

РГКП на ПХВ Западно-Казахстанский Государственный университет имени Марата
Оспанова

Кафедра : общая врачебная практика
Специальность : Врач общей практики
Курс: 6
Группа:639

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ИНТЕРНА

**ТЕМА: ОФОРМЛЕНИЕ УЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ: ЖУРНАЛ
УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ФОРМА №064У, ЭКСТРЕННОЕ
ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ, НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА
ПРИВИВКУ ФОРМА №058У, НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ
ЭКСПЕРТИЗУ 088У, КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ ФОРМА 3030У, САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА, №072У**

ВЫПОЛНИЛА: АТАКАНОВА САНИЯ

ПРОВЕРИЛА: БИЖАНОВА А.Я.

АКТОБЕ 2016

- ◎ **Медицинская документация** — это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий. Она позволяет обобщать и анализировать данную информацию. Медицинская документация является учетной и отчетной, её держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.

Инструкция по заполнению учетной формы № 064/у

Журнал учета профилактических прививок

- **Журнал учета профилактических прививок** предназначен для ежемесячного учета всех проведенных лечебно-профилактическим учреждением прививок. Эта форма используется для учета прививок взрослому населению и учащимся подросткам (ПТУ, ТУ, техникум, ВУЗ).
- В графе "Примечание" следует указывать сведения об аллергологических пробах, проведенных перед прививкой, и патологических реакциях на прививку. В зависимости от количества проводимых прививок на каждый их вид заводится отдельный журнал или выделяется несколько листов в журнале. Данные журнала используются для составления отчета о профилактических прививках (ф. № 86-леч.).
- Срок хранения в организации 3 года.

Инструкция по заполнению учетной формы № 058/у

Экстренное извещение об инфекционном заболевании

- ⦿ *«Экстренное извещение об инфекционном заболевании»* — оперативно-учетный документ. Официальная учетная форма № 058/у, полное название — «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку».
- ⦿ Каждый случай инфекционного заболевания или подозрения на него, педикулеза, отравления или необычной реакции на прививку должен быть передан в органы санитарно-эпидемиологического надзора. Подается извещение не позднее 2 часов после выявления случая. Чем быстрее будет передано извещение, тем легче будет принять меры по предупреждению распространения инфекции.

- ⦿ Экстренное извещение ф. N 058/у заполняется врачом или средним медицинским работником, выявившим или заподозрившим заболевание в следующих лечебно - профилактических организациях, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности:
 - ⦿ 1) амбулаторно - поликлинических организациях, независимо от условий, при которых было выявлено заболевание (при обращении в поликлинику, при посещении больного на дому, при профилактическом осмотре и другие);
 - ⦿ 2) стационарах, в случаях, когда, диагноз инфекционного заболевания был поставлен в стационаре (больной поступил без направления поликлинической организации, диагноз инфекционного заболевания поставлен взамен диагноза другого заболевания, случай внутрибольничной инфекции, заболевание, выявленное на секции);
 - ⦿ 3) организациях судебно - медицинской экспертизы;
 - ⦿ 4) медицинских кабинетах организаций, независимо от форм собственности;
 - ⦿ 5) организациях первичной медико - санитарной помощи.

- Учет заболеваний среди детей, посещающих организованные детские коллективы, проводится в следующем порядке:
- 1) медицинский персонал, обслуживающий дошкольные организации (ясли, ясли - сады, детские сады, школы), направляет экстренное извещение ф. № 058/у в территориальный орган санитарно - эпидемиологической службы только в случаях, когда заболевание (подозрение) впервые выявлено персоналом этих организаций при проведении осмотра детей или при других обстоятельствах;
- 2) сведения об инфекционных заболеваниях, выявленных медицинским персоналом лечебно - профилактических организаций (больницы, поликлиники) у детей, посещающих детские организации, сообщаются (по телефону и путем отсылки экстренного извещения ф. 058/у) в территориальный орган санитарно - эпидемиологической службы персоналом этих организаций;
- 3) медицинские работники, обслуживающие детские оздоровительные организации, выехавшие в загородную зону на летний период, экстренное извещение ф. 058/у направляют в территориальный орган санитарно - эпидемиологической службы по месту временной дислокации оздоровительной организации в летний период.

- Медицинские работники станций скорой медицинской помощи, выявившие или заподозрившие инфекционное заболевание, сообщают в территориальный орган санитарно - эпидемиологической службы по телефону о выявленном больном и в поликлинику (амбулаторию), в районе обслуживания которой проживает больной. Экстренные извещения в этих случаях составляются медицинским работником стационара, в случае госпитализации, или медицинским работником поликлиники, который должен посетить больного на дому.

Заполнение экстренного извещения в органы СанЭпидНадзора

- Форма № 058/у заполняется в 2-х экземплярах по следующим графам:
- диагноз;
- паспортные данные пациента: Ф.И.О., возраст, домашний адрес, место работы;
- противоэпидемические мероприятия, проведенные с пациентом и контактными;
- срок и место госпитализации;
- дата, время первичной сигнализации в ЦГСЭН;
- список контактировавших с пациентом людей, их домашние адреса и телефоны;
- Ф.И.О. и подпись медицинского работника.
- Затем экстренное сообщение отправляется в ЦГСЭН как можно быстрее, не позднее 2 часов с момента выявления или подозрения инфекционного заболевания.
- После вышеуказанных действий заполняется журнал

- Представление информации о поступлении больных с инфекционными заболеваниями (подозрениями на инфекционное заболевание) на стационарное лечение, об уточнении или изменении диагноза инфекционного заболевания проводится в следующем порядке:
- 1) инфекционная больница (больница, имеющая инфекционное отделение) должна сообщить о поступлении больных инфекционными заболеваниями (подозрениями), в течение 12 часов с момента поступления в территориальный орган санитарно - эпидемиологической службы, в районе которой расположена лечебно - профилактическая организация, направившая больного на госпитализацию;
- 2) лечебно - профилактическая организация, уточнившая или изменившая диагноз, должна составить новое экстренное извещение ф. 058/у и в течение 12 часов направить его в территориальный орган санитарно - эпидемиологической службы по месту обнаружения заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления, первоначальный диагноз и результаты лабораторного исследования;
- 3) территориальный орган санитарно - эпидемиологической службы в оперативном порядке должен сообщить в лечебно - профилактическую организацию, в которой выявлено заболевание, о госпитализации, подтверждении (изменении) диагноза.

Карта эпидемиологического расследования случая заболевания корью или подозрительного на эту инфекцию

Первичный диагноз: Корь Краснуха Другой (указать) -**А. Идентификация**

Эпидномер случая кори _____

Фамилия, имя, отчество _____

Пол: Мужской Женский

Дата рождения, возраст _____

(Число, месяц, год, кол-во полных лет и месяцев)

Адрес: _____

(регистрация по месту выявления)

местный, приезжий (указать откуда и когда прибыл) _____

(нужное подчеркнуть)

Дата подачи экстренного извещения _____

ЛПО, подавшее экстренное извещение _____

Дата заболевания _____

Дата обращения _____

Место работы, профессия _____

Место учебы _____

ДОУ № _____

Неорганизованный Неизвестно

Дата последнего посещения _____

Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) _____

Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) _____

Болеел ранее корью: да нет неизвестно , дата заболевания _____Госпитализирован: да нет Дата госпитализации _____

Место госпитализации _____

В. Информация о клинических признаках заболевания (заполняется врачом ЛПО)

Сыпь: дата появления _____ Длительность сохранения (дни) _____

Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): за ушами лицо шея грудь другое Этапность появления сыпи: есть нет Характер сыпи: Пятнисто-папулезная Везикулярная Другая Температура: Есть Нет Неизвестно Дата повышения _____

Максимальный подъем температуры _____ его продолжительность _____ дней

Кашель: Есть Нет Неизвестно Ринит: Есть Нет Неизвестно Конъюнктивит: Есть Нет Неизвестно Пятна Коплика: Есть Нет Неизвестно Энантема: Есть Нет Неизвестно Пигментация: Есть Нет Неизвестно Летальный исход: Да Нет Дата смерти _____**С. Лабораторные данные**

На 4 — 5 день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза.

Образцы Кровь 1. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1. _____

Результат _____

Дата результата _____

Позитивный Негативный Сомнительный

Кровь 2. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 2. _____

Результат _____

Дата результата _____

Позитивный Негативный Сомнительный **Д. Возможный источник инфекции**

Был ли контакт с больным корью или подозрительным на корь в период 7 — 21 дня перед

появлением сыпи (подчеркнуть): да нет неизвестно Если да , указать где (семья, ДДУ и пр.) _____ нет неизвестно

Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на корь, до данного больно-

го: да нет неизвестно Выезжал ли пациент в течение 7 — 21 дней до появления сыпи: да нет неизвестно

куда _____

Связан ли данный случай с завозным случаем: да нет неизвестно Если да , указать откуда: субъект РФ _____ страна _____**Е. Окончательный диагноз (заполняется врачом ЛПО)**Корь Краснуха Аллергическая реакция Вакцинальная реакция Другое Указать диагноз _____

Особенности _____

Подтвержден: Лабораторно Эпидемиологически Клинический диагноз Импортирован: да нет неизвестно откуда _____

Дата окончательного диагноза _____ (для кори указать — форма, тяжесть тече-

ния и осложнения)

Дата исследования _____

Подпись врача ЛПО _____

Подпись врача-эпидемиолога _____

_____ (наименование организации
здравоохранения)

1. Фамилия, имя, отчество пациента _____
2. Пол: мужской / женский (нужное подчеркнуть)
3. Дата рождения: _____
4. Адрес фактического проживания пациента _____ (город, село, улица,
номер дома, квартиры, домашнего телефона)
5. Наименование и адрес места работы, учебы, службы, номер служебного телефона

6. Дата:

появления первых клинических признаков
инфекционного заболевания, пищевого отравления,
осложнения после прививки "___" _____ 20__ г.,
первичного обращения за медицинской помощью по
поводу инфекционного заболевания, пищевого отравления,
осложнения после прививки "___" _____ 20__ г.,
установления первичного / окончательного диагноза
инфекционного заболевания, пищевого отравления,
осложнения после прививки (нужное подчеркнуть) "___" _____ 20__ г.,
последнего посещения места работы, службы, учебы "___" _____ 20__ г.,
госпитализации в организацию здравоохранения "___" _____ 20__ г.

7. Госпитализирован в организацию здравоохранения:

_____ (указать наименование)

8. Диагноз заболевания _____, первичный / окончательный (нужное
подчеркнуть)
9. Код заболевания по МКБ-10 _____
10. Диагноз подтвержден лабораторно: да / нет (нужное подчеркнуть)

Инструкция по заполнению учетной формы № 088/у

Проведения медико-социальной экспертизы

- Настоящие Правила проведения медико-социальной экспертизы регламентируют порядок установления инвалидности и степени утраты трудоспособности, а также определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты.
- 2. Установление инвалидности и степени утраты трудоспособности, а также определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты проводятся путем проведения медико-социальной экспертизы (далее - МСЭ) территориальными подразделениями Комитета труда, социальной защиты и миграции Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее - территориальные подразделения).
- В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности отделы МСЭ подразделяются на отделы МСЭ общего профиля, специализированного (для больных с профессиональными заболеваниями, туберкулезом, психическими расстройствами) профиля и педиатрического профиля.

Порядок освидетельствования (переосвидетельствования)

- МСЭ освидетельствуемого (переосвидетельствуемого) лица проводится по направлению ВКК медицинской организации:
- 1) по месту постоянного жительства (регистрации);
- 2) по месту расположения отделов МСЭ и (или) отделов методологии и контроля МСЭ соответствующего региона;
- 3) по месту нахождения на лечении в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь;
- 4) в исправительных учреждениях и в следственных изоляторах;
- 9. Освидетельствование (переосвидетельствование) проводится по заявлению на установление инвалидности и/или степени утраты трудоспособности и/или определения необходимых мер социальной защиты по форме согласно [приложению 1](#) к настоящим Правилам с представлением следующих документов:
- 1) направление на медико-социальную экспертизу (далее - [форма 088/у](#)), утвержденная [приказом](#) и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 6697), не позднее одного месяца с указанной в ней даты направления, с приложением копии медицинской части индивидуальной программы реабилитации пациента/ инвалида (далее - медицинская часть ИПР) по форме согласно [приложению 2](#) к настоящим Правилам;
- 2) копия документа, удостоверяющего личность и подлинник для сверки;
- 3) документ, подтверждающий регистрацию по постоянному месту жительства (адресная справка либо справка сельского акима). Справка (в произвольной форме), подтверждающая факт содержания лица в исправительном учреждении или следственном изоляторе;
- 4) медицинская карта амбулаторного пациента для анализа динамики заболевания. В случае наличия копии выписок из истории болезни, заключений специалистов и результатов обследований.

НАПРАВЛЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В _____ отделение Дата госпитализации _____
Ф.И.О. _____
Пол _____ Возраст _____ Страх. компания _____
N полиса _____
Домашний адрес _____
Место работы _____
Должность _____
Диагноз основной _____

сопутствующий _____

Цель госпитализации (подчеркнуть):

- 1. Невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.
- 2. Невозможность проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.
- 3. Состояние больного, требующее круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больного.
- 4. Необходимость постоянного врачебного наблюдения не менее 3-х раз в сутки.
- 5. Необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур не менее 3-х раз в сутки.
- 6. Территориальная отдаленность больного от стационара (с учетом потенциально возможного ухудшения).
- 7. Неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих.
- 8. Другие _____

Данные проведенных исследований (указать дату, номер, заключение):
Анализ крови _____
Анализ мочи _____
Флюорография _____
ЭКГ (после 45 лет обязательно) _____

Другие исследования: _____

Обратная сторона

Проводимое лечение на амбулаторном этапе (указать вид терапии, препарат, максимальную дозу, длительность приема, эффект, переносимость) _____

Дата последней госпитализации по поводу:
основного заболевания: _____
сопутствующего заболевания: _____

Дата выдачи листа нетрудоспособности: _____

Врач _____ Подпись _____ Дата _____
(Фамилия И.О.)

Необходимость госпитализации _____

Инструкция по заполнению учетной формы № 030/у

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

- Контрольная карта диспансерного наблюдения заполняется всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями, кроме противотуберкулезных, онкологических, психоневрологических и наркологических учреждений, для которых утверждены специальные карты диспансерного наблюдения. В кожно-венерологических учреждениях карты № 030/у заполняются только на взятых под диспансерное наблюдение больных кожными болезнями и трихомониазом (на больных венерическими и грибковыми кожными болезнями эти формы не заполняются); в онкологических — на больных с предопухолевыми заболеваниями.
- Карты заполняются на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний, диагноз заболеваний указывается в правом верхнем углу карты. Там же отмечается дата установления диагноза и способ выявления его: при обращении за лечением, при профилактическом осмотре.
- Контрольные карты используются для контроля за посещением больных, для чего в п. 7 отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу.
- Специально отведено место для записи возникающих осложнений, сопутствующих заболеваний, изменении диагноза и для записи наиболее важных лечебно-профилактических мероприятий: госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность и т. д.
- На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты.
- Карты хранятся в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых под диспансерное наблюдение. Карты рекомендуется хранить по месяцам назначенной явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний), что позволяет вести контроль за систематичностью посещений и принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки.

Наименование медицинской организации

Адрес

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма № 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____
Код по МКБ-10 _____

2. Дата заполнения карты: число _____ месяц _____ год _____

3. Специальность врача _____ 4. Ф.И.О. врача _____

5. Дата установления диагноза _____ 6. Диагноз установлен: впервые – 1, повторно – 2.

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением – 1, профилактическом осмотре – 2.

8. Дата начала диспансерного наблюдения _____ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление – 1, выбытие из района обслуживания – 2, смерть – 3.

11. Фамилия, имя, отчество пациента _____

12. Пол: муж. – 1, жен. – 2 13. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

15. Код категории льготы

16. Контроль посещений:

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился (лась)							

Инструкция по заполнению учетной формы № 072/у

Санаторно-курортная форма

- Заполняется санаторная карта врачом-терапевтом со слов пациента и на основании амбулаторной карты, результатов медицинских осмотров и заключений узкоспециализированных врачей. В санаторной карте формы 072/у отражаются данные о жалобах больного, длительности заболевания, анамнезе жизни, предшествующем (амбулаторном, стационарном, в том числе и санаторно-курортном) лечении. Данные лабораторных анализов, клинических, рентгенологических и других исследований заполняются на основании медицинских документов с обязательным указанием даты проведения исследования. В санаторной карте указывается основной диагноз, для лечения которого пациент направляется в санаторий, а также формы, стадии, характер течения сопутствующих болезней и патологий. В санаторно-курортной карте все диагнозы кодируются по Международному классификатору болезней (МКБ-10) – это гарантирует, что санаторно-курортная карта будет однозначным образом интерпретирована медицинским персоналом любого санатория или пансионата и санаторно-курортное лечение будет назначено правильно.
- Главное, что должно быть в санаторно-курортной карте это:
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- электрокардиограмма;
- флюорография органов грудной клетки;
- женщинам — заключение гинеколога;
- Эти 5 пунктов самые основные. При сопутствующих заболеваниях понадобятся результаты дополнительных обследований и заключения соответствующих врачей-специалистов.

- ◎ Бланк санаторно-курортной карты состоит из самой карты и обратного талона. В карте указываются фамилия, имя, отчество пациента, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства. В соответствии с представленным полисом обязательного медицинского страхования, указывается идентификационный номер пациента в системе ОМС. Если пациент имеет право на получение набора социальных услуг, то в санаторно-курортной карте указываются коды данных льгот, а также документы, на основании которых эти льготы предоставляются. Со слов больного указываются данные о месте работы, учебы, профессии и занимаемой должности.

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

(адрес)

ОГРН

Санаторно-курортная карта № _____

от _____ и _____ 20 _____ года

Выдается при предельном курсе на санаторно (амбулаторно)-курортное лечение
Без выходящей карты путевка недействительна

1. Лечащий врач _____
(Фамилия, имя, отчество полностью)

2. Выдана _____
Заполняется полностью

3. Пол 3.1. Мужской 3.2. Женский 4. Дата рождения _____
(отметить нужное символом «х») (число, месяц, год)

5. Адрес _____
(адрес постоянного места проживания, телефон)

6. № истории болезни или амбулаторной карты _____

7. Идентификационный номер в системе ОМС _____

8. Код льготы _____

9. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг Номер _____ Серия _____ Дата выдачи _____ 20 _____

10. СНИЛС _____
(Строчкой номер индивидуального лицевого счета)

11. Сопровождение*
(отметить символом «х» при необходимости сопровождения)

12. Место работы, учебы _____

13. Занимаемая должность, профессия _____

Обратный талон

1. Больной _____
(Фамилия, имя, отчество полностью)

2. Находился в санаторно-курортной организации _____
ОГРН SKO _____
(наименование организации, адрес)

3. с _____ по _____
(число, месяц, число, месяц)

4. Диагноз при поступлении:

4.1. Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий _____

4.2. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности _____

4.3. Сопутствующие заболевания _____

5. Диагноз при выписке из санатория:

5.1. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности _____

5.2. Сопутствующие заболевания _____

* Заполняется, если больной относится к гражданам, имеющим ограничения способности к трудовой деятельности III степени.

14. Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное лечение _____

15. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты) _____
(для женщин обязательно указать заключение гинеколога)

16. Диагноз:

16.1. Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий _____ Коды МКБ-10 _____

16.2. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности _____

16.3. Сопутствующие заболевания _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

17. Название санаторно-курортной организации _____

18. Лечение 18.1 санаторно-курортное 18.2 амбулаторно-курортное 19. Продолжительность курса _____ дней
(отметить нужное символом «х»)

20. Путевка № _____

21. Лечащий врач _____ (подпись) 22. Заведующий отделением или председатель ВК _____ (подпись) МП

Данная карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печати

6. Проведено лечение _____ соответствие рекомендованному стандарту санаторно-курортной помощи _____
(какой режим, количество процедур, их периодичность) 6.1. Да 6.2. Нет (отметить нужное символом «х») Причины отклонения от стандарта санаторно-курортной помощи _____

7. Эпикриз _____ (включая данные об осложнениях)

8. Результаты лечения: значительное улучшение улучшение без перемен ухудшение
(отметить нужное символом «х»)

9. Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: 9.1. Да 9.2. Нет

10. Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

11. Лечащий врач _____ (подпись) 12. Главный врач санаторно-курортной организации _____ (подпись) МП

Список литературы:

- 1. <http://www.100medspravok.org/spravka-072.html>
- 2. <http://medsoftpro.ru/zakonodatelstvo/napravlenie-na-mse/rekomendatsii-k-poryadku-za-polneniya-uchetnoj-formy-088-u-06.html>
- 3. http://kazakhstan.news-city.info/docs/sistemasz/dok_ieqado.htm