу за ребёнком и грудному вскармливанию проведена ___/___/___ года,

провёл _____

врач-неонатолог _____

медицинская сестра _____

Ребёнок выписан в удовлетворительном состоянии на _____ сутки, с массой тела _____ г.
Диагноз _____

Рекомендован осмотр участкового врача в первые 2 суток после выписки,

консультации _____

Группа здоровья _____

Рекомендации _____

Особые замечания _____

___/___/___ года

Подпись акушера-гинеколога _____ (_____)

Подпись неонатолога _____ (_____)

Приложение N 4
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации _____ Адрес _____	Медицинская документация Учетная форма N 096/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
---	---

Медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях

N _____

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
3. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ телефон _____
4. Адрес фактического места жительства _____
5. Местность: городская - 1, сельская - 2
6. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3
7. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6
8. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2, пенсионерка - 3, студентка - 4, не работает - 5, прочее - 6
9. Место работы _____
10. Родовой сертификат: серия _____ N _____ выдан _____
11. Полис ОМС: серия _____ N _____ 12. СНИЛС _____
13. Наименование страховании медицинской организации _____
14. Дата поступления в медицинскую организацию: число _____ месяц _____ год _____
15. Роды вне медицинской организации: да - 1, нет - 2
16. Направлена: медицинской организацией - 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи - 2, полицией - 3, обратилась самостоятельно - 4
17. Отделение _____ палата N _____
18. Наименование направившей медицинской организации _____
19. Диагноз направившей медицинской организации:
основной _____ код по МКБ - 10 _____
осложнения основного _____
сопутствующие заболевания _____
20. Опьянение: алкогольное - 1, наркотическое - 2
21. Диагноз клинический: Дата установления: число _____ месяц _____ год _____
основной _____ код по МКБ - 10 _____
осложнения основного _____
конкурирующее заболевание _____
фоновое заболевание _____
сопутствующие заболевания _____
внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ - 10 _____

22. Диагноз заключительный клинический Дата установления: число _____
месяц _____ год _____
основной _____

код по МКБ - 10 _____

осложнения основного _____
конкурирующее заболевание _____
фоновое заболевание _____
сопутствующие заболевания _____

внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ - 10 _____

23. Осмотр на заразные кожные болезни: педикулез, чесотка, микроспория -
выявлены: да -1, нет -2

24. Группа крови _____ 25. Резус - принадлежность _____

26. Титр антител _____

27. Аллергические реакции на лекарственные препараты в анамнезе _____

28. Обследование: на ВИЧ _____, на сифилис _____, на гепатиты
В, С _____

29. Поступила для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в
данном году:

по поводу родов: впервые - 1, повторно - 2, _____ раз

по экстренным показаниям: да - 1, нет - 2, через _____ часов после
начала родовой деятельности

в плановом порядке да - 1, нет - 2

30. Роды произошли: число _____ месяц _____ год _____ время _____

31. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные
осложнения: _____

Наименование операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.			
2.			
3.			

Оперировал (Ф.И.О., подпись врача) _____

32. Наблюдалась в женской консультации _____

33. Посещала врача-акушера-гинеколога или акушерку во время беременности:
да - 1, нет - 2

сколько раз посещала _____ патронажи:

да -1, нет - 2

сколько патронажей _____

34. Исход заболевания: выписана - в удовлетворительном состоянии;
переведена в другую медицинскую организацию _____

35. Длительность родов по периодам: I период _____, II период _____,
III период _____

36. Выписана: число _____ месяц _____ год _____ время _____

37. Проведено койко - дней _____

38. Выписана: в дневной стационар - 1, в другую медицинскую организацию - 2,
переведена в другую медицинскую организацию - 3

39. Умерла беременная: до 22 недель беременности, после 22 недель
беременности, роженица, родильница (подчеркнуть) число _____
месяц _____ год _____ время _____

40. Код категории льготы _____

41. Лицо, подвергшееся радиационному облучению - 1, в том числе в
Чернобыле - 2

42. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

N _____ с _____ по _____

N _____ с _____ по _____

N _____ с _____ по _____

43. Информированное добровольное согласие пациентки на медицинское
вмешательство или отказ от медицинского вмешательства получен (о):
число _____ месяц _____ год _____ время _____

44. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1,

недостаточный объем клинико-диагностического обследования - 2,
неправильная тактика лечения - 3, несовпадение диагноза - 4
45. Особые отметки _____

Наименование медицинской организации Адрес _____	Вкладыш в медицинскую карту беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях Учетная форма N 096/1у-20
---	---

ИСТОРИЯ РОДОВ N _____

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
2. Дата и время поступления в отделение _____
3. Госпитализация плановая/экстренная (подчеркнуть)

**ОСМОТР БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА РОДЫ
(при переводе из ОПБ)**

Дата, время _____
Врач акушер-гинеколог _____

Совместно с _____
Доставлена: самостоятельно, санитарным транспортом, переведена из _____

Первобеременная / повторнобеременная
Первородящая / повторнородящая
Возраст: _____ лет

Страховой анамнез
Имеет (не имеет) листок нетрудоспособности по беременности и родам с _____

Жалобы при обращении: отсутствуют _____

Шевеление плода ощущает: хорошо _____
Головная боль: нет _____
Изменения зрения: нет _____
Тошнота, рвота, боли в эпигастрии: нет _____
Сон: не нарушен _____

Анамнез жизни
Общие заболевания _____

Детские инфекции _____

Эпидемиологический анамнез
туберкулез _____ гепатит _____ венерические заболевания _____

Вредные привычки _____

	У матери	У отца ребенка
1. Курение		
2. Алкоголь (частота, количество)		
3. Наркотики (название, частота)		

Вредности (факторы риска)

1. Профессиональные		
2. Экологические		
3. Социальная отягощенность		

Наследственность

1. Многоплодие		
2. Наследственные заболевания		

Операции, травмы:

Переливания крови и препаратов крови : _____

Аллергологический анамнез:

Гинекологический анамнез

Менструация: с _____ лет , (не) регулярные, (без) болезненные, умеренные/ обильные, по _____ дней, через _____ дней

Дата последней менструации: _____

Начало половой жизни с _____ лет. Брак: (не) зарегистрирован

Контрацепция: (не) использует: комбинированные оральные контрацептивы / барьерная / спермициды / внутриматочная контрацепция

Гинекологические заболевания:

Акушерский анамнез

Течение настоящей беременности

На учете в женской консультации N (медицинский центр) : _____ с : _____ недель
_____ дней

Дата постановки на учет : _____

Первое движение плода : не помнит _____

Общая прибавка в весе + : _____ кг (не) равномерная / патологическая

Динамика АД : _____ мм.рт.ст.

	Iтр.	IIтр.	IIIтр.		Iтр.	IIтр.	IIIтр.
1. Без патологии				10. Патология, выявленная при лабораторных исследованиях			
2. Угроза прерывания				1. биохимии крови			
3. Анемия				2. мочи			
4. Отеки, протеинурия, гипертензия				3. свертывающей системы крови			
5. Плацентарная недостаточность				4. антитела к Rh-фактору			
6. Инфекции, передаваемые половым путем				12. Патология, выявленная при УЗИ:			
7. Острые и инфекционные/вирусные заболевания				1. матери			
8. Обострение хронических заболеваний				2. плаценты			
9. Операции, травмы				3. плода			
15. Предполагаемая дата родов: 1. первый день последней менструации				13. Патология плода, выявленная при генетическом обследовании			
2. по УЗИ				14. Другое			
3. по дате переноса и возрасту эмбриона (с применением вспомогательных репродуктивных технологий)							

Лекарственные препараты в I триместре беременности:

Объективный статус:

Сознание _____ Температура тела _____ С

Общее состояние: удовлетворительное _____

Кожные покровы и видимые слизистые: нормальной окраски и влажности

Телосложение: правильное нормостеническое ИМТ _____

Ожирение: _____ Гирсутизм: _____ Стрии: _____ Послеоперационный рубец: _____

Сердечно-сосудистая система

Пульс _____ уд./мин

ритмичный удовлетворительного наполнения, не напряжен _____

АД на правой руке _____ мм рт. ст.

АД на левой руке _____ мм рт. ст.

Шоковый индекс _____

Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы (да/нет) _____

Легкие: дыхание везикулярное _____

Живот: увеличен соответственно сроку беременности; мягкий, безболезненный во всех отделах, участвует в акте дыхания _____

Печень: _____

Селезенка: _____

Почки:

Поколачивание по пояснице с обеих сторон безболезненное _____

Регионарные лимфатические узлы: не увеличены _____

Молочные железы: мягкие, безболезненные _____

Отеки: _____

Периферические вены: _____

Мочеиспускание: свободное _____
Стул: нормальный, оформлен _____
Наружное акушерское исследование:
Живот: форма овоидная _____
Матка: в нормальном тоне _____
Окружность живота _____ см
Высота дна матки _____ см
ПО _____ см
Предполагаемый вес плода: По Жордания _____ г, По Рудакову _____ г

Размеры таза
Ромб Михаэлиса: (не) правильной формы _____
размеры _____ x _____ см
Родовая деятельность: нет _____
Положение плода: продольное / поперечное / косое
Предлежащая часть: головка / тазовый конец / не определяется
Предлежащая часть: баллотирует / прижата к плоскости входа в малый таз _____
Сердцебиение плода: ясное, ритмичное / приглушено / не выслушивается
ЧСС _____ ударов в мин.
Околоплодные воды: не изливались _____
Патологические выделения из половых путей: нет _____

Внутреннее акушерское исследование:
Осмотр "в зеркалах":
Слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки:
покрыта неизменной слизистой _____
Выделения: умеренные, слизистые _____
Произведен забор материала: мазки на м/флору / ПЦР _____
Бактериологическое исследование _____

Вагинальное исследование
Вход во влагалище: (не) рожающей
Влагалище: узкое/емкое
Шейка матки: _____ см, плотная / мягкая; размягчена (не) равномерно / по
проводной оси малого таза / отклонена к крестцу
Наружный зев: закрыт
Цервикальный канал: диаметр _____ см.
Проходим для _____ п/п за / до внутреннего зева
Плодный пузырь: цел / отсутствует
Предлежит: головка / тазовый конец плода
Отношение предлежащей части к плоскости входа в малый таз:
баллотирует / прижата к плоскости входа в малый таз
Мыс: (не) достижим. Conjugata diagonalis: _____ см Conjugata vera _____ см.
Деформации малого таза: нет _____

Боковые размеры малого таза _____
Клинический диагноз:
Беременность _____ недель _____ дней.

Заключение: на данном этапе показано полное клинико-лабораторное
обследование,

Начать преиндукцию родов: _____
План ведения родов: _____

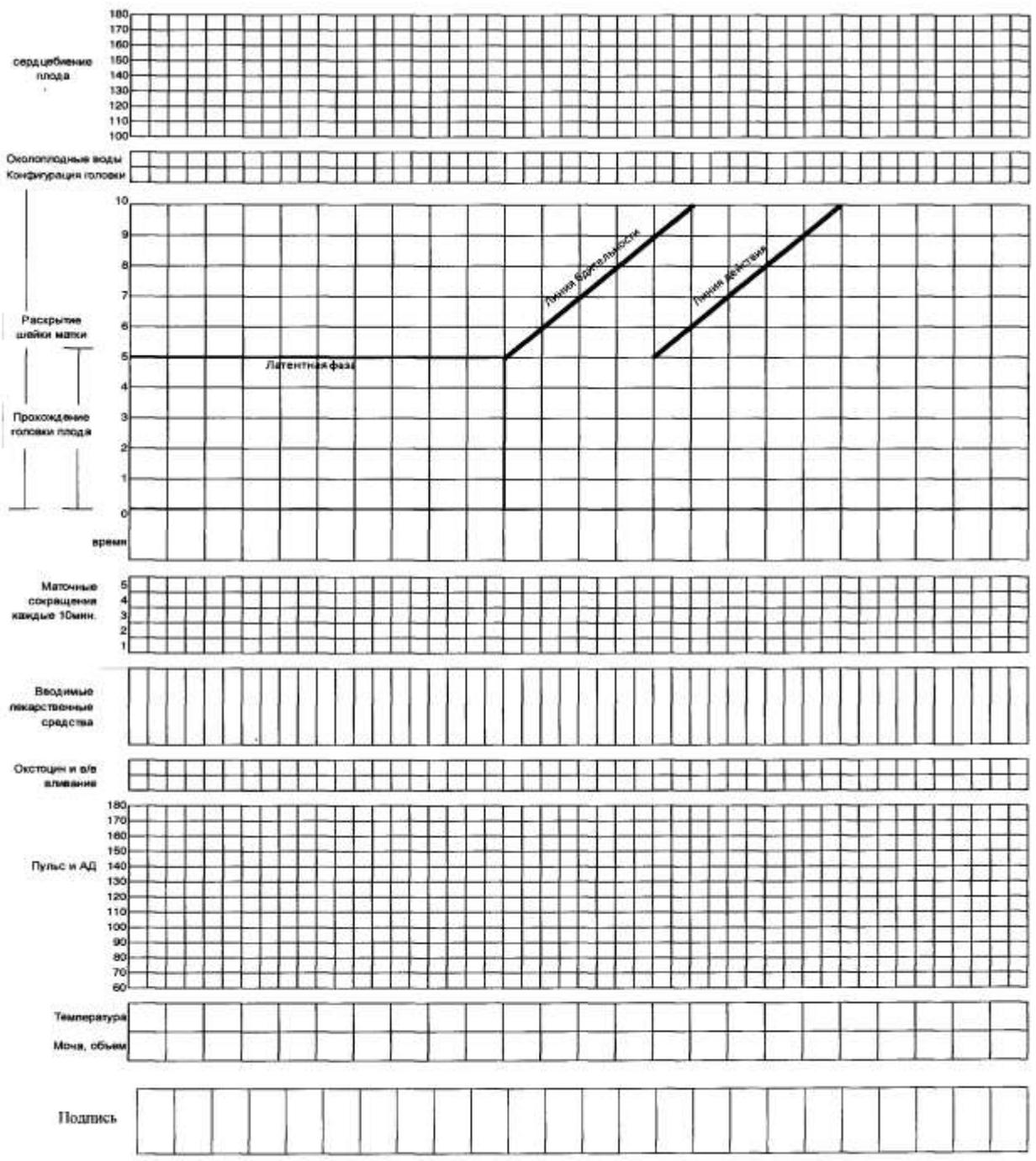
Лечащий врач: _____ / _____ /
Заведующий акушерским отделением патологии беременности: _____ / _____ /
Аллергические реакции в анамнезе _____

	медицинская сестра															
	врач															
	медицинская сестра															
	врач															
	медицинская сестра															
	врач															
	медицинская сестра															

(вкладыш к истории родов N _____)

Партограмма

ФИО _____
 Беременность _____ Роды _____
 Дата родов _____ Время начала родов _____
 Время отхождения вод _____



КАРТА ВЕДЕНИЯ РОЖЕНИЦЫ В РОДИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Активное ведение 3-го периода родов		Активно-выжидательное ведение 3-го периода родов	
Проверка наличия 2-го плода		Ожидание не более 30 минут	Есть признаки отделения плаценты
В/м инъекция 10 МЕ окситоцина время □□ : □□			Нет признаков отделения плаценты
После рождения плода профилактика кровотечения			
Контролируемая тракция за пуповину с контртракцией матки			
Рождение последа			
Да		Нет	
Контроль тонуса матки (ручной)		Ручное выделение плаценты	
		Контроль тонуса матки (ручной)	

Плодные оболочки все Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если нет, ревизия стенок полости матки: ручная <input type="checkbox"/> инструментальная <input type="checkbox"/>
Наличие дефектов плаценты Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

если да, ревизия стенок полости матки: ручная инструментальная

Особенности строения, аномалии плаценты Да Нет

Если да, уточнить _____ Вес плаценты _____

Пуповина нормальная Да Нет

Если нет, уточнить _____

Оценка последа

Осмотр половых путей Да Нет

Разрывы	Да	Нет	Шовный материал
промежности, степень I II III IV			
влагалища			
шейки матки степень I II III			

Эпизиоррафия, шовный материал _____ Кровопотеря: _____ мл

Анестезия Не было Местная В/в Региональная

Мониторинг состояния роженицы в течение 2 часов

	Минуты после рождения							
	15	30	45	60	75	90	105	120
Кровопотеря (мл)								
Контроль тонуса матки (ручной)								
Пульс уд/мин								
АД								
Шоковый индекс								
Диурез (самостоятельное мочеиспускание по постоянному катетеру)								
Температура °С								

Общая кровопотеря: <500 мл 500 - 999 мл >1000 мл

%ОЦК

АД, пульс, шоковый индекс _____

Комментарии/вмешательства: _____

Акушерка _____ Подпись _____

Врач-акушер-гинеколог _____ Подпись _____

ЭПИКРИЗ РОДОВ

Дата родов: / / 20 Время : Беременность N _____ Роды N _____

Индикаторы	Да	Нет
Преждевременные роды (< 37 недель)	1	2
Роды в срок (37-41 неделя)	1	2
После 41 недели	1	2

Показания к анестезии _____

Анесте-

Партнерские роды	1	2
Ведение партограммы	1	2
Вагинальные роды в головном предлежании	1	2
Вагинальные роды в тазовом предлежании	1	2
Длительность безводного периода <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> часов		

Осложнения	Слабость родовой деятельности	1	2
	Дискоординация родовой деятельности		
	Дистресс плода	1	2

зия	Не было <input type="checkbox"/> В\В <input type="checkbox"/>
	ТВА+ИВЛ <input type="checkbox"/>
	Местная <input type="checkbox"/>
	Эпидуральная <input type="checkbox"/>
	Спинальная <input type="checkbox"/>
	Наркотические анальгетики <input type="checkbox"/>
	КСЭА <input type="checkbox"/>

Третий период родов	
активное ведение	<input type="checkbox"/>
активно-выжидательное ведение	<input type="checkbox"/>

	Клинически узкий таз	1	2
	Преэклампсия/эклампсия	1	2
	Разрыв промежности I II III IV ст.	1	2
	Разрыв влагалища/шейки матки I II III ст	1	2
	Разрыв матки	1	2
	Кровотечение Объем: _____	1	2
	Другое (уточнить) _____		
Операции и вмешательств а	Амниотомия	1	2
	Родовозбуждение	1	2
	Стимуляция родов	1	2
	Эпизиотомия / перинеотомия	1	2
	Вакуум-экстракция/акушерские щипцы (подчеркнуть)	1	2
	Ручное отделение плаценты и выделение последа	1	2

Кесарево сечение Да Нет

Общая кровопотеря

<500 мл [1] 500-999 мл [2] >1000 мл [3]

Осложнения в раннем послеродовом периоде _____

Примечания _____

Расширение объема операции _____

Гемотрансфузии _____

Антибактериальная профилактика/терапия _____

Физиологические роды Да [1] Нет [2]

	В послеродовую палату совместного пребывания с ребенком	
	В послеродовое отделение одна	
	В отделение реанимации, пост интенсивной терапии	

Ревизия полости матки	1	2		В другую медицинскую организацию	
Кесарево сечение	1	2		Умерла	
Баллонная тампонада	1	2			
внутриматочная	1	2			
Баллонная тампонада вагинальная	1	2			
Плодоразрушающая операция	1	2			
Гистерэктомия	1	2			
Другое (уточнить) _____					

Информация о новорожденном(ых)

Состояние при рождении	1 ребенок			2 ребенок			3 ребенок		
	Живой	Аntenатальная гибель	Интранатальная гибель	Живой	Аntenатальная гибель	Интранатальная гибель	Живой	Аntenатальная гибель	Интранатальная гибель
Апгар 1 мин. / 5 мин.	/			/			/		
Первичная реанимация	Да		Нет	Да		Нет	Да		Нет
Врожденные пороки, уточнить									
Масса/Рост/Пол	[] [] г [] см М Д			[] [] г [] см М Д			[] [] г [] см М Д		
Ребенок переведен в:									
Палату совместного пребывания									
ПИТ/Реанимацию									
Другую медицинскую организацию									

Акушер-гинеколог: _____ Подпись _____ Акушерка: _____ Подпись _____

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ (РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА; РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ
СТЕНОК ПОЛОСТИ МАТКИ; БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ)**

1. Ф.И.О. родильницы _____ 2. N _____
 3. Время начала операции _____ 4. Время окончания _____ 5. Продолжительность операции _____
 6. Показания к операции:

1. Гипотоническое маточное кровотечение		4. Полное плотное прикрепление плаценты	
2. Дефект плаценты (плодных оболочек)		5. Контрольное ручное обследование стенок	
3. Сомнение в целостности матки		полости матки	

7. Общее состояние больной

1. Удовлетворительное	
2. Средней тяжести	
3. Тяжелое	
4. Крайне тяжелое	

8. Исходная кровопотеря _____ мл
 9. Исходное АД _____ мм.рт.ст.
 10. Пульс _____ уд/мин
 11. После обработки рук хирурга и наружных половых органов рукой, введенной в полость матки произведено:

1. Ручное обследование стенок полости матки	
2. Удаление остатков плацентарной ткани	
3. Удаление плодных оболочек	
4. Удаление сгустков крови	
5. Бимануальная компрессия	

12. Стенки полости матки

--

13. Плацентарная площадка располагалась на:

1. передней стенке полости матки	
----------------------------------	--

2. задней стенке полости матки	
3. другое (указать)	

14. Матка

1. плотная	
2. хорошо сократилась	
3. гипотоничная	
4. расслабляется	

15. Осложнения и особенности операции _____
16. Кровопотеря при операции _____ мл 17. Общая кровопотеря _____ мл
18. Дополнительная фармакотерапия _____
19. В/в инфузия _____
20. Состояние родильницы в первые 2ч. после операции:

1. удовлетворительное		7. АД	
2. средней тяжести		8. Пульс	
3. тяжелое		9. Шоковый индекс	
4. крайне тяжелое		10. Кожные покровы	
5. жалобы _____		розовые	
6. сознание		бледные	
ясное		11. Частота дыхания	
заторможенное		12. Матка	
		плотная	
		гипотоничная	

21. Выделения из родовых путей

кровяные скудные	
кровяные умеренные	
в значительном количестве	
со сгустками	
без сгустков	

22. Назначения 1. установка второго венозного
23. Оперировал _____ (ФИО, подпись врача-акушера-гинеколога)
- Операционная сестра (акушерка) _____ (ФИО, подпись)

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

1. Показания к операции: со стороны матери _____
- со стороны плода _____
- комбинированные _____

2. Виды щипцов
полостные
выходные

3. Время и дата начала операции _____ час. _____ мин. _____ . _____ 200 _____ г., 4. извлечения ребенка
_____ час. _____ мин. _____ . _____ 200 _____ г.

5. Состояние матери перед операцией

6. Состояние плода перед операцией

1 общее состояние _____	1 звучность сердечных тонов _____
2 период родов _____	2 ЧСС _____ 3. КТГ _____ 4 аритмия _____
3 безводный промежуток до операции _____	5 предлежание _____
4 характер околоплодных вод _____	6 положение _____
5 соответствие размеров таза матери и головки плода _____	7 позиция _____ 8 вид _____
6 плодный пузырь _____	9 отношение головки к спинальной плоскости _____
7 открытие маточного зева _____	10 положение стреловидного шва _____
8 состояние роженицы _____	11 положение малого родничка _____
9 достижение седалищных остей _____	12 положение большого родничка _____
10 характер выделений _____	13 предполагаемые размеры плода _____

7. Анестезия

1 В/В _____ 2. регионарная _____
3. Другое: _____
Подписи: врача анестезиолога-реаниматолога _____
медицинской сестры-анестезиста _____

8. Ход операции

9. Состояние женщины после операции

1 после обработки рук хирурга _____	1 общее состояние _____
2 введена _____ ложка	2 АД dex/ _____ , 3 АД sin/ _____ (мм.рт.ст)
3 введена _____ ложка	4 Осмотр родовых путей _____
4 щипцы наложены в _____ размере	5 общая кровопотеря _____
Ложки щипцов замкнуты. Пробная тракция _____	6. дополнительные мероприятия: _____
5 направление тракций _____	

6 сколько тракций _____	_____
7 головка выведена _____	_____
8 особенности операции _____	_____

10. Профилактика

1 кровотечения _____
2 инфекции _____

11. Послед, оболочки, пуповина

1 послед удален _____
2 особенности последа _____
3 особенности оболочек _____
4 особенности пуповин _____

12. Осложнения операции

1. для матери	2. для плода

13.Ф.И.О., подпись	1-Врач	2-Средний медработник
1. Оперировал		
2. Восстанавливал целостность		
3. Проводил обезболивание		

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА

1. Показания к операции: со стороны матери _____
со стороны плода _____
комбинированные _____

3. Время и дата начала операции _____ час. _____ мин. _____ . _____ 200 _____ г., 4. извлечения ребенка _____ час.
_____ мин. _____ . _____ 200 _____ г.

5. Состояние матери перед операцией

6. Состояние плода перед операцией

1 общее состояние _____	1 звучность сердечных тонов _____
2 период родов _____	2 ЧСС _____ 3 КТГ _____
3 безводный промежуток до операции _____	4 аритмия _____
4 характер околоплодных вод _____	5 предлежание _____
5 соответствие размеров таза матери и головки плода _____	6 положение _____
6 плодный пузырь _____	7 позиция _____ 8 вид _____
7 открытие маточного зева _____	9 отношение головки к спинальной плоскости _____
8 состояние промежности _____	10 положение стреловидного шва _____
9 достижение седалищных остей _____	11 положение малого родничка _____
10 характер выделений _____	12 положение большого родничка _____
	13 предполагаемые размеры плода _____

7. Анестезия

1 В/В _____ 2. регионарная _____
3. Другое: _____
Подписи: врача анестезиолога-реаниматолога _____
медицинской сестры-анестезиста _____

8. Ход операции

1 после обработки рук хирурга _____
2 введение чашечки в родовой канал внутренней стороной к головке _____
3 установление чашечки относительно родничков, стреловидного шва, проводной оси малого таза _____
4 _____ рукой создано разряжение в системе вакуум-экстрактора _____ мм.рт.ст.
5 направление тракций _____

- 6. количество попыток наложения чашечки вакуум-экстрактора _____
- 7. количество тракций _____
- 8. головка выведена _____
- 9. особенности операции _____

9. Состояние женщины после операции

- 1 общее состояние _____
- 2 AD dex/ _____ , 3 AD sin/ _____ (мм.рт.ст)
- 4 осмотр родовых путей _____
- 5 общая кровопотеря _____
- 6 дополнительные мероприятия: _____

10. Профилактика

- 1. кровотечения _____
- 2. инфекции _____

11. Осложнения операции

1. для матери	2. для плода

12.Ф.И.О., подпись	1-Врач	2-Средний медработник
1. Оперировал		
2. Восстанавливал		

целостность		
3. Проводил обезболивание		

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

1. Дата "___" _____ 20__ г.
 2. Ф.И.О. _____ 3. Возраст _____
 4. Рост (см.) _____ 5. Масса тела _____ г. 6. Группа крови _____ 7. Rh-фактор _____
 8. Предполагаемая операция (плановая, экстренная) в объеме _____
9. Данные анамнеза: (подчеркнуть)
1. аллергия (1да 2нет)
 2. общее обезболивание (1да 2нет)
 3. гемотрансфузии (1да 2нет)
 4. применение гормональных препаратов (1да 2нет)
 5. сопутствующие заболевания (какие) _____
6. длительный прием лекарственных средств (каких) _____
7. Анатомические особенности для эндотрахеального наркоза (какие):
1. наличие зубных протезов (1да 2нет)
 2. изменение шейного отдела позвоночника (1да 2нет)
 3. рубцовые изменения дыхательных путей (1да 2нет)
 8. Исходное состояние пациента:
 1. удовлетворительное, 2. средней тяжести, 3. тяжелое
 9. Кожные покровы: обычной окраски (1да 2нет)
 10. Видимые слизистые розовые (1да 2нет)
 11. Отеки есть (1да 2нет)
 12. Сознание _____
 13. Органы дыхания:
 1. ЧД _____ в мин.;
 2. характер легочного дыхания _____
 3. хрипы _____
 4. данные рентгенологического обследования _____
 14. Система кровообращения:
 1. АД _____ мм.рт.ст.
 2. ЧСС _____ в мин.

3. Сердце тоны _____ (ритмичные, звучные);
4. шумы _____
5. Данные ЭКГ _____
-
15. Органы пищеварения:
1. язык (1. влажный _____ 2. сухой _____)
2. живот (1. мягкий, 2. вздутый, 3 др. _____)
3. печень выступает на _____ см.
16. Почки: 1. дизурия _____ (1 есть , 2 нет)
2. синдром "поколачивания" (1 есть , 2 нет) _____
-
18. Заключение: _____
-
19. Риск анестезии: _____
20. Рекомендации: _____
21. Премедикация:
1. Накануне операции
2. В _____ час. _____ мин.
22. Назначения _____
-
23. Ф.И.О., подпись врача-анестезиолога-реаниматолога _____

ПРОТОКОЛ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

1. Ф.И.О. _____ 2. Срок беременности _____ нед. 3. Отделение _____

<p>4. Время и дата начала операции _____ час. _____ мин. _____ 20__ г.</p> <p>извлечения ребенка _____ час. _____ мин. 20__ г.</p> <p>окончания операции _____ час. _____ мин. _____ . _____ 20__ г.</p>	<p>5. Группа крови матери _____ подпись _____</p> <p>6. Rh фактор матери _____ подпись _____</p>
--	--

7. Диагноз матери: основной _____
- сопутствующий _____

8. Показания к операции со стороны

матери
плода
комбинированные

Операция			
9. плановая		10. неотложная/экстренная (подчеркнуть)	
до начала родовой деятельности	с начала родовой деятельности	до начала родовой деятельности	с начала родовой деятельности

11. Согласие женщины (ее родственников) получено _____ (подпись)

12. Особые отметки

1. Отягощенный акушерский анамнез: _____
2. Аномалии половых органов _____
3. Анатомические особенности таза _____
4. Кесарево сечение в анамнезе: когда _____
5. Показания _____
6. Тип операции _____
7. Расположение плаценты _____
8. Обработка влагалища _____
9. Катетеризация мочевого пузыря _____

13. Ход операции

1. Послойный разрез передней брюшной стенки (вид)		
2. Состояние и размеры матки		
3. Разрез тела матки: тип		
4. Вскрытие плодного пузыря	количество вод	характер вод
5. Извлечение плода: за 1. головку ; 2. ножку; 3. тазовый конец	1-I	2-II
6. Особенности извлечения		
7. Сведения о детях 1. живой; 2. мертвый; 3. доношенный; 4. недоношенный;		

5. переносенный; 6. пол. (М Ж); 7. масса тела 8. длина; 9. Оценка по Апгар (на 1 мин на 5 мин)		
8. Видимая патология		
9. Время пережата пуповины		
10. Удаление последа		
11. Ревизия полости матки	12. Общая кровопотеря _____ мл	
13. Введ. средств, сокращ-х матку		
14. Зашивание разреза на матке		
15. Стерилизация мат. труб		
16. Ревизия брюшной полости		
17. Туалет брюшной полости		
18. Рапорт операц. м/с		
19. Послойное восстановление передней брюшной стенки		
20. Асептическая повязка		
21. Моча (кол-во, цвет)		
22. Осложнен. операции у матери (травмы, кровотечение и др.)		
23. у плода (асфиксия, травма, др)		
24. Расширение объема операции (гистерэктомия др.)		
25. Особенности последа оболочек		

Хирург _____ Ассистент _____ Операционная медицинская сестра _____
 Анестезиолог-реаниматолог _____ Медицинская сестра - анестезист _____

ЭПИКРИЗ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ф.И.О. _____ Возраст _____
 Дата рождения _____ Адрес _____
 Дата операции кесарева сечения _____ Дата выписки _____

Дата _____

Разрез матки _____

Беременность N _____

В нижнем сегменте

Роды N _____

Корпоральный

Преждевременные (до 37 недель)

Другое _____

Срочные (37-42 недели)		
После 42 недель		
Плановое кесарево сечение		Антибиотикопрофилактика
Ургентное кесарево сечение (категория ургентности: 1,2,3)		Препарат, доза
Показания _____ _____ _____		Кратность
		Ушивание разреза матки
		Шовный материал _____
Анестезия		Однорядовый шов
	Общая	Двухрядный шов
	Спинальная	Отдельные швы
	Эпидуральная	Непрерывные швы
Другое _____ _____		Общая кровопотеря
		500-900 мл
Осложнения		>1000 мл
Кровотечение		Трансфузия
Другое _____ _____		Плазмы
		Эритроцитарной массы
Длительность операции _____		В п/б прежде находилась
		В отделении реанимации (ПИТ) _____ дней _____ часов

В палате _____ дней _____ часов
Родильница переведена из ПИТ
В палату совместного пребывания "Мать и дитя"
В послеродовую палату без ребенка
Другая медицинская организация

Информация о новорожденном

Новорожденный		1-й ребенок			2-й ребенок			3-й ребенок		
Состояние при рождении		живой	антенатальная гибель плода	Интранатальная гибель плода	живой	антенатальная гибель плода	Интранатальная гибель плода	живой	антенатальная гибель плода	Интранатальная гибель плода
Оценка по Апгар	1 мин									
	5 мин									
Первичная реанимация		да	нет		да	нет		да	нет	
При наличии видимых пороков развития, уточнить:										
Масса/длина тела										
Пол		М	Ж		М	Ж		М	Ж	
Новорожденный переведен в:										
Отделение совместного пребывания										
Палату интенсивной терапии										
Отделение 2-го этапа										
Другой стационар										

Течение послеоперационного периода

Длительность пребывания в стационаре	Температура тела >37.6 С позднее 48 часов после операции	Назначение антибиотиков более одних суток	Дренирование брюшной полости	Инфекция ран	Кюретаж матки

Комментарий _____

Клинический диагноз _____

Осложнения _____

Другие вмешательства _____

Рекомендации по планированию семьи _____

Ф.И.О, подпись врача _____

15 | 50

10 | 0

Этап
анестезии

Этап операции

Хар-ка
дыхания

Сведения о детях

Параметры ИВЛ

первый второй

Диурез

пол _____	Этапы анестезии	Характеристика
дыхания _____	Заключе-ние:	Врач анестезиолог-
реаниматолог _____		Медицинская сестра-
масса тела _____	А - Премедикация	С -
анестезист _____	Вв - Вводный наркоз	Операционная
спонтанное _____	Т - Интубация	В -
бригада: _____	Пв - Поворот	Врач-
рост _____	Э - экстратубация	П -
вспомогательное _____	Д - Декураризация	Врач-
хирург _____	Б - блокада	
оценка по _____		
принудительное _____		
ассистент _____		
шкале Апгар _____		
сестра _____		
на 1/5 _____		
мин _____		

КАРТА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

" ____ " _____ 20_г. отделение _____ N палаты _____
 Ф.И.О. пациентки _____ возраст _____ N истории родов _____ гр. крови Rh _____
 Диета _____ Вес _____ Рост _____
 Диагноз основной _____
 Диагноз сопутствующий _____
 Осложнения _____
 Операция _____

СРЕДЫ	ИНФУЗИЯ			ГЕМО-ГИДРО БАЛАНС		
	Название	Объём	Кратность	Часы	ВВЕДЕНО	ВЫВЕДЕНО
					Парентерально _____ мл	Диурез _____ мл
					Энтерально _____ мл	По дренажам _____ мл.
					Итого _____ мл	Диарея, рвота _____ мл
						Кровопотеря _____ мл
						Итого _____ мл.
					СУТОЧНЫЙ БАЛАНС:	
					МАНИПУЛЯЦИИ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ВРЕМЯ
					Профилактика пролежней	
					Санация ТБД	
					Промывание зонда	
Аминокислоты					Ингаляции	
					Клизма	
					Уход за подключичным катетером	
					ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ	
					Подпись врача /	Подпись медицинской сестры /

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНОЙ В ОТДЕЛЕНИИ (ПАЛАТЕ) ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Дата	1	2	3	4
------	---	---	---	---

Дни (часы) пребывания				
ЧД				
Температура тела				
ЧСС				
АД				
Кожные покровы				
Отеки				
Дыхательные нарушения				
Сердце:				
1. аритмии				
2. тоны, шумы				
Вегетативные реакции (рвота, диарея)				
Живот (перистальтика кишечника)				
Мочеиспускание				
Состояние вен				
Состояние матки				
Выделения из половых путей				
Состояние швов				
Заключение (особые отметки)				
Назначения:				
1. Обследование				
2. Консультации				
3. Лечение: (см.лист назнач.)				
4. в т. ч. - наркотические препараты				
Подпись				

ДНЕВНИК ПРЕБЫВАНИЯ РОДИЛЬНИЦЫ В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПАЛАТЕ

1. Дата												
Сутки после родов (операции кесарева сечения)	1	2	3	4	5	6	7					
	у/в											
ЧСС	t											
160	41											

11. Вены нижних конечностей							
12. Лонное сочленение							
13. Осложнения							
14. Влагалищное исследование (по показаниям)							
15. УЗИ органов малого таза							
16. Назначения:							
1. ОАК							
2. ОАМ							
3. бакт. исследование							
17. Лечение:							
1. утеротоники							
2. антибиотики							
3. физиотерапия							
18. Хирургическое лечение							
19. Состояние швов, заживление							
20. Где находится ребенок							
21. Свободное посещение родственников							

Подпись врача _____ Подпись акушерки _____

КОНСУЛЬТАЦИИ

Ф.И.О.	Диагноз	Рекомендации
1. Терапевта Дата		
2. Хирурга Дата		
3. Врача-реаниматолога-анестезиолога Дата		
4. Физиотерапевта Дата		

5. Других специалистов		
Дата		

АНАЛИЗЫ
(место вклеивания)

ЭПИКРИЗ выписной

1. Пребывание в стационаре с _____ по _____ в том числе в отделении патологии беременности с _____ по _____
 2. Экстрагенитальная патология:

- | |
|---|
| 1. сахарный диабет (O24-ч.);
2. недостаточность питания (O25);
3. анемия (O99.0-Ч.);
4. болезни щитовидной железы (O99.2-4.);
5. болезни системы кровообращения (O99.4-);
6. пиелонефрит
7. другое: |
|---|

3. Акушерская патология при беременности:

- | |
|---|
| 1. отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, O10-O16); (в т.ч. преэклампсия, эклампсия O11, O13, O14, O15);
2. угрожающий аборт (O20.0);
3. истмико-цервикальная недостаточность (O34.3);
4. плацентарные нарушения (O43),
5. кровотечение: (в связи с предлежанием плаценты O44.1; нарушением свертываемости крови O45.0; O67.0; преждевременной отслойкой плаценты O45.8,9) |
|---|

4. Особенности родов

1. Самопроизвольные нормальные (O80)	
2. Индуцированные	
3. Затрудненные (O64-O66)	
4. Затяжные (O63)	
5. Стремительные (O62.3)	
6. Многоплодные (O84 - O35)	
7. Неправильное предлежание плода (O32)	
8. Анатомически узкий таз (O33.01-O33.04)	
9. Рубец на матке (O34.2)	
10. Другое	

5. Осложнения родов

1. Эклампсия (O15.1 -2)	
2. Нарушения родовой деятельности (O62)	
3. Осложнения при анестезии в родах и послеродовом периоде (O74, O78)	
4. Разрыв промежности III-IV ст.(O70.2-3)	
5. Разрыв матки (O71.0-1)	
6. Расхождение лонного сочленения (O71.6-4.)	
7. Кровотечение в последовом и послеродовом периоде (O72.0-1)	
8. Септицемия в родах, послеродовой сепсис (O75.3; O85)	
9. в т.ч. после кесарева сечения (O85-ч.)	
10. Послеродовая инфекция половых и мочевых путей (O86.2,3)	
11. Венозные осложнения (O87)	
12. Инфекции молочной железы (O91.1,2ч.)	
13. Другое	

6. Пособия и операции в родах

1. Эпизиотомия/рафия	
2. Перинеотомия/рафия	
3. Разрыв промежности I-II ст. (O70.1)	
4. Разрыв шейки матки (O71.3)	
5. Ручное обследование СГМ	
6. Ручное отделение и выделение последа	
7. Акушерские щипцы (O81.0-3)	
8. Вакуум-экстракция (O81.4)	
9. Кесарево сечение (O82)	
10. Гистерэктомия при кесаревом сечении (O82.2)	
11. Плодоразрушающая операция (O83.4)	
12. Другое	

7. Исходы родов для матери и плода

1. Роды	нормальные	своевременные	преждевременные	запоздалые	
2. Мать	выписана	переведена	на какой день после родов		
3. Диагноз при переводе					
4. Состояние при выписке/переведе					
5. Смерть матери в родах (день _____ час _____ минута _____)					
6. Заключение ВК	непредотвратима	предотвратима	условно предотвратима		
7. Ребенок	1- первый			2-второй	
1. пол (М Ж) 2. масса тела 3. длина тела	1	2	3	1	2
рожден: 1. живорожденным 2. мертворожденным	1	2		1	2
мертворожденный погиб: 1. антенатально 2. интранатально	1	2		1	2
6. Выписан/переведен (когда)					
7. Переведен куда					
8. Состояние ребенка при выписке/переведе					
9. Смерть ребенка	день	час	мин	день	час
10. Заключение ВК: смерть ребенка	1	2	3	1	2
1. непредотвратима 2. предотвратима 3. условно предотвратима					

Наименование медицинской организации _____	Вкладыш в медицинскую карту беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях Учетная форма N 096/1у-20
Адрес _____	

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БЕРЕМЕННОЙ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ N _____

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Дата и время поступления в отделение _____

3. Аллергические реакции _____

ОСМОТР БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОПЕ

Дата время _____

Врач акушер-гинеколог _____

Совместно с _____

Доставлена: самостоятельно, сантраспортом, переведена из _____

Первобеременная / повторнобеременная

Первородящая / повторнородящая

Возраст: _____ лет

Страховой анамнез

Имеет (не имеет) листок нетрудоспособности по беременности и родам с _____

Жалобы при обращении: отсутствуют _____

Шевеление плода ощущает: хорошо _____

Головная боль: нет _____

Изменения зрения: нет _____

Тошнота, рвота, боли в эпигастрии: нет _____

Сон: не нарушен _____

Анамнез жизни

Общие заболевания _____

Детские инфекции _____

Эпидемиологический анамнез

туберкулез _____ гепатит _____ венерические заболевания _____

Вредные привычки

	У матери	У отца ребенка
1. Курение		
2. Алкоголь (частота, количество)		
3. Наркотики (название, частота)		

Вредности (факторы риска)

1. Профессиональные		
2. Экологические		
3. Социальная отягощенность		

Наследственность

1. Многоплодие		
2. Наследственные заболевания		

Операции, травмы:

Переливания крови и препаратов крови: _____

Аллергологический анамнез:

Гинекологический анамнез

Менструация: с _____ лет (не) регулярные, (без) болезненные, умеренные/обильные, по _____ дней, через _____ дней

Дата последней менструации: _____

Начало половой жизни с _____ лет. Брак: (не) зарегистрирован

Контрацепция: (не) использует: КОК / барьерная / спермициды / ВМК

Гинекологические заболевания:

Акушерский анамнез

Исходы предыдущих беременностей

N п/п	Год	Чем кончилась беременность и при каком сроке				Операции		Срок гестаци и	Осложнения беременнос тей, абортов, родов	Сведения о детях			
		Абортами		Неразв ивающа яся береме нность	Родами		Выскабл ивание полости матки			Вакуум- аспирац ия	Масса тела	Патология плода и новорожде нного	Мертворожде ния, умер, (основная причина смерти)
		медика ментоз ный	самопр оизволь ный		срочны е	прежде времен ные							
1													
2													
3													
4													
5													

Течение настоящей беременности

На учете в женской консультации N (медицинский центр): _____ с: _____ недель
_____ дней.

Дата постановки на учет: _____

Первое движение плода: не помнит _____

Общая прибавка в весе + : _____ кг (не)равномерная / патологическая

Динамика АД: _____ мм.рт.ст.

	Iтр.	IIтр.	IIIтр.		Iтр.	IIтр.	IIIтр.
1. Без патологии				10. Патология, выявленная при лабораторных исследованиях			
2. Угроза прерывания				1. биохимии крови			
3. Анемия				2. мочи			
4. Отеки, протеинурия, гипертензия				3. свертывающей системы крови			
5. Плацентарная недостаточность				4. антитела к Rh-фактору			
				11. Патология, выявленная при УЗИ:			

6. ИППП				1. матери
7. Острые и инфекц./вирусные заболевания				2. плаценты 3. плода
8. Обострение хронических заболеваний				12. Патология плода, выявленная при генетическом обследовании
9. Операции, травмы				13. Другое
14. Предполагаемая дата родов:	1. первый день последней менструации 2. по УЗИ 3. по дате переноса и возрасту эмбриона (ВРТ)			

Лекарственные препараты в I триместре беременности:

Объективный статус:

Сознание _____ Температура тела _____ С

Общее состояние: удовлетворительное

Кожные покровы и видимые слизистые: нормальной окраски и влажности

Телосложение: правильное нормостеническое, ИМТ _____

Ожирение: _____ Гирсутизм: _____ Стрии: _____ Послеоперационный рубец: _____

Сердечно-сосудистая система

Пульс _____ уд./мин ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен

АД на правой руке _____ мм рт. ст.

АД на левой руке _____ мм рт. ст.

Тоны сердца ясные, чистые

Легкие: дыхание везикулярное

Живот: увеличен соответственно сроку беременности; мягкий, безболезненный во всех отделах, участвует в акте дыхания

Печень:

Селезенка: _____

Почки: Поколачивание по пояснице с обеих сторон безболезненное.

Регионарные лимфатические узлы: не увеличены

Молочные железы: мягкие безболезненные

Отеки: _____

Периферические вены: _____

Мочеиспускание: свободное _____

Стул: нормальный, оформлен _____

Наружное акушерское исследование:

Живот: форма овоидная _____

Матка: в нормальном тоне _____

ОЖ _____ см

ВДМ _____ см

ПО _____ см

Предполагаемый вес плода: _____

Размеры таза

Ромб Михаэлиса: (не) правильной формы _____

размеры _____ x _____ см

Родовая деятельность: нет _____

Положение плода: продольное / поперечное / косое

Предлежащая часть: головка / тазовый конец / не определяется

Предлежащая часть: баллотирует / прижата к плоскости входа в малый таз

Сердцебиение плода: ясное, ритмичное / приглушено / не выслушивается

ЧСС _____ ударов в мин.

Околоплодные воды: не изливались _____

Патологические выделения из половых путей: нет

Внутреннее акушерское исследование:

Осмотр "в зеркалах":

Слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки:

покрыта неизменной слизистой _____

Выделения: умеренные, слизистые _____

Произведен забор материала: мазки на микрофлору / ПЦР _____ /

Бактериологическое исследование _____

Вагинальное исследование

Вход во влагалище: (не) рожавшей

Влагалище: узкое /емкое

Шейка матки: _____ см, плотная / мягкая; размягчена (не) равномерно / по проводной оси малого таза / отклонена к крестцу.

Наружный зев: закрыт.

Цервикальный канал: диаметр _____ см. Проходим для _____ п/п за / до внутреннего зева

Плодный пузырь: цел / отсутствует

Предлежит: головка / тазовый конец плода

Отношение предлежащей части к плоскости входа в малый таз:

баллотирует / прижата к плоскости входа в малый таз

Мыс: (не) достижим. Conjugata diagonalis: _____ см Conjugata vera _____ см.

Деформации малого таза: нет _____

Боковые размеры малого таза _____

Клинический диагноз:

Беременность _____ недель _____ дней.

Заключение: на данном этапе показано полное клиничко-лабораторное обследование,

План ведения:

Лечащий врач: _____ / _____ /

Заведующий акушерским отделением патологии беременности: _____ / _____ /

ПРЕБЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Дата							
2. День пребывания							
3. Срок гестации							
4. Жалобы							
5. Общее состояние							

головная боль							
нарушение зрения							
6. Кожные покровы							
окраска							
сухость							
сыпь							
кровоизлияния							
7. Язык и зев							
8. Отеки							
9. Сердечно-сосудистая система							
ЧСС							
АД на правой руке							
АД на левой руке							
Тоны сердца							
10. Дыхательная система							
ЧД							
11. Живот							
вздутие							
болезненность							
симптомы раздражения брюшины							
12. Акушерский статус							
окружность живота							
высота дна матки							
тонус матки							
болезненность							
характер выделений							
13. Состояние плода:							
ЧСС							
КТГ							
шевеление							
положение							
предлежащая часть							
расположение предлежащей части							
14. Вес							
15. Мочеиспускание							
Диурез							
16. Стул							

Ф.И.О. и подпись врача _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Вид исследования 2. Дата 3. Ф.И.О. лица, проводившего исследование	4. Срок гестации	5. Результаты исследования

ВЫПИСНОЙ (ПЕРЕВОДНОЙ) ЭПИКРИЗ

1. Дата поступления в отделение патологии беременности (далее - ОПБ) _____
2. Дата выписки (перевода на роды) _____
3. Состояние женщины при поступлении _____
4. Состояние плода при поступлении _____
5. В ОПБ выявлены нарушения: _____

1. состояния здоровья матери _____ _____ _____
2. акушерская патология _____ _____ _____
3. патология: плаценты _____ 4. пуповины _____ 5. плода _____ _____ _____

6. Проведено обследование _____

7. Проведено лечение _____

8. Состояние женщины при выписке _____ _____
9. Состояние плода при выписке матери _____ _____

10. Заключительный диагноз

1. основной _____

2. осложнения основного _____

Код **МКБ-10** _____

3. сопутствующие _____

11. Рекомендации _____

12. Ф.И.О. и подпись врача _____

13. Ф.И.О. акушерки _____

14. Листок нетрудоспособности N _____ получила (подпись беременной) _____

Приложение N 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации _____ Адрес _____ _____	Медицинская документация Учетная форма N 025/у Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
---	--

**Карта пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях)**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ N карты _____

Первичный осмотр

1. Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее

2. Жалобы _____

3. Репродуктивный анамнез

половое развитие	соответствует возрасту	опережающее	запоздалое
менструальная функция с ____ лет	регулярность	боли	кровопотери
начало половой жизни			
контрацепция			
беременности	число	год	осложнения
роды	число	год	осложнения
эктопические беременности	число	год	осложнения
бесплодие	длительность	причины _____ _____ _____	первичное/вторичное
медицинские аборт	число	год	осложнения
самопроизвольные аборт	число	год	осложнения
несостоявшиеся выкидыши	число	год	осложнения

мертворождения	число	год	осложнения
овуляторный статус с указанием исследования:			
проходимость маточных труб с указанием вида и даты исследования			
спермограмма мужа (партнера) (заключение, дата)			
результаты последнего УЗИ (заключение, дата)			

4. Гинекологические заболевания

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

5. Заболевания молочных желез

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

6. Хирургические операции

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

7. Анамнез жизни

Перенесенные заболевания

Социально значимые		Детские инфекции		Заболевания по органам и системам			
1. туберкулез		1. корь		1. болезни органов дыхания			8. болезни костно-мышечной системы

2. гепатит		2. коклюш		2. болезни щитовидной железы		9. болезни нервной системы	
3. инфекции, передаваемые половым путем		3. скарлатина		3. болезни системы кровообращения		10. психические болезни	
4. ВИЧ-инфекция		4. паротит		4. болезни крови		11. травмы	
5. сахарный диабет		5. дифтерия		5. болезни системы пищеварения		12. операции	
6. ожирение		6. краснуха		6. болезни почек и мочевыводящих путей		13. профессиональное заболевание	
7. злокачественное новообразование		7. частые ОРВИ		7. болезни кожи и подкожной клетчатки		14. другие	

Вредные привычки

Вредные привычки	с какого возраста	длительность
1. курение		
2. алкоголь		
3. наркотики		
4. токсические вещества		

Наследственность

1. со стороны матери	
2. со стороны отца	

Врожденная патология

1. хромосомные нарушения _____
2. пороки развития _____
8. Гинекологический осмотр

1. Наружные половые органы: без особенностей _____ особенности: _____
2. Паховые лимфоузлы: пальпация _____ размеры: _____ особенности _____

3. В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищная часть шейки матки без видимых патологических изменений _____ изменена: _____ выделения _____
4. Влагалищное исследование: влагалище _____ особенности _____ форма шейки матки _____ особенности _____ форма зева _____ особенности: _____
5. Тело матки: положение _____ размеры _____ форма матки _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____
6. Правые придатки матки: пальпация _____ размеры _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____ особенности _____
7. Левые придатки матки: пальпация _____ размеры _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____ особенности _____
8. Своды: пальпация _____ инфильтраты _____ особенности: _____

9. Осмотр и пальпация молочных желез

симметричность _____
особенности _____
Правая молочная железа: пальпация _____ наличие деформаций или втяжений _____ консистенция _____ выделения из сосков _____ болезненность _____ особенности _____
Левая молочная железа: пальпация _____

наличие деформаций или втяжений _____
 консистенция _____ выделения из сосков _____
 болезненность _____ особенности _____

10. Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

осложнения _____

сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

внешняя причина при травмах (отравления) _____

_____ код по МКБ-10 _____

группа здоровья _____ диспансерная группа _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

11. Медицинское наблюдение в динамике

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

12. Медицинское наблюдение в динамике

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

13. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней)

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравления) _____

код по МКБ-10 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____

Врач _____

14. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней)

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравления) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, обследованию и лечению _____

Листок нетрудоспособности _____

Заведующий отделением _____ Лечащий врач _____

15. Заключение врачебной комиссии

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней)

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____
Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравления) _____ код по МКБ-10 _____

Заключение врачебной комиссии _____

Рекомендации _____

Председатель _____
Члены комиссии _____

16. Диспансерное наблюдение

Дата _____
Жалобы и динамика состояния _____

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____

Гинекологический осмотр

1. Наружные половые органы:
без особенностей _____ особенности: _____

2. Паховые лимфоузлы: пальпация _____ размеры: _____
особенности _____

3. В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищная часть шейки матки без видимых патологических

изменений _____ изменена: _____ выделения _____
4. Влагалищное исследование: влагалище _____ особенности _____ форма шейки матки _____ особенности _____ форма зева _____ особенности: _____
5. Тело матки: положение _____ размеры _____ форма матки _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____
6. Правые придатки матки: пальпация _____ размеры _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____ особенности _____
7. Левые придатки матки: пальпация _____ размеры _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____ особенности _____
8. Своды: пальпация _____ инфильтраты _____ особенности: _____

Осмотр и пальпация молочных желез

симметричность _____
особенности _____
Правая молочная железа: пальпация _____ наличие деформаций или втяжений _____ консистенция _____ выделения из сосков _____ болезненность _____ особенности _____
Левая молочная железа: пальпация _____ наличие деформаций или втяжений _____

консистенция _____ выделения из сосков _____
 болезненность _____ особенности _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравления) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации _____

17. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана медицинская помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

18. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

19. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

20. Результаты профилактических осмотров (приемов)

Наименование исследования	Дата	Заключение
Маммография		
УЗИ органов малого таза		
Цитологическое исследование шейки матки		
Кольпоскопия		
ВПЧ-скрининг		
Биопсия шейки матки		
Биопсия эндометрия		

21. Результаты лабораторных методов исследования:

Наименование исследования	Дата	Заключение

22. Эпикриз

Наименование медицинской организации _____	Медицинская документация Учетная форма N 003-2/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
Адрес _____	

Карта
пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля
(вкладыш в карту стационарного больного)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ N карты _____

2. Страховой анамнез лист нетрудоспособности на момент поступления

да	нет
----	-----

3. Дата поступления " ____ " _____ 20__ г. ____ час ____ мин

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Возраст _____ лет

Жалобы _____

Анамнез заболевания (со слов пациента, родственников, медицинских документов)

заболела остро

да	нет
----	-----

давность заболевания _____

особенности течения (боли внизу живота, иррадиация, нарушения менструального цикла, бели) _____

куда обращалась, чем лечилась _____

Эпидемиологический анамнез

контакт с инфекционными больными в течение последних 3-х месяцев

да

нет

прибытие из эпидемически неблагополучной страны за последние 2 недели

да

нет

контакт с больным прибывшим из эпидемически неблагополучной местности за последние 2 недели

да

нет

пребывание в транспортном средстве, следовавшем из эпидемически неблагополучной местности за последние 2 недели

да

нет

жидкий стул за последние 3 недели

да

нет

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания

гепатит А

да

нет

гепатит В

да

нет

гепатит С

да

нет

туберкулез

да

нет

ВИЧ

да

нет

венерические заболевания

да

нет

парентеральные вмешательства за последние 6 месяцев

да

нет

были ли травмы, ожоги, раны

да

нет

флюорография (дата, номер)

да

нет

сведения об иммунизации (против кори, дифтерии, гепатита В, и др.) _____

документированные сведения не представлены

Вредные привычки

Вредные привычки	с какого возраста	длительность
1. курение		
2. алкоголь		
3. наркотики		
4. токсические вещества		

Наследственность

1. со стороны матери	
2. со стороны отца	

Врожденная патология

1. хромосомные нарушения _____

2. пороки развития _____

Хирургические операции

Дата	Название	Показание	Осложнения
1			
2			

Менструация: с _____ лет (не) регулярные, (без) болезненные, умеренные/обильные,
по _____ дней, через _____ дней

Дата последней менструации: _____ Начало половой жизни с _____ лет

Брак: (не) зарегистрирован

Контрацепция: (не) использует: КОК / барьерная / спермициды / ВМК

Гинекологические заболевания:

начало половой жизни: _____
контрацепция: _____

беременности: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 роды: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 эктопические беременности: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 бесплодие: 1. длительность _____ 2. причины _____
 медицинские аборт: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 самопроизвольные аборт: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 несостоявшиеся выкидыши: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 мертворождения 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____

Гинекологические заболевания

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

Заболевания молочных желез

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

Данные осмотра

Общее состояние _____

Сознание _____

Кожные покровы и видимые слизистые, язык _____

Пульс _____ АД _____ Шоковый индекс _____ ЧДД _____

Живот (форма, при пальпации - болезненность, дефанс) _____

Стул _____

Мочеиспускание (болезненность при поколачивании зоны проекции почек) _____

Соматический статус _____

Половое развитие _____

1. соответствует возрасту 2. опережающее 3. запоздалое

Телосложение _____

Масса тела _____ Рост _____ Индекс массы тела кг/м² _____

Визуальное наличие варикозной болезни _____

Паховые лимфоузлы _____

Костно-мышечная система _____

Особые замечание (педикулез, чесотка) _____

Гинекологический статус: (обвести, подчеркнуть)

Наружные половые органы:

1. без особенностей 2. особенности _____

Оволосение:

1. по женскому типу 2. по мужскому типу

Паховые лимфоузлы _____

Уретра и парауретральные железы _____ отделяемое (есть/нет) _____

Бартолиниевые железы:

1. без особенностей 2. особенности _____

В зеркалах:

Слизистая влагалища (обычной окраски, цианотична, гиперермирована, субатрофична), _____

без видимых патологических изменений

Складчатость: (обычная; сглажена)

Выделения: _____

Шейка матки: 1. цилиндрическая 2. коническая 3. гипертрофирована

Слизистая: 1. обычной окраски 2. гиперермирована 3. другое

Наружный зев: 1. точечный 2. щелевидный 3. Другое

Выделения _____

Тело матки: anteflexio; retroflexio

Занимает срединное положение ; смещено влево; вправо.

1. Подвижное / Ограничено в подвижности

2. Безболезненное _____ / Болезненное _____

3. Форма матки _____, консистенция _____

Правые придатки матки: _____ увеличены _____ не увеличены;

Размеры _____; болезненны; безболезненны

Левые придатки матки _____ увеличены _____ не увеличены;

Размеры _____; болезненны; безболезненны

Своды: глубокие _____, укорочены _____

Диагноз при поступлении (предварительный) _____

Обоснование предварительного диагноза _____

План обследования _____

Назначения _____

Ф.И.О. подпись врача _____

Аллергические реакции в анамнезе _____

ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ

Ф.И.О. _____ отделение _____ палата _____

	Отметки о назначении и выполнении											
Дата:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Дни (при интенсивном наблюдении - часы)												
Режим												
Диета												
Инъекции												
Внутренние средства												
Лабораторные обследования:												
Физиотерапевтические процедуры												
Подписи: врача												
медицинской сестры												

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. пациента _____

Медицинская карта N _____

Дата, время					
День пребывания в стационаре	2	3	4	5	6
Жалобы					
Общее состояние					
Кожные покровы					
Периферические лимфоузлы					
Органы дыхания 1. ЧДД 2. Характер легочного дыхания 3. Хрипы					
Органы кровообращения 1. Тоны					
Органы пищеварения: 1. аппетит 2. живот 3. перистальтика 4. селезенка 5. печень 6. стул 7. газы					
Система мочевого выделения 1. характер мочеиспускания диурез 2. отеки					
Динамика состояния:					
Подпись врача					

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

(место для вклеивания анализов)

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____

3. Находился на обследовании и лечении: 1. в отделении _____ 2. с _____ по _____

4. Клинический диагноз:

основной диагноз _____

осложнения основного _____

сопутствующие заболевания _____

5. Результаты проведенного обследования:

6. Проведенное лечение и его эффективность:

7. Рекомендации: _____

8. При летальном исходе основная причина смерти: _____

(Код МКБ-10)

9. Заключение врачебно-экспертной комиссии/врачебно-консультационной комиссии

1. смерть предотвратима _____ 2. непредотвратима _____ 3. условно предотвратима _____

Ф.И.О., подпись лечащего врача _____

Ф.И.О., подпись заведующего отделением _____

ЗАПИСЬ КОНСУЛЬТАЦИЙ КОНСИЛИУМА

Ф.И.О. пациента _____

_____ Медицинская карта N _____

Председатель консилиума _____

Состав консилиума _____

Дата проведения консилиума: _____

Цель консилиума _____

Жалобы пациента _____

Краткие анамнестические сведения _____

Объективные данные _____

Анализ проведенных исследований _____

Заключение _____

Коррекция диагноза и проводимого лечения _____

Рекомендации _____

Сведения об участниках консилиума _____

Ф.И.О.	специальность	место работы	подпись

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

1. Дата операции: число _____ месяц _____ год _____

2. Время начала операции _____ время окончания операции _____

3. Продолжительность операции: _____ час. _____ мин.

4. Наименование операции по номенклатуре _____ код _____

5. Премедикация _____

Наркоз: _____

6. Ход операции _____

7. Подсчет операционного материала: 1. инструменты _____

2. салфетки _____

Диурез _____

Кровопотеря _____

8. Диагноз после операции (основное заболевание) _____

код по **МКБ-10** _____

9. Взят операционный материал на патоморфологическое диагностическое исследование _____

10. Операционный материал направлен _____

Ф.И.О., подпись операционной медицинской сестры _____

Ф.И.О. и подписи медработников, принимавших участие в проведении операции:

1. врача-хирурга _____ 2. врача-хирурга ассистента _____

3. врача-анестезиолога-реаниматолога _____ 4. операционной медицинской сестры _____

Назначения _____

Лечащий врач _____

Заведующий отделением _____

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ (ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ) ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ф.И.О. пациента _____

Медицинская карта N _____

Морфологическое и гистологическое исследование биопсийного и аутопсийного материала: _____

2. Патоморфологический диагноз:

1. основной: _____

Код по **МКБ-10** _____

2. осложнение основного: _____

3. сопутствующие _____

4. конкурирующее _____

5. фоновые состояния _____

3. Выдано медицинское свидетельство о смерти:

1. серия _____ 2. N _____ 3. " _____ " _____ 20 _____ г.

4. Основная причина смерти: _____

Код по **МКБ-10** _____

Ф.И.О. врача-патологоанатома _____ подпись _____

Наименование медицинской организации _____ Адрес _____	Медицинская документация Учетная форма N 003/у Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
---	--

Карта
пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ N карты _____
2. Страховой анамнез _____
листок нетрудоспособности на момент поступления _____
3. Дата поступления " ____ " _____ 20 ____ г. ____ час ____ мин

да	нет
----	-----

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Врач акушер-гинеколог _____
Совместно с _____
Доставлена самостоятельно, санитарным транспортом, переведена из _____
Возраст _____ лет
Жалобы _____

Анамнез заболевания (со слов пациента, родственников, медицинских документов)
заболела остро _____

да	нет
----	-----

давность заболевания _____
особенности течения (боли внизу живота, иррадиация, нарушения менструального цикла, бели) _____

были ли травмы, ожоги, раны

да	нет
да	нет

флюорография (дата, номер)

сведения об иммунизации (против кори, дифтерии, гепатит В, и др) _____

документированные сведения не представлены

Вредные привычки

Вредные привычки	с какого возраста	длительность
1. курение		
2. алкоголь		
3. наркотики		
4. токсические вещества		

Наследственность

1. со стороны матери	
2. со стороны отца	

Врожденная патология

1. хромосомные нарушения _____
2. пороки развития _____

Хирургические операции

Дата	Название	Показание	Осложнения
1			
2			

Менструация: с _____ лет (не) регулярные, (без) болезненные, умеренные/обильные, по _____ дней, через _____ дней

Дата последней менструации: _____ Начало половой жизни с _____ лет

Брак: (не) зарегистрирован

Контрацепция: (не) использует: КОК / барьерная / спермициды / ВМК

Гинекологические заболевания:

начало половой жизни: _____
 контрацепция: _____
 беременности: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 роды: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 эктопические беременности: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 бесплодие: 1. длительность _____ 2. причины _____
 медицинские аборт: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 самопроизвольные аборт: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 несостоявшиеся выкидыши: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____
 мертворождения 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____

Гинекологические заболевания

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

Заболевания молочных желез

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

Данные осмотра

Общее состояние _____

Сознание _____

Кожные покровы и видимые слизистые, язык _____

Пульс _____ АД _____ Шоковый индекс _____ ЧДД _____

Живот (форма, при пальпации - болезненность, дефанс) _____

Стул _____

Мочеиспускание (болезненность при поколачивании зоны проекции почек) _____

Соматический статус

Половое развитие

1. соответствует возрасту 2. опережающее 3. запоздалое

Телосложение _____

Масса тела _____ Рост _____ Индекс массы тела кг/м² _____

Визуальное наличие варикозной болезни _____
Паховые лимфоузлы _____
Костно-мышечная система _____
Особые замечание (педикулез, чесотка) _____

Гинекологический статус: (обвести, подчеркнуть)

Наружные половые органы:

1. без особенностей 2. особенности _____

Оволосение:

1. по женскому типу

2. по мужскому типу

Паховые лимфоузлы _____

Уретра и парауретральные железы _____ отделяемое (есть/нет) _____

Бартолиниевые железы:

1. без особенностей 2. особенности _____

В зеркалах:

Слизистая влагалища (обычной окраски, цианотична, гиперермирована, субатрофична) _____

без видимых патологических изменений

Складчатость: (обычная; сглажена)

Выделения: _____

Шейка матки: 1. цилиндрическая 2. коническая 3. гипертрофирована

Слизистая: 1. обычной окраски 2. гиперемирована 3. другое

Наружный зев: 1. точечный 2. щелевидный 3. другое

Выделения _____

Тело матки: anteflexio; retroflexio

Занимает срединное положение ; смещено влево; вправо.

1. Подвижное / Ограничено в подвижности

2. Безболезненное _____ /Болезненное _____

3. Форма матки _____, консистенция _____

Правые придатки матки: _____ увеличены _____ не увеличены;

Размеры _____; болезненны; безболезненны

Левые придатки матки _____ увеличены _____ не увеличены;

Размеры _____; болезненны; безболезненны

Своды: глубокие _____, укорочены _____

Диагноз при поступлении (предварительный) _____

Обоснование предварительного диагноза _____

План обследования _____

Назначения _____

Ф.И.О. подпись врача _____

СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ И ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ

" _____ " _____ 20 ____ г. _____ час. _____ мин.

1. Общее состояние пациента _____
2. Жалобы, выявленные дополнительно _____
3. Особенности анамнеза настоящего заболевания, выявленные дополнительно _____
4. Особенности анамнеза жизни пациента, выявленные дополнительно _____

Гинекологический статус: (обвести, подчеркнуть)

Наружные половые органы:

1. без особенностей 2. особенности _____

Оволосение:

1. по женскому типу
2. по мужскому типу

Паховые лимфоузлы _____

Уретра и парауретральные железы _____ отделяемое (есть/нет) _____

Бартолиниевые железы:

1. без особенностей 2. особенности _____

В зеркалах:

Слизистая влагалища (обычной окраски, цианотична, гиперермирована, субатрофична), _____
без видимых патологических изменений

Складчатость: (обычная; сглажена)

Выделения: _____

Шейка матки: 1. цилиндрическая 2. коническая 3. гипертрофирована

Слизистая: 1. обычной окраски 2. гиперермирована 3. другое

Наружный зев: 1. точечный 2. щелевидный 3. Другое

Выделения _____

Тело матки: anteflexio; retroflexio

Занимает срединное положение ; смещено влево; вправо.

1. Подвижное / Ограничено в подвижности
2. Безболезненное _____ /Болезненное _____
3. Форма матки _____, консистенция _____

Правые придатки матки: _____ увеличены _____ не увеличены;

Размеры _____; болезненны; безболезненны

Вид анестезии: _____
Показания к операции _____

Условия к операции _____

Возможные осложнения _____

Операционная бригада
Врач-хирург _____

Ассистент _____

Операционная медицинская сестра _____

Врач-анестезиолог-реаниматолог _____

Медицинская сестра-анестезист _____

Врач-трансфузиолог _____

" ____ " _____ 20 ____ г.
Лечащий врач _____

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

1. Дата " ____ " _____ 20 ____ г.
2. Ф.И.О. _____ 3. Возраст _____
4. Рост (см) _____ 5. Масса тела _____ г. 6. Группа крови _____ 7. Rh-фактор _____

8. Предполагаемая операция (плановая, экстренная) в объеме _____

9. Данные анамнеза: (подчеркнуть)

1. аллергия (1.да 2.нет)
2. общее обезболивание (1.да 2.нет)
3. гемотрансфузии (1.да 2.нет)
4. применение гормональных препаратов (1.да 2.нет)
5. сопутствующие заболевания (какие) _____

6. длительный прием лекарственных препаратов (каких) _____

10. Анатомические особенности для эндотрахеального наркоза (какие):

1. наличие зубных протезов (1.да 2.нет)
2. изменение шейного отдела позвоночника (1.да 2.нет)
3. рубцовые изменения дыхательных путей (1.да 2.нет)

11. Исходное состояние пациента:

1. удовлетворительное, 2. средней тяжести, 3. тяжелое

12. Кожные покровы: обычной окраски (1.да 2.нет)

13. Видимые слизистые розовые (1.да 2.нет)

14. Отеки есть (1.да 2.нет)

15. Сознание _____

16. Органы дыхания:

1. ЧД _____ в мин.;
2. характер легочного дыхания _____
3. хрипы _____
4. данные рентгенологического обследования _____

17. Система кровообращения:

1. АД _____ мм.рт.ст.
2. ЧСС _____ в мин.
3. Сердце тоны _____ (ритмичные, звучные);
4. шумы _____
5. данные ЭКГ _____

18. Органы пищеварения:

1. язык (1. влажный _____ 2. сухой _____)
2. живот (1. мягкий, 2. вздутый, 3. др. _____)
3. печень выступает на _____ см

19. Почки: 1. дизурия _____ (1.есть , 2.нет)
2. синдром Пастернацкого (1.есть , 2.нет) _____

20. Данные лабораторного обследования (указать патологию) _____

21. Заключение: _____

19. Риск анестезии: _____

20. Рекомендации: _____

21. Премедикация:

1. Накануне операции

2. В _____ час. _____ мин.

22. Назначения _____

23. Ф.И.О., подпись врача-анестезиолога-реаниматолога _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ
(плановая/экстренная)

Ф.И.О. _____ Возраст _____ Год рождения _____

Дата поступления _____ Адрес _____

Диагноз до операции _____

Диагноз после операции _____

Хирурги _____

Врач анестезиолог-реаниматолог _____

Операционная медицинская сестра _____

Вид обезболивания _____

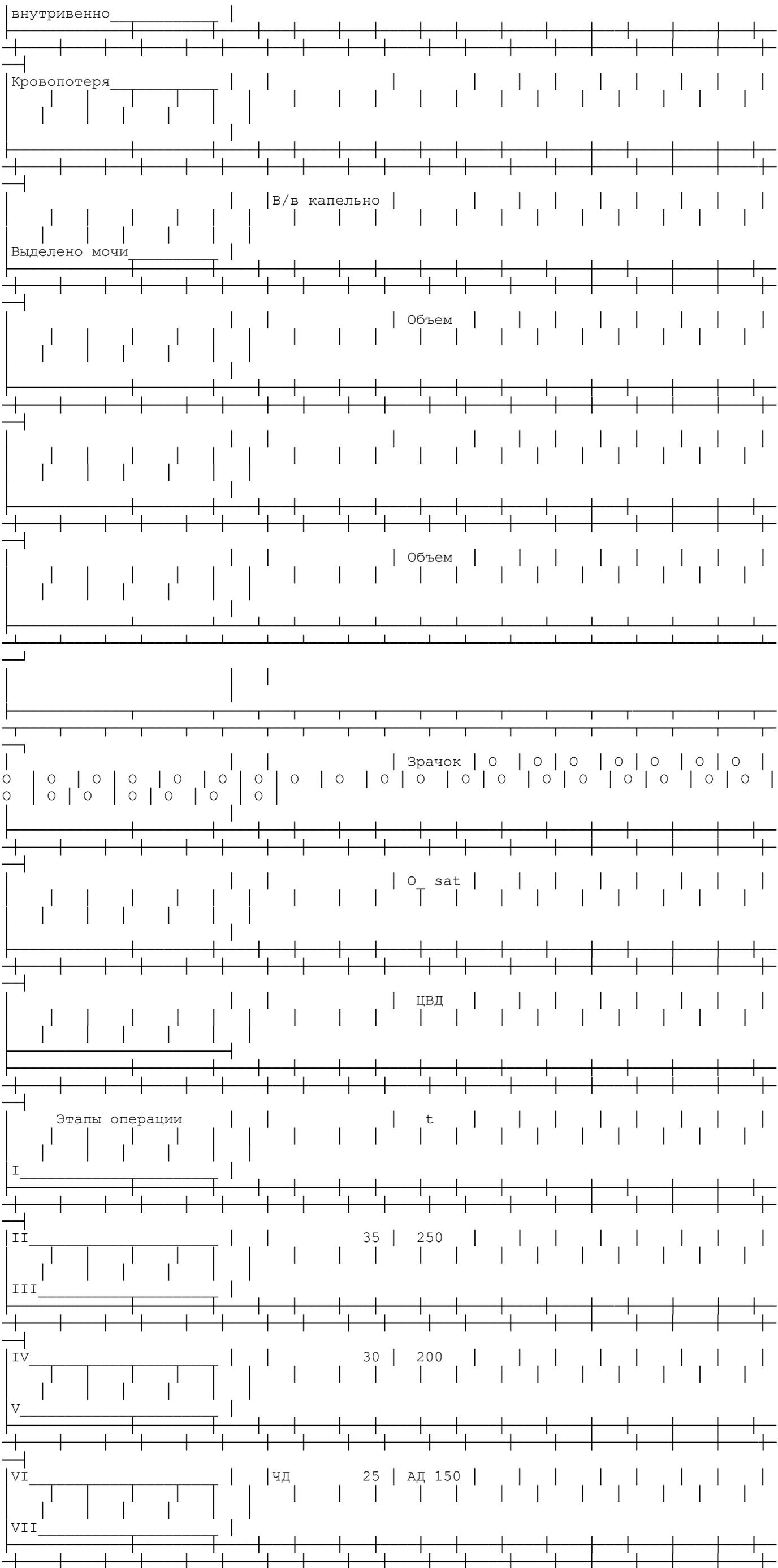
Начало операции _____ Продолжительность операции _____

Характер операции _____

Описание операции _____

Макропрепарат _____

Врач _____



VII 20 | 100

15 | 50

10 | 0

Этап
анестезии

Этап операции

Хар-ка
дыхания
Сведения о детях

Параметры ИВЛ
первый второй

Диурез

пол _____	Этапы анестезии	Характеристика
дыхания _____	Заключение:	Врач анестезиолог-
реаниматолог _____		
масса тела _____		
анестезистка _____	М/-	
_____	А - Премедикация	С -
спонтанное _____		Операционная
бригада: _____	Вв - Вводный наркоз	В -
рост _____		Врач-
вспомогательное _____	Т - Интубация	П -
хирург _____		Врач-
оценка по _____	Пв - Поворот	
принудительное _____		Операционная
ассистент _____	Э - экстратубация	
шкале Аппар _____		
сестра _____	Д - Декураризация	
на 1/5 _____		
мин _____	Б - блокада	

└─

КАРТА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

" " _____ 20__ г. отделение _____ N палаты _____
 Ф.И.О. пациентки _____ возраст _____ N истории родов _____ гр. крови Rh _____
 Диета _____ Вес _____ Рост _____
 Диагноз основной _____
 Диагноз сопутствующий _____
 Осложнения _____
 Операция _____

СРЕДЫ (нужное подчеркнуть)	ИНФУЗИЯ			ГЕМО-ГИДРО БАЛАНС	
	Объём	Кратность	Часы	ВВЕДЕНО	ВЫВЕДЕНО
Ringeri				Парентерально _____ мл	Диурез _____ мл
Natriichloridi 09%					
Kaliichloridi 4%				Энтерально _____ мл	По дренажам _____ мл.
ГЭК					
Glucosi 5%				Итого _____ мл	Диарея, рвота _____ мл
Glucosi 10%					Кровопотеря _____ мл
					Итого _____ мл.
				СУТОЧНЫЙ БАЛАНС:	
				МАНИПУЛЯЦИИ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ВРЕМЯ
				Профилактика пролежней	
				Санация ТБД	
				Промывание зонда	
Аминокислоты				Ингаляции	
				Клизма	
				Уход за подключичным катетером	
				ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ	
				Подпись врача /	Подпись медицинской сестры /

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

(заполняется в случае продления госпитализации сверх срока, предусмотренного стандартом)

медицинской помощи)

" _____ " _____ 20____ г.

1. Динамика:

общего состояния пациента _____

соматического статуса _____

основных проявлений болезни _____

2. Обоснование необходимости дальнейшего пребывания в стационаре и дообследования
пациента _____

3. План дальнейшего обследования _____

4. Необходимые консультации _____

5. Изменения и дополнения в лечении _____

Подпись врача _____

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНОЙ В ОТДЕЛЕНИИ (ПАЛАТЕ) ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Дата				
Дни (часы) пребывания				
Частота дыхания				
Температура тела				
ЧСС				
АД				
Кожные покровы				
Отеки				
Дыхательные нарушения				
Сердце:				
1. аритмии				
2. тоны, шумы				
Вегетативные реакции (рвота, диарея)				
Живот (перестальтика кишечника)				
Мочеиспускание				
Состояние вен				
Состояние матки				
Выделения из половых путей				
Состояние швов				
Заключение (особые отметки)				
Назначения:				
1. Обследование				
2. Консультации				
3. Лечение: (см.лист назначений)				
4. в том числе - наркотические препараты				
Подпись				

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА

Дата, время					
День пребывания в стационаре					
Температура					
Жалобы					
Общее состояние					
Кожные покровы					
Язык, видимые слизистые					
Дыхание					
Пульс, АД,					
Живот					
Область послеоперационной раны					
Стул, диурез					
Динамика состояния:					
Подпись врача					

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

(место для вклеивания анализов)

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

1 .Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____

3. Находился на обследовании и лечении: 1. в отделении _____ 2. с _____ по _____

4. Клинический диагноз:

основной диагноз _____

осложнения основного _____

сопутствующие заболевания _____

5. Результаты проведенного обследования:

6. Проведенное лечение и его эффективность:

7. Рекомендации: _____

8. При летальном исходе основная причина смерти: _____

(Код МКБ-10) _____

9. Заключение ВЭК (ВКК):

1. смерть предотвратима _____

2. непредотвратима _____

3. условно предотвратима _____

Ф.И.О., подпись лечащего врача _____

Ф.И.О., подпись заведующего отделением _____

ЗАПИСЬ КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Ф.И.О. пациента _____

2. Медицинская карта N _____

3. Дата проведения консультации _____

4. Жалобы пациента _____

5. Краткие анамнестические сведения _____

6. Объективные данные _____

7. Анализ проведенных исследований _____

8. Заключение _____

9. Коррекция диагноза и проводимого лечения _____

10. Рекомендации _____

11. Специальность врача-консультанта _____

12. Ф.И.О. _____ подпись _____

ЗАПИСЬ КОНСУЛЬТАЦИЙ КОНСИЛИУМА

1. Ф.И.О. пациента _____

2. Медицинская карта N _____

Председатель консилиума _____

Состав консилиума _____

Дата проведения консилиума: _____

Цель консилиума _____

Жалобы пациента: _____

Краткие анамнестические сведения _____

Объективные данные _____

Анализ проведенных исследований: _____

Заключение: _____

Коррекция диагноза и проводимого лечения: _____

Рекомендации: _____

Сведения об участниках консилиума

Ф.И.О.	специальность	место работы	подпись

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ (ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ) ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ф.И.О. пациента _____

2. Медицинская карта N _____

Морфологическое и гистологическое исследование биопсийного и аутопсийного материала: _____

2. Патоморфологический диагноз:

1. основной: _____ Код по МКБ-10 _____

2. осложнение основного: _____

3. сопутствующие _____

4. конкурирующее _____

5. фоновые состояния _____

3. Выдано медицинское свидетельство о смерти:

1. серия _____ 2. N _____ 3. " _____ " _____ 20 ____ г.

4. Основная причина смерти: _____

_____ Код по МКБ-10 _____

Ф.И.О. врача-патологоанатома _____ подпись _____

Приложение N 8
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации _____	Медицинская документация Учетная форма N 025/у 003-2/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
Адрес _____	

Карта
пациента при искусственном прерывании беременности медикаментозным
методом (вкладывая в медицинскую карту пациента, получающего
медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или в карту
стационарного больного)

Ф.И.О. пациентки _____ N карты _____

Диагноз _____

Первое посещение

" ____ " _____ 20__ г.

Обратилась самостоятельно/направлена (указать кем) _____

В случае направления из женской консультация психолога/специалиста по социальной работе " ____ " _____ 20__ г.

причина отказа от консультации _____

Проведена беседа о причине аборта и его последствиях.

" ____ " _____ 20__ г. в ____ ч _____ мин предоставлено время для обдумывания решения в течение _____ перед искусственным прерыванием беременности

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное

Шейка матки цилиндрической/конической формы

Слизистая влагалища и шейка без изменений

Наружный зев закрыт, открыт

Тело матки в положении _____ не увеличено/увеличено до _____ недель беременности, туго-эластической/мягковатой консистенции, подвижно/неподвижно, болезненно/безболезненно при пальпации

Левые придатки без особенностей _____

Правые придатки без особенностей _____

Своды свободны, выделения: слизистые/гнойные/сукровичные/кровянистые, скудные/умеренные/обильные

Диагноз _____

Назначено обследование (при отсутствии):

1. УЗИ органов малого таза

2. Мазок на флору

3. Группа крови, резус фактор

4. Другое _____

Явка _____ Врач _____

Второе посещение

" ____ " _____ 20 ____ г.

Обсуждение проблемы. Пациентка настаивает на прерывании беременности.

Жалобы _____

Общее состояние удовлетворительное

Т тела _____ Пульс _____ АД _____

Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный

Выделения: слизистые/сукровичные/кровяные, скудные/умеренные/обильные

Стул _____, мочеиспускание _____

Наличие плодного яйца в полости матки подтверждено УЗИ

от " ____ " _____ 20 ____ г.

Проведена оценка данных лабораторного исследования

Противопоказаний для прерывания беременности не выявлено

Проинформирована о сущности метода медикаментозного прерывания

беременности, ожидаемых побочных эффектах, о возможных осложнениях,

симптомах, требующих немедленного обращения к врачу

Информированное согласие на прерывание беременности получено (прилагается)

Название препарата _____ серия _____ доза _____ способ введения _____

Назначение выполнено в моем присутствии в _____ ч _____ минут

Пациентка наблюдалась в течение _____

Отпущена домой в _____ ч _____ минут.

Рекомендации даны

Контактный телефон для связи предоставлен

Оявка _____ Врач _____

Третье посещение

" ____ " _____ 20 ____ г.

Жалобы _____

Общее состояние удовлетворительное

Т тела _____ Пульс _____ АД _____

Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный. Выделения: слизистые/
сукровичные/кровяные, скудные/умеренные/обильные

Стул _____, мочеиспускание _____

Назначения:

Название препарата _____ серия _____ доза _____ способ введения _____

Назначение выполнено в моем присутствии в _____ ч _____ минут

Пациентка наблюдалась в течение _____

Отпущена домой в _____ ч _____ минут

Рекомендации даны

Контактный телефон для связи предоставлен

Явка _____ Врач _____

Четвертое посещение

" ____ " _____ 20 ____ г.

Жалобы _____

Общее состояние удовлетворительное
Т тела _____ Пульс _____ АД _____
Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный
Выделения: слизистые/сукровичные/кровяные, скудные/умеренные/обильные
Стул _____, мочеиспускание _____

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное
Шейка матки цилиндрической/конической формы
Слизистая влагалища и шейка без изменений
Наружный зев закрыт, открыт
Тело матки в положении _____ не увеличено/увеличено до _____ недель
беременности, туго-эластической/мягковатой консистенции, подвижно/
неподвижно, болезненно/безболезненно при пальпации
Левые придатки без особенностей _____
Правые придатки без особенностей _____
Своды свободны, выделения: слизистые/гнойные/сукровичные/кровянистые,
скудные/умеренные/обильные
По данным УЗИ от "___" _____ 20___ г. плодное яйцо в полости матки
отсутствует/визуализируется
Диагноз _____

Осложнения _____

Сопутствующие _____

Послеабортное консультирование, включающее информацию о гигиеническом
режиме, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, возобновлении
половой жизни, контрацепции, очередном плановом посещении врача
проведено/не проводилось
Другие рекомендации _____

Справку/Листок нетрудоспособности с по N _____ серия _____ получила _____

Врач _____

Заведующий отделением _____

Приложение N 9
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации	Медицинская документация Учетная форма N 003-2/у-20 003/у Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
Адрес _____	

Карта
пациента при искусственном прерывании беременности хирургическим
методом (вкладыш в карту стационарного больного)

Ф.И.О. пациентки _____ N карты _____

Диагноз при поступлении: _____

"___" _____ 20___ г.

Обратилась для искусственного прерывания беременности самостоятельно/
направлена (указать кем) _____

Предоставлено время для обдумывания решения в течение _____ перед

направлением на искусственное прерывание беременности
"___"___20___г. в ___ ч ___ мин.

Получила консультацию психолога/специалиста по социальной работе
"___"___20___г.

Причина отказа от консультации _____

Настоящая беременность по счету _____

В случае повторной беременности: родов _____ аборт(ов) _____

Проведена беседа о причине аборта и его последствиях

Настаивает на прерывании беременности

Общее состояние удовлетворительное. Т тела _____ Пульс _____ АД _____

Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный

Выделения: слизистые/сукровичные/кровяные, скудные/умеренные/обильные

Стул _____, мочеиспускание _____

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы: без особенностей; влагалище узкое; свободное

Шейка матки цилиндрической/конической формы

Слизистая влагалища и шейка без изменений _____

Наружный зев: закрыт; открыт

Тело матки в положении _____ не увеличено/увеличено до _____ недель

беременности, туго-эластической/мягковатой консистенции, подвижно/

неподвижно, болезненно/безболезненно при пальпации

Левые придатки без особенностей _____

Правые придатки без особенностей _____

Своды свободны, выделения:

слизистые/гнойные/сукровичные/кровянистые, скудные/умеренные/обильные

Заключение _____

Маточная беременность подтверждена УЗИ от "___"___20___г.

Срок беременности _____

Проведена оценка данных лабораторного исследования (прилагаются)

Противопоказаний для прерывания беременности не выявлено

Метод прерывания беременности (указать, если не вакуумная аспирация
и обоснование) _____

Проинформирована о сущности хирургического прерывания беременности,

ожидаемых побочных эффектах и возможных осложнениях

Информированное согласие на прерывание беременности получено
(прилагается)

Аллергические реакции _____

Протокол операции вакуумной аспирации

___ ч ___ мин "___"___20___г

Антибиотикопрофилактика за 30-60 мин _____

Шейка матки в зеркалах фиксирована на пулевые щипцы

Проведено обезболивание/без обезболивания _____

Расширение цервикального канала/без расширения _____

В полость матки введена канюля N _____, длина полости матки _____ см

Произведена вакуумная аспирация содержимого полости матки

Аспират _____

Матка сократилась. Кровопотеря _____ мл. Осложнений нет

Ф.И.О. врача (подпись) _____

Протокол наблюдения после хирургического прерывания беременности

"___"___20___г. Время осмотра лечащего врача _____

Жалобы: _____

Общее состояние удовлетворительное. Т тела _____ Пульс _____ АД _____
Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный
Выделения: слизистые/сукровичные/кровяные, скудные/умеренные/обильные
Стул _____, мочеиспускание _____

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное
Шейка матки цилиндрической/конической формы
Слизистая влагалища и шейка без изменений _____
Наружный зев закрыт, открыт _____
Тело матки в положении _____ величено/увеличено до _____ беременности, туго-
эластической/мягковатой консистенции, подвижно/неподвижно, болезненно/
безболезненно при пальпации _____
Левые придатки без особенностей _____
Правые придатки без особенностей _____
Своды свободны, выделения:
слизистые/гнойные/сукровичные/кровянистые, скудные/умеренные/обильные.
Диагноз: Состояние после искусственного прерывания беременности
Осложнения _____

Сопутствующие _____

Назначения: _____

Рекомендации: _____

Подпись врача _____

Эпикриз

Дата поступления _____
При сроке беременности _____
Дата искусственного прерывания беременности _____
Метод прерывания беременности _____
Антибиотикопрофилактика _____
Диагноз при выписке _____

Код по МКБ-10 _____

Послеабортное консультирование, включающее информацию о гигиеническом режиме, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, возобновлении половой жизни, очередном плановом посещении врача, контрацепции проведено _____

Пациентке предоставлено право выбора контрацепции
Выбранный метод _____
Другие рекомендации _____

Справку/листок нетрудоспособности с _____ по _____ N _____ серия _____ получила _____

Врач _____

Заведующий отделением _____

Дата выписки (перевода) _____

Приложение N 10
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации

Медицинская документация
Учетная форма N 003-2/у-МС

Адрес _____

Утверждена **приказом** Минздрава
России
от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Карта
донесения о случае материнской смерти**

Идентификационный номер случая смерти: _____

Дата смерти: _____

Возраст женщины: _____

Место постоянного проживания (наименование субъекта Российской Федерации и населенного пункта): _____

Место наступления смерти (наименование медицинской организации с указанием группы (уровня), вне медицинской организации (на дому), на этапе медицинской эвакуации выездной бригадой скорой медицинской помощи (выездной бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи): _____

N	Показатели	Шифр
1.	МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: 0 - нет данных; 1 - город; 2 - село.	
2.	ВОЗРАСТ (лет): 0 - нет данных; 1 - до 14 лет; 2 - 15-16; 3 - 17; 4 - 18-19; 5 - 20-24; 6 - 25-29; 7 - 30-34; 8 - 35-39; 9 - 40-44; 10 - 45-49; 11 - 50 и более.	
3.	СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: 0 - нет данных; 1 - занятая, в том числе в отрасли: 1.1 - сельского хозяйства, 1.2 - обрабатывающего производства, 1.3 - торговли, 1.4 - финансовой деятельности, 1.5 - образования, 1.6 - здравоохранения, 1.7 - прочее (указать) _____; 2 - безработная; 3 - школьница; 4 - студентка образовательной организации высшего образования; 5 - учащаяся профессиональной образовательной организации; 6 - пенсионер по инвалидности: 6.1 - с детства, 6.2 - профессиональное заболевание, 6.3 - общее заболевание; 7 - домохозяйка; 8 - прочее (указать)	
4.	ОБРАЗОВАНИЕ: 0 - нет данных; 1 - высшее профессиональное; 2 - неполное высшее профессиональное; 3 - среднее профессиональное (среднее специальное); 4 - начальное профессиональное (профессионально-техническое); 5 - среднее (полное) общее; 6 - основное общее (неполное среднее); 7 - начальное.	
5.	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (брачное состояние): 0 - нет данных; 1 - состоит в зарегистрированном браке; 2 - состоит в незарегистрированном браке; 3 - вдова; 4 - разведена; 5 - никогда не состояла в браке (одинокая).	
6.	ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ: 0 - нет данных; 1 - проживает в отдельной квартире (доме); 2 - проживает в коммунальной квартире; 3 - проживает в общежитии; 4 - жилье снимает; 5 - бездомная; 6 - прочее (указать)	
7.	ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ: 0 - нет данных; 1 - отсутствуют; 2 - курение; 3 - алкоголизм; 4 - наркомания; 5 - токсикомания; 6 - прочее (указать)	
8.	ОТНОШЕНИЕ К ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - беременность желательная; 2 - беременность нежелательная.	
9.	НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ: 0 - нет данных; 1 - не наблюдалась; 2 - медицинским работником со средним медицинским образованием: 2.1 - медицинской сестрой, 2.2 - акушеркой, 2.3 - фельдшером; 3 - медицинским работником с высшим медицинским образованием: 3.1 - врачом-акушером-гинекологом, 3.2 - врачом общей практики (семейным); 4 - совместное наблюдение; 5 - прочее (указать)	
10.	ПЕРВАЯ ЯВКА ПО БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - не наблюдалась; 2 - до 12 недель; 3 - в 13-21 неделю; 4 - в 22-27 недель; 5 - в 28 и более недель.	
11.	МЕСТО НАБЛЮДЕНИЯ: 0 - нет данных; 1 - фельдшерско-акушерский пункт; 2 - врачебная амбулатория; 3 - участковая больница; 4 - женская консультация: 4.1 - I группы (уровня), 4.2 - II группы (уровня), 4.3 - III группы (уровня); 5 - прочее (указать)	
12.	ПАРИТЕТ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - первая; 2 - вторая; 3 - третья; 4	

	- четвертая; 5 - пятая и более.	
13.	ИСХОДЫ ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ: 0 - нет данных; 1 - аборт: 1.1 - самопроизвольный, 1.2 - медицинский (легальный), 1.3 - криминальный, 1.4 - неуточненный (внебольничный), 1.5 - по медицинским показаниям, 1.6 - по социальным показаниям; 2 - внематочная беременность; 3 - роды; 4 - данная беременность первая.	
14.	ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: 0 - нет данных; 1 - отсутствуют; 2 - сердечно-сосудистой системы: 2.1 - гипертоническая болезнь, 2.2 - пороки сердца, 2.3 - варикозная болезнь, 2.4 - другие; 3 - органов дыхания; 4 - крови: 4.1 - анемия, 4.2 - другие; 5 - мочевыделительной системы; 6 - органов пищеварения; 7 - эндокринной системы: 7.1 - ожирение, 7.2 - сахарный диабет, 7.3 - заболевания щитовидной железы; 8 - инфекционные: 8.1 - ВИЧ, 8.2 - туберкулез, 8.3 - гепатиты А, В, С; 9 - аллергические; 10 - онкологические; 11 - нервно-психические; 12 - наркомания; 13 - алкоголизм; 14 - прочие (указать)	
15.	ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫЯВЛЕНЫ: 0 - нет данных; 1 - до беременности; 2 - во время беременности; 3 - во время родов; 4 - после родов; 5 - при аутопсии.	
16.	ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: 0 - нет данных; 1 - отсутствуют; 2 - воспалительные заболевания; 3 - эндометриоз; 4 - нарушения менструаций; 5 - привычное невынашивание; 6 - бесплодие; 7 - миома матки; 8 - доброкачественные новообразования яичников; 9 - злокачественные новообразования половых органов; 10 - прочие (указать) _____; 11 - перенесенные операции на органах малого таза: 11.1 - лапаротомическим доступом _____, 11.2 - лапароскопическим доступом _____, 11.3 - влагалищные	
17.	ОСЛОЖНЕНИЯ ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ: 0 - нет данных; 1 - данная беременность первая; 2 - не было; 3 - существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период; 4 - преэклампсия средней тяжести; 5 - преэклампсия тяжелая; 6 - эклампсия; 7 - угроза прерывания беременности; 8 - кровотечение; 9 - перинатальные потери; 10 - кесарево сечение; 11 - другие родоразрешающие операции; 12 - прочие (указать)	
18.	ОСЛОЖНЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - без осложнений; 2 - рвота беременных; 3 - существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период; 4 - преэклампсия средней тяжести; 5 - преэклампсия тяжелая; 6 - эклампсия во время беременности; 7 - угроза прерывания беременности; 8 - угроза преждевременных родов; 9 - венозные осложнения; 10 - болезни мочеполовой системы; 11 - анемия; 12 - болезни эндокринной системы; 13 - болезни системы кровообращения; 14 - сахарный диабет; 15 - резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации; 16 - многоплодие; 17 - тазовое предлежание; 18 - косое и поперечное положение плода; 19 - внутриутробная гипоксия плода; 20 - задержка роста плода; 21 - анатомически узкий таз; 22 - рубец на матке; 23 - многоводие; 24 - маловодие; 25 - предлежание, низкое прикрепление плаценты; 26 - вращение плаценты; 27 - преждевременная отслойка плаценты; 28 - перенашивание беременности; 29 - беременность, наступившая после экстракорпорального оплодотворения; 30 - прочие (указать)	
19.	ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - в госпитализации не нуждалась; 2 - однократная; 3 - многократная; 4 - отказалась от госпитализации.	
20.	ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ РОДРАЗРЕШЕНИЯ: 0 - нет данных; 1 - плановая; 2 - экстренная; 3 - роды вне медицинской организации.	
21.	МЕСТО ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - вне медицинской организации: 1.1 - на дому, 1.2 - прочее (указать) _____; 2 - на этапе медицинской эвакуации выездной бригадой скорой медицинской помощи (выездной акушерской бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи); 3 - фельдшерско-акушерский пункт; 4 - врачебная амбулатория; 5 - участковая больница; 6 - urgentный родильный зал районной (центральной районной) больницы (при отсутствии родильного отделения); 7 - родильный дом	

	(отделение): 7.1 - I группы (уровня), 7.2 - II группы (уровня), 7.3 - III группы (уровня); 8 - перинатальный центр: 8.1 - II группы (уровня), 8.2 - IIIA группы (уровня), 8.3 - IIIB группы (уровня); 9 - гинекологическое отделение медицинской организации: 9.1 - I группы (уровня), 9.2 - II группы (уровня), 9.3 - IIIA группы (уровня), 9.4 - IIIB группы (уровня); 10 - медицинская организация другого профиля (указать)	
22.	СРОК ГЕСТАЦИИ НА МОМЕНТ ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - указать срок в неделях	
23.	СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР: 0 - нет данных; 1 - удовлетворительное; 2 - средней тяжести; 3 - тяжелое; 4 - крайне тяжелое; 5 - атональное.	
24.	ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР: 1 - из дома; 2 - переведена из другой медицинской организации: 2.1 (указать наименование медицинской организации и группа (уровень), 2.2 - на какие сутки после завершения беременности	
25.	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ДО ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА: 0 - смерть наступила до поступления в стационар; 1 - до 3 часов; 2 - от 3 до 6 часов; 3 - от 6 до 12 часов; 4 - от 12 до 24 часов; 5 - от 1 до 2 суток; 6 - 2-5 суток; 7 - 6-10 суток; 8 - 11-20 суток; 9 - более 20 суток.	
26.	ОСЛОЖНЕНИЯ АБОРТА ИЛИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - инфекции половых путей и тазовых органов: 1.1 - эндометрит, 1.2 - тазовый перитонит, 1.3 - сепсис, 1.4 - септический шок; 2 - длительное или массивное кровотечение; 3 - геморрагический шок; 4 - эмболия: 4.1 - воздушная, 4.2 - эмболия околоплодными водами, 4.3 - тромбоз эмболия легочной артерии; 5 - повреждения матки и/или шейки матки; 6 - повреждения смежных органов; 7 - осложнения, связанные с применением анестезии; 8 - анафилактический шок (кроме реакции на анестетики); 9 - прочие (указать)	
27.	ОСЛОЖНЕНИЯ ДАННЫХ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА: 0 - нет данных; 1 - осложнений не было; 2 - преждевременные роды; 3 - нарушения родовой деятельности: 3.1 - слабость родовой деятельности, 3.2 - стремительные роды, 3.3 - дискоординация родовой деятельности; 4 - затрудненные роды; 5 - косое или поперечное положение плода; 6 - тазовое предлежание плода; 7 - клинически узкий таз; 8 - гипоксия плода: 8.1 - острая, 8.2 - хроническая; 9 - существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период; 10 - преэклампсия средней тяжести; 11 - преэклампсия тяжелая; 12 - эклампсия в родах и в послеродовом периоде; 13 - кровотечение: 13.1 - при преждевременной отслойке плаценты, 13.2 - при предлежании плаценты, 13.3 - при врастании плаценты, 13.4 - в послеродовом периоде, 13.5 - в послеродовом периоде (гипотоническое), 13.6 - кровотечение после кесарева сечения, 13.7 - в связи с нарушением свертываемости крови; 14 - геморрагический шок; 15 - разрыв матки: 15.1 - самопроизвольный, 15.2 - насильственный; 16 - послеродовая инфекция: 16.1 - эндометрит, 16.2 - перитонит, 16.3 - сепсис, 16.4 - септический шок; 17 - венозные осложнения; 18 - акушерская эмболия: 18.1 - воздушная, 18.2 - эмболия околоплодными водами, 18.3 - тромбоз эмболия легочной артерии; 19 - осложнения, связанные с применением анестезии; 20 - анафилактический шок (кроме реакции на анестетики); 21 - прочие (указать)	
28.	ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: 0 - нет данных; 1 - не оперирована; 2 - при внематочной беременности: 2.1 - лапаротомическим доступом, 2.2 - лапароскопическим доступом; 3 - методы прерывания беременности до 22 недель: 3.1 - медикаментозный, 3.2 - вакуум-аспирация, 3.3 - кюретаж, 3.4 - гистеротомия; 4 - кесарево сечение: 4.1 - экстренное, 4.2 - плановое, 4.3 - с миомэктомией, 4.4 - с вмешательством на придатках; 5 - наложение акушерских щипцов; 6 - вакуум-экстракция плода; 7 - плодоразрушающая операция; 8 - ручное отделение плаценты и выделение последа; 9 - ручное обследование стенок матки; 10 - надвлагалищная ампутация матки: 10.1 - после аборта, 10.2 - в родах, 10.3 - после родов через ___ часов, ___ суток; 11 - экстирпация матки: 11.1 - после аборта, 11.2 - в родах, 11.3 - после родов через	

	_____ часов, _____ суток; 12 - (ре)лапаротомия; 13 - перевязка внутренних подвздошных артерий; 14 - перевязка магистральных сосудов матки; 15 - управляемая баллонная тампонада матки; 16 - компрессионные маточные швы; 17 - другие операции и пособия (указать)	
29.	ИСХОДЫ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (СМЕРТЬ НАСТУПИЛА ПОСЛЕ): 0 - нет данных; 1 - внематочная беременность; 2 - аборт: 2.1 - самопроизвольный, 2.2 - медицинский (легальный), 2.3 - криминальный, 2.4 - неуточненный (внебольничный), 2.5 - по медицинским показаниям, 2.6 - по социальным показаниям; 3 - умерла беременной: 3.1 - до 12 недель, 3.2 - в 13-21 неделю, 3.3 - в 22-27 недель, 3.4 - после 28 недель; 4 - умерла во время родов; 5 - умерла в послеродовом периоде (указать на какие сутки после родов)	
30.	МЕСТО НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ: 0 - нет данных; 1 - вне медицинской организации: 1.1 - на дому, 1.2 - прочее (указать) _____; 2 - на этапе медицинской эвакуации выездной бригадой скорой медицинской помощи (выездной акушерской бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи); 3 - фельдшерско-акушерский пункт; 4 - врачебная амбулатория; 5 - участковая больница; 6 - районная (центральная районная) больница (при отсутствии родильного отделения); 7 - родильный дом (отделение): 7.1 - I группы (уровня), 7.2 - II группы (уровня), 7.3 - III группы (уровня); 8 - перинатальный центр: 8.1 - II группы (уровня), 8.2 - IIIA группы (уровня), 8.3 - IIIB группы (уровня); 9 - многопрофильная медицинская организация: 9.1 - I группы (уровня), 9.2 - II группы (уровня), 9.3 - III группы (уровня).	
31.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ: 0 - нет данных; 1 - кровотечение: 1.1 - при внематочной беременности, 1.2 - в связи с прерыванием беременности до 22 недель, 1.3 - в связи с преждевременной отслойкой плаценты, 1.4 - в связи с предлежанием плаценты, 1.5 - при вращении плаценты, 1.6 - в последовом периоде, 1.7 - в послеродовом периоде; 2 - презклампсия, эклампсия; 3 - сепсис (кроме экстрагенитального): 3.1 - после аборта, 3.2 - во время родов и в послеродовом периоде; 4 - разрыв матки; 5 - акушерская эмболия: 5.1 - воздушная, 5.2 - эмболия околоплодными водами, 5.3 - тромбоэмболия легочной артерии; 6 - осложнения анестезии: 6.1 - дефекты анестезии, 6.2 - дефекты реанимации, 6.3 - дефекты инфузионно-трансфузионной терапии; 7 - экстрагенитальные заболевания (непрямые причины акушерской смерти); 8 - другие причины акушерской смерти (указать)	
32.	НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ: 0 - нет данных; 1 - кровоизлияние в мозг; 2 - отек мозга; 3 - отек легких; 4 - острая почечная недостаточность; 5 - острая печеночная недостаточность; 6 - острая сердечно-сосудистая недостаточность; 7 - геморрагический шок; 8 - септический шок; 9 - другие виды шока; 10 - полиорганная недостаточность; 11 - реанимационная болезнь; 12 - прочие (указать)	
33.	ДЕФЕКТЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: 0 - нет данных; 1 - не наблюдалась во время беременности; 2 - дефектов не выявлено; 3 - отсутствие динамического наблюдения (указать причину) _____; 4 - не включена в региональный мониторинг беременных: 4.1 - не проведена оценка группы риска; 4.2 - неправильно оценена группа риска; 5 - недостатки диагностики осложнения беременности: 5.1 - неполная, 5.2 - запоздалая, 5.3 - отсутствие профилактики акушерских осложнений; 6 - недостатки диагностики экстрагенитального заболевания: 6.1 - неполная, 6.2 - запоздалая; 7 - недостатки обследования: 7.1 - не обследована, 7.2 - неполное лабораторное и (или) инструментальное обследование,	

	<p>7.3 - недостатки консультативной помощи врачей-специалистов; 8 - неадекватная терапия; 9 - отсутствие госпитализации: 9.1 - во время беременности, 9.2 - дородовой; 10 - запоздалая госпитализация; 11 - прочие (указать)</p>	
34.	<p>ДЕФЕКТЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ: 0 - нет данных; 1 - дефектов не выявлено; 2 - дефекты госпитализации: 2.1 - госпитализирована не в профильный стационар (по основному заболеванию), 2.2 - не госпитализирована в стационар соответствующей группы (уровня), 2.3 - задержка с переводом в стационар высокой группы риска; 3 - необоснованно ранняя выписка из стационара при предыдущих госпитализациях, в том числе: 3.1 - во время беременности, 3.2 - после родов (аборта, внематочной беременности); 4 - недостатки диагностики: 4.1 - неполная, 4.2 - несвоевременная, 4.3 - недооценка тяжести состояния, 4.4 - отсутствие динамического наблюдения, 4.5 - недооценка величины кровопотери, 4.6 - ошибка в диагнозе, 4.7 - несвоевременное обращение в акушерский дистанционный консультативный центр; 5 - не установлен диагноз: 5.1 - осложнения беременности, 5.2 - осложнения родов, 5.3 - осложнения послеродового периода, 5.4 - осложнения аборта, 5.5 - осложнения внематочной беременности, 5.6 - экстрагенитального заболевания; 6 - недостатки обследования: 6.1 - недоучет анамнестических и клинических данных, 6.2 - недоучет или переоценка данных лабораторного и (или) инструментального обследования, 6.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов, 6.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов; 7 - неадекватная терапия: 7.1 - инфузионно-трансфузионная, 7.2 - антибактериальная, 7.3 - неадекватное лечение акушерских осложнений, 7.4 - несвоевременное восполнение кровопотери; 8 - своевременно не поставлен вопрос о прерывании беременности (родоразрешении) или ее пролонгировании: 8.1 - до 12 недель, 8.2 - в 13-21 неделю, 8.3 - в 22-27 недель, 8.4 - свыше 28 недель, 8.5 - запоздалое родоразрешение; 9 - неправильный выбор метода завершения беременности: 9.1 - до 12 недель, 9.2 - в 13-21 неделю, 9.3 - в 22-27 недель, 9.4 - свыше 28 недель; 10 - оказание помощи без участия врачей-специалистов; 11 - недостатки при проведении оперативного вмешательства: 11.1 - запоздалое оперативное вмешательство, 11.2 - неадекватный объем и метод оперативного вмешательства, 11.3 - технические дефекты при операции, 11.4 - операции без должных показаний, 11.5 - отсутствие профилактики возможных осложнений; 12 - отсутствие трансфузионных средств; 13 - отсутствие круглосуточного дежурства: 13.1 - врача-акушера-гинеколога, 13.2 - врача анестезиолога-реаниматолога, 13.3 - операционной бригады, 13.4 - позднее прибытие выездной акушерской бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи; 14 - прочие (указать)</p>	
35.	<p>ДЕФЕКТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ И РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: 0 - нет данных; 1 - дефектов не выявлено; 2 - осложнения при проведении общей анестезии: 2.1 - аспирационный синдром, 2.2 - неудачная попытка или трудности при интубации, 2.3 - прочие (указать) _____; 3 - осложнения при проведении регионарной анестезии;</p>	

	4 - травма при катетеризации подключичной вены; 5 - неправильный выбор метода анестезии; 6 - преждевременная экстубация; 7 - реанимационные мероприятия не в полном объеме; 8 - недостаточная инфузионная терапия; 9 - избыточная инфузионная терапия; 10 - реакции на применение препаратов для анестезии; 11 - прочие (указать)	
36.	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТКИ: 0 - нет замечаний; 1 - во время беременности: 1.1 - не наблюдалась, 1.2 - однократное посещение, 1.3 - нерегулярное наблюдение, 1.4 - невыполнение рекомендаций врача, 1.5 - поздняя первая явка; 2 - внебольничное вмешательство; 3 - отказ от предложенного прерывания беременности по медицинским показаниям; 4 - отказ от госпитализации; 5 - задержка с обращением за медицинской помощью; 6 - самовольный уход из стационара; 7 - прочее (указать)	
37.	ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ МОГЛИ БЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД: 1 - своевременная госпитализация пациентки в акушерский стационар соответствующей группы (уровня); 2 - своевременное обращение в акушерский дистанционный консультативный центр; 3 - своевременное прибытие выездной акушерской бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи; 4 - более ранняя диагностика патологического состояния; 5 - медико-генетическое консультирование; 6 - обследование врачами-специалистами; 7 - дополнительные методы исследования; 8 - правильная трактовка данных клинических, лабораторных и инструментальных исследований; 9 - своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное; 10 - своевременное прерывание беременности; 11 - квалифицированная анестезиологическая и реанимационная помощь; 12 - социальное благополучие; 13 - другие факторы (указать)	
38.	ПРЕДОТВРАТИМОСТЬ СМЕРТИ: 1 - предотвратима; 2 - условно предотвратима; 3 - непредотвратима.	

ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИЙ

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

ДИАГНОЗ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИЙ

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

СОВПАДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА
(по основной причине)

1 - да; 2 - нет; категория расхождения: 2.1 - I, 2.2 - II, 2.3 - III;
3 - вскрытия не было.

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ

Диагноз и код по **МКБ-10** (указать) _____

Эксперт _____

(подпись)

(Ф.И.О., должность)

Дата заполнения " ____ " _____ 20 ____ г.