

Стационарларда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары  
"Стационарлық пациенттің №\_\_ медициналық картасы" № 001/е нысаны

Ескерту. Нысан жаңа редакцияда – ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а.  
09.07.2025 № 64 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн  
өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

**1-бөлім. Қабылдау бөлімі**

Жалпы бөлім:

1. ЖСН \_\_\_\_\_

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) \_\_\_\_\_

3. Туған күні – " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ ЖЫЛ

4. Жынысы

Ер

Әйел

5. Жасы \_\_\_\_\_

6. Ұлты \_\_\_\_\_

7. Азаматтығы (елдер анықтамалығы) \_\_\_\_\_

8. Тұрғын \_\_\_\_\_

Қала

Ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы \_\_\_\_\_

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны \_\_\_\_\_

Кәсібі Білімі \_\_\_\_\_

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің № \_\_\_\_\_

12. Мүгедектік тобы \_\_\_\_\_

13. Өтеу түрі \_\_\_\_\_

14. Әлеуметтік мәртебесі \_\_\_\_\_

15. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің  
мекемелерінде ұсталатын адам

16. Пациент жолданды \_\_\_\_\_

17. Емдеуге жатқызу түрі \_\_\_\_\_

18. Емдеуге жатқызу коды \_\_\_\_\_

19. Ауруы салдарынан осы жылы емдеуге жатқызылды \_\_\_\_\_

20. Жолдаған ұйымның диагнозы \_\_\_\_\_

Денсаулығы туралы ақпаратты мыналарға хабарлауға рұқсат етемін:

Туысының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Кім болады

Телефон

Емдеуге жатқызу кезінде қабылдау бөліміндегі дәрігердің алғашқы қарап-  
тексеруі:

1. Қарап-тексеру күні – " \_\_\_ " мен \_\_\_\_\_ уақыты

2. Шағымдар \_\_\_\_\_

3. Ауру анамнезі \_\_\_\_\_

4. Өмір анамнезі \_\_\_\_\_

5. Аллергиялық реакцияға (препараттардың төзімділігін қоса алғанда)

Иә

Жоқ

6. Басынан өткерген инфекциялық аурулар

Жоқ

иә (коды атауы)

Туберкулез

Иә

Жоқ

тері-вен

иә

жоқ

Гепатит

Иә

жоқ басқа

Вирусты гепатит

Иә

Жоқ

Қызылша, қызамық

Иә

Жоқ

Желшешек

Иә

Жоқ

эпидемиялық паротит

иә

жоқ

АИТВ/ЖИТС

Иә

Жоқ

COVID-19 коронавирус инфекциясы

Иә

Жоқ

Соңғы 35 күнде инфекциялық пациенттермен қатынаста болмаған

7. Объективті деректер \_\_\_\_\_

8. Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері \_\_\_\_\_

9. Түскен кезіндегі қойылған диагноз \_\_\_\_\_

10. Алдын-ала қойылған диагноз \_\_\_\_\_

11. Құлау тәуекелін бағалау

Иә

Жоқ

12. Ауырсынуды бағалау

Иә

Жоқ

Пациентты іріктеу (қабылдау бөлімі) \_\_\_\_\_

13. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

жыл \_\_\_\_\_

14. Триаж-жүйесі бойынша іріктеу \_\_\_\_\_

15. Пациенттің идентификациялық бейджі \_\_\_\_\_

16. Пациентке нұсқаулық \_\_\_\_\_

17. Санитарлық өндеуден өтті \_\_\_\_\_

Иә

жоқ (егер өтсе, уақытын, тазарту көлемін, көрсетілімдерді жазыңыз)

18. Тасымалдау түрлері \_\_\_\_\_

19. Инфекциялардың белгілері \_\_\_\_\_

Иә

Жоқ

Бар болған жағдайда толтырылады:

дененің жоғары температурасы

кұсу

диарея

бөртпе

мұрынның бітелуі

жетелу

Егер иә болса, пациент изоляторға орналастырылады

Иә

Жоқ

20. Тұрғынүй- тұрмыс шарттары (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

21. Араласу ортасы (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

22. Материалдық қамтылуы (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде) \_\_\_\_\_

23. Әлеуметтік демеу (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

Қарап-тексеру өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),  
ID \_\_\_\_\_

2-бөлім. Емдеуші дәрігердің алғашқы қарап-тексеруі:

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты, бөлімшесі, палата №, төсегі- 20 \_\_\_ " \_\_\_ "

2. Шағымдары \_\_\_\_\_

3. Пациенттің объективті деректері \_\_\_\_\_

4. Ауру анамнезі \_\_\_\_\_

5. Өмір анамнезі \_\_\_\_\_

6. Тұқым

қуалаушылық \_\_\_\_\_

7. Емдеуге жатқызу кезінде дәрі-дәрмектерді қабылдау

Жоқ

иә (атауы, қашан және қабылдау себептері)

8. Алдын-ала қойылған диагноз \_\_\_\_\_

9. Зерттеп-қарау

жоспары \_\_\_\_\_

10. Емдеу жоспары (4 қосымша парағы) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),  
ID \_\_\_\_\_

Босану кезінде толтырылады: \_\_\_\_\_

1. Босану күні мен уақыты 20\_\_ жыл "\_\_\_\_"

2. Жалпы ақпарат (бойы, салмағы, соңғы етеккірі, ұрықтың бірінші қозғалуы, іш шеңберінің өлшемі, жатыр түбінің биіктігі, ұрықтың жатқан жатысы, позициясы және түрі, ұрықтың жүрек соғысы, орны, ЖЖЖ келетін бөлігі, босану қызметі, ұрықтың болжамды салмағы)

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID \_\_\_\_\_

3. Босану ағымы (толғақ уақыты, қағанақ суы кетті, судың сапасы мен мөлшері, толық ашылуы, күшену басталуы, бала туды (бірінші, екінші), тірі туу өлшемшарттары, жынысы, бойы, салмағы, басының айналымы)

Акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

\* "Стационарлық пациенттің медициналық картасы" (бұдан әрі - медициналық карта) № 001/е нысанында емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізуді аяқтау пациент стационардан шығарылған күні жүзеге асырылады. Медициналық картаға енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

Пациент қайтыс болған жағдайда медициналық карта патологиялық-анатомиялық бюросы (бұдан әрі - ПАБ) /облыстың орталық патологиялық-анатомиялық бюросы (бұдан әрі - ОПАБ)/патологиялық-анатомиялық бөлімшеге (бұдан әрі - ПАБ) қайтыс болу фактісі анықталған күннен кейінгі күні таңертеңгі сағат 10-нан кешіктірілмей беріледі. ОПАБ/ ПАБ/ ПАБ медициналық картасын беру фактісінен кейін пациенттің көзі тірісінде жүргізілген гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу, сондай-ақ патологиялық-анатомиялық ашып-қарау жүргізілгеннен кейін патологиялық-анатомиялық диагнозды енгізу жағдайларын қоспағанда, деректерді жүргізу, қалыптастыру және түзету жүзеге асырылмайды.

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
1-қосымша парақ

**Пациенттің объективті статусы**

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
жыл \_\_\_\_\_

2. Бойы (түскен кезде және МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде) \_\_\_\_\_;

3. Салмағы (түскен кезде және МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)  
\_\_\_\_\_;

4. ЖЖЖ \_\_\_\_\_

5. ТАӨ \_\_\_\_\_

6. АҚ \_\_\_\_\_

7. Температурасы \_\_\_\_\_

8. Ішілген сұйықтық көлемі \_\_\_\_\_

9. Несеп пен нәжістің болуы/болмауы \_\_\_\_\_

10. Жалпы жай-күйі (психикалық-эмоциялық статусы, сыртқы әлпеті, мінез – құлық адамгершілік нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі, қоршаған ортаны қабылдауының адекваттығы, зердесі, өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы, еңбекке қабілеттілігі, орындайтын жұмысы, ұйқысы мен демалуы, сексуалдық қанағаттануы, тыныс алуы бұзылуы, жөтел, оттегіне мұқтаждығы, қан айналым жүйесі, тәбеті, тілі, күнделікті рационы мен тамақтану режимі, тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділік, тамақтануының бұзылу себептері, диета сақтау туралы кеңес, несеп шығару жүйесінің жағдайы, сұйықтықтар тұтыну мөлшері, су балансы) (МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)

\_\_\_\_\_ ;

11. Физиологиялық сыртқа шыққан қалдықтар (физиологиялық сыртқа шыққан қалдықтар барысында, қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, несеп сипаты, дизуриялық бұзылулар, несеп шығару, ішектің өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, нәжіс сипаты, іш қатулар, іш өтулер, дефекация, іш айдатқы заттарды қолдану, дефекация кезінде басқалардың көмегіне тәуелділік) (МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)

\_\_\_\_\_ ;

12. Қозғалу белсенділігі (бұлшық ет тонусы, буындар жағдайы, буындар қозғалғыштығының дәрежесі, жауыржара қаупі) (МҰ бейіні қажеттілігіне байланысты)

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің

медициналық картасына

2-қосымша парақ

Күнделік

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
жыл \_\_\_\_\_

2. Пациенттің объективті деректері \_\_\_\_\_

3. Шағымдары \_\_\_\_\_

4. Пациенттің жай-күйінің динамикасы \_\_\_\_\_

5. Зертханалық-аспаптық зерттеулер \_\_\_\_\_

6. Босанудан кейінгі кезеңнің ағыны (тек қана осы санаттағы пациенттарға  
байқауды жүргізетін ұйымдар үшін)

7. Партограмма (тек қана осы санаттағы пациенттарға байқауды жүргізетін  
ұйымдар үшін)

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),  
ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
3-қосымша парақ

**Пациенттің хабардар етілген келісімі**

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан  
Республикасы Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (Медициналық  
көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша ерікті түрдегі келісімін алғаннан кейін  
көрсетілуі керек)

ЖСН \_\_\_\_\_

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)  
(толық) \_\_\_\_\_

Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің  
мекемелерінде ұсталатын адам

Туған күні – " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
жыл \_\_\_\_\_

МҰ бола отыра (МҰ атауы) \_\_\_\_\_

Медициналық араласудың мынадай түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімді беремін:

1) Мен жоспарланған инвазивті араласудың мақсаттары, сипаты, зиянды әсерлері туралы хабардармын, барлық дайындық және анестезиологиялық шаралармен, сондай-ақ қажет болған жағдайда қосымша араласулармен келісемін. Инвазивті араласу кезінде күтпеген жағдайлар, қауіптер мен асқынулар туындауы мүмкін екені туралы және бұл маған ескертілді жүрек-қан тамырлары, жүйке, тыныс алу және басқа да өмірлік маңызды жүйелердің бұзылуы туындау байланысты болуы мүмкін бұл денсаулыққа зиян келтірудің ықтималсыз салдарымен байланысты екенін, түсінемін. Осындай жағдайда мен дәрігерлердің аталған асқынуларды жоюға бағытталған барлық емдеу әдістерін қолдануына келісемін.

2) Маған осы ерікті хабардар етілген келісімді рәсімдеу кезінде және медициналық араласуды жүзеге асырмас бұрын, мен жоғарыда аталған медициналық араласулардың біреуінен немесе бірнешеуінен бас тарту- құқығы екенім түсіндірілді. Сонымен қатар, осы қадамның барлық ықтимал салдары түсіндірілді.

3) Барлық жағдайларда мен ешқандай талап-арыздар бермеймін.

4) Мен дәрігерге денсаулығым (мен заңды өкілі болған тұлғаның денсаулығына) қатысты барлық мәселелер туралы хабардар еттім: тұқым қуалаушылық; аллергиялық реакциялар; дәрілік заттар мен азық-түлік өнімдеріне жеке төзімсіздік; темекі өнімдерін тұтыну; алкогольді асыра пайдалану; есірткі құралдарын қолдану; болған жарақаттар, операциялар, аурулар, анестезиологиялық көмектер; маған (немесе мен заңды өкілі болған тұлғаға) өмір сүру барысында әсер ететін физикалық, химиялық немесе биологиялық табиғатті экологиялық және өндірістік факторлар; қабылданатын дәрілік заттар.

5) Мен дәрігерге кез келген сұрақтарды қою мүмкіндігіне ие болдым және барлық сұрақтарға толық жауаптар алдым.

6) Мен хабардар етілген келісімнің мәтінін оқып, оның мағынасын түсінгенімді және осы құжаттың мақсатын түсінгенімді растаймын. Медициналық араласуға ерікті келісім беремін.

Өтініш берушінің қолы: \_\_\_\_\_ (науқас / заңды өкіл)

Толтыру күні: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_ г.

Дәрігер: \_\_\_\_\_ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Қолы: \_\_\_\_\_

Мен дәрігер (емдеуші/кезекші) қажетті Т.А.Ә. (бар болса) (толық)

\_\_\_\_\_;

1) Ықтимал қауіптер мен артықшылықтар, ұсынылатын инвазиялық араласулар және емдеудің баламалы әдістері (рәсімдері) туралы ақпараттар, инвазиялық араласуларды жүргізу кезіндегі ықтимал асқынулар және емдеуден бас тартудың салдары туралы мәліметтер, пациент үшін қолжетімді нысанда диагноз, емдеу іс-шараларының болжамы мен жоспары туралы ақпарат, сондай-ақ оның үйіне шығарылу немесе басқа медициналық ұйымға ауыстыру себептерін түсіндіру, оның ішінде пациенттің құқықтары мен міндеттері, ТМККК және МӘМС шеңберінде көрсетілетін қызметтер туралы ақпарат туралы түсіндірі, ақылы қызметтердің құны және қосымша төлем мөлшері (бар болса);

2) ақпарат пациентке қолжетімді нысанда, ол үшін түсінікті тілде беріледі.

Күні мен уақыты " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_

Ескерту:

1. Инвазивті араласу-дененің табиғи сыртқы кедергілерінен (теріден) қабықтардан өтуге байланысты медициналық процедура, сілемеймі) (инъекция, диагностикалық процедура, хирургиялық операция және т.б.).

2. Медициналық қызмет көрсетушілер өмірлік көрсеткіштері бойынша инвазивті араласуды бастаған және науқастың өмірі мен денсаулығына қауіп төндіретіндіктен тоқтату немесе қайтару мүмкін емес жағдайларды қоспағанда, инвазиялық араласуды жүргізуге келісім қайтарып алынуы мүмкін.

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
4-қосымша парақ

**Дәрігерлік тағайындаулар парағы**

1. Күні мен уақыты-20 \_\_\_\_ жыл \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ "

2. Тәртібі \_\_\_\_\_

3. Ем-дәм \_\_\_\_\_

4. Көрсетілетін қызметтердің, дәрілік заттардың атауы (оларды тағайындау уақыты мен күшін жою уақыты бойынша нақты ұсыныстармен)

5. Тағайындау күні (уақытымен) мен аяқтау күні 20 \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ "

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің

медициналық картасына

5-қосымша парақ

Клиникалық диагнозды негіздеу (ішкі қағидаларға сәйкес, негіздемелер саны тек көрсетілгендермен ғана шектелмейді)

1. Күні мен уақыты -20 \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_
  2. Объективті деректері \_\_\_\_\_
  3. Шағымдары \_\_\_\_\_
  4. Қолжетімді зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру \_\_\_\_\_
  5. Диагноз \_\_\_\_\_
  6. Дәрігерлік тағайындаулар парағы \_\_\_\_\_
- Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
6-қосымша парақ

### "Трансфузия алдындағы эпикриз"

Ауру тарихындағы трансфузиялық анамнез:

трансфузиларя бұрын өткізілмеген

ерекшеліктері жоқ трансфузиялық анамнез

трансфузиядан кейінгі асқынулар орын алды, қандай екенін көрсету қажет

Әйелдер үшін акушерлік анамнез:

ерекшеліктері жоқ

көп реттік (5 және одан артық) жүктілік, өлі туу, ерте мерзімдегі аборт және түсік жағдайларын қоса алғанда

Иммунды гематологиялық ерекшеліктер:

болған жоқ

антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері табылған

иммундық антиэритроцитарлық анти денелер табылған (белгілі болса, ерекшеліктерін көрсету қажет)

антиэритроцитарлық анти денелер зерттелген жоқ

Құрамында эритроциттер бар қан компоненттері үшін көрсетілімдер (ЭҚК)  
ЖҚА, \_\_\_\_\_ ҚСЖ

---

Ересектерде консервіленген эритроциттердің бір дозасы гемоглобинді  
шамамен \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ г/л \_\_\_\_\_ көбейтеді

---

Жіті қаназдық, гемоглобин г/л

созылмалы теңгерілмеген қаназдық гемоглобин г/л, клиникалық деректер:  
айқын әлсіздікке шағым, ТЖ, Ps, АҚ

0 қаназдық кезінде O<sub>2</sub> жеткізудің төмендеуі Нb г/л, РаО<sub>2</sub> мм. сын. бағ, РvО<sub>2</sub> мм. сын. бағ

Есептелген дозасы \_\_\_\_\_

СЗП/криопреципитат үшін көрсетілімдер \_\_\_\_\_

Соңғы коагулограмманың деректері: (коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ҚҰУ жеткілікті) ПТИ %, ХНҚ, БІТУ Фибриноген г/л, АТШ \_\_\_\_\_

Плазманың гепаринге төзімділігі, ҚҰУ мин \_\_\_\_\_

Талдау

күні/айы/жылы \_\_\_\_\_

— коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы

плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы

плазмаалмасу

Есептелген доза (12-20мл/кг) \_\_\_\_\_

КТ үшін көрсеткіштер: тромбоциттердің соңғы саны \*10<sup>9</sup>/л \_\_\_\_\_

Талдау

күні/айы/жылы \_\_\_\_\_

Геморрагиялық тромбоцитопениялық синдром

Геморрагиялық синдромсыз 10\*10<sup>9</sup>/л төмен тромбоцитопения

50\*10<sup>9</sup>/л төмен тромбоцитопения, хирургиялық операция

100\*10<sup>9</sup>/л төмен тромбоцитопения, нейрохирургиялық операция

Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром

Есептелген доза \_\_\_\_\_

Трансфузияға көрсетілімдерді негіздеген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Трансфузияға көрсетілімдер тексерілгенін растаймын \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID \_\_\_\_\_

Қан және оның компоненттері трансфузиясының хаттамасы

1. Трансфузия жүргізілетін бөлімшенің атауы – \_\_\_\_\_

2. Трансфузияны жүргізу күні – 20 \_\_\_\_ жылғы " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

басталған уақыты жылы/айы/күні, басталды 20 \_\_\_\_ жылғы " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

аяқталды 20 \_\_\_\_ жылғы " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

3. Пациент туралы мәліметтер –  
Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) \_\_\_\_\_,  
ЖСН \_\_\_\_\_,  
топтық және резус-тиістілігі \_\_\_\_\_.

4. Трансфузиялық орта туралы мәліметтер-заттаңба нөмірі \_\_\_\_\_,  
атауы \_\_\_\_\_, донордың топтық және резус-тиістілігі \_\_\_\_\_,  
трансфузиялық ортаны дайындаушы ұйымның атауы \_\_\_\_\_,  
Жарамдылық мерзімі \_\_\_\_\_.

5. Трансфузияға дейінгі зертханалық зерттеулердің нәтижелері \_\_\_\_\_,  
зерттеу жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)/ID \_\_\_\_\_.

6. Биологиялық сынаmanın нәтижесі \_\_\_\_\_,  
Сынама жүргізген дәрігердің Т.А.Ә (бар болса), ID \_\_\_\_\_.

7. Трансфузия туралы мәліметтер - құйылды/ мл \_\_\_\_\_, тамыр ішіне құюдың жылдамдығы (тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып-сорғалатып) \_\_\_\_\_,  
Трансфузияны жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)/ID \_\_\_\_\_.

8. Пациенттің жай-күйі, жүрек соғуының жиілігі, артериялық қан қысымы, дене температурасы туралы мәліметтер

- 1) трансфузияға дейін: Ps\_, АҚҚ\_, t0 \_ ;
- 2) трансфузия кезінде: Ps\_, АҚҚ\_, t0 \_ ;
- 3) трансфузиядан кейін: Ps\_, АҚҚ\_, t0 \_ ;
- 4) трансфузиядан кейінгі
  - 1 сағаттан соң Ps\_, АҚҚ\_, t0 \_ ;
  - 2 сағаттан соң Ps\_, АҚҚ\_, t0 \_
  - 3 сағаттан соң Ps\_, АҚҚ\_, t0 \_

Бақылауды жүргізген медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)/ \_\_\_\_\_

9. Құрамында эритроциттер бар компонентінің әрбір дозасын құйюдан кейінгі алғашқы несеп порциясының түсі туралы деректер \_\_\_\_\_.

Бақылауды жүргізген дәрігердің Т. А. Ә. (бар болған жағдайда)/ID \_\_\_\_\_.

10. Пациенттің қаны мен несепін бақылаушы зертханалық зерттеудің, тәуліктік диурез көлемінің көрсеткіштері \_\_\_\_\_.

Орта буын медицина қызметкерінің Т.А.Ә (бар болған жағдайда),  
ID \_\_\_\_\_

Күні, уақыты – 20 \_\_\_\_ жылғы " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

11. Трансфузия мен орындалған емдік шараларының жанама салдары  
белгілерінің

бар-жоғы туралы деректер \_\_\_\_\_

Трансфузиялық парақ

1. Күні-20 \_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

2. Трансфузиялық ортаның атауы \_\_\_\_\_

3. Мөлшері \_\_\_\_\_ мл

4. Донордың қан тобы, Rh \_\_\_\_\_

5. Көрсетілімдер \_\_\_\_\_

6. Заттаңба №, өндіруші ел \_\_\_\_\_

7. Асқынулар \_\_\_\_\_

8. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
7-қосымша парақ

**Диагностикалық зерттеулер/көрсетілетін қызметтер хаттамасы**

1. Өткізу күні мен уақыты - 20 \_\_\_\_ жыл \_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

2. Тарификатордан қызметтің атауы \_\_\_\_\_

3. Өткізілген зерттеулер туралы ақпарат \_\_\_\_\_

4. Қорытындысы \_\_\_\_\_

5. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
8-қосымша парақ

**Реанимация және қарқынды терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) пациенттің жай-күйінің  
негізгі көрсеткіштері мен тағайындаулар картасы**

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты – 20 \_\_\_\_ жыл \_\_\_\_  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

2. Объективті деректері (температура, ЖЖЖ, ӨЖВ, SpO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>, ОВҚ, АҚ,  
ВАШ бойынша ауырсынуды бағалау, RASS делириясын бағалау)

3. Дәрігерлік тағайындаулар парағы (қажет болған жағдайда манипуляция  
өткізу уақытын көрсетуі керек) \_\_\_\_\_

4. Диагноз \_\_\_\_\_

5. Күнделік (қосымша өмірді қамтамасыз ететін аспаптар мәртебесі, бар болған жағдайда гидробаланс сипаттамасы) \_\_\_\_\_

6. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
9-қосымша парақ

**Маман консультациясы**

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты - 20 \_\_\_\_\_ жыл " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Консультация түрі \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Шағымдар:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Өмір анамнезі: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ Ауру анамнезі:  
\_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ Объективті деректер:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Зертханалық талдаулар және диагностикалық зерттеулердің, қосымша зерттеулердің нәтижелерін түсіндіру \_\_\_\_\_

8. Диагноз \_\_\_\_\_

9. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау \_\_\_\_\_

10. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Бар болған жағдайда:

11. Жазбалары консилиум (диагнозы бойынша келісілген зерттеп-қараумен және емдеу ұсыныстарын қамтуы тиіс. Консилиум қатысушыларының бірінде ерекше позициясы болған кезде, оның пікірі тіркеледі)

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
10-қосымша парақ

**Операция/ем-шара/ аферез хаттамасы**

1. Күні мен уақыты - 20 \_\_\_\_ жыл " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
2. Операция/ем-шара / аферезге  
көрсетілімдер \_\_\_\_\_

3. Клиникалық диагноз (жүрек-қан тамырлары операцияларын жүргізу кезінде операция алдындағы пациенттің жай-күі, наркозға дайындық, әрбір 5 минут сайын объективті деректерді өлшеу, наркоз және операция барысында асқынулар сипатталады)

4. Анестезиялық құрал \_\_\_\_\_

5. Операция/ем-шара / аферез хаттамасы:

5.1 Операция/ем-шара / аферез басталған және аяқталған күні мен уақыты

5.2 Операция/ем-шара / аферез ағымы (сипаттамасы), орындау техникасын қоса алғанда

5.3 Операция/ем-шара / аферез кезінде консультанттардың қатысуы, ұсынымдары

5.4 Қосымша зерттеулер әдістерін және зертханалық зерттеуді жүргізу

5.5 Операцияның ақыры, операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса "Операция/ем-шара/аферез кезінде асқынулар болған жоқ" деп көрсету қажет)

5.6 Қан кету \_\_\_\_\_  
(мл)

5.7 Операция/ем-шара / аферез коды мен атауы \_\_\_\_\_

5.8 Операция/ем-шара / аферезден кейінгі диагнозы \_\_\_\_\_

5.9 Ұсынымдар \_\_\_\_\_

5.10 Операция/ем-шара / аферез жасаған дәрігерлердің, ассистенттердің, анестезиолог пен ОМҚ Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
11-қосымша парак

**Жаңа туған нәрестенің даму тарихы**

Босану бөлімшесінде толтырылады:

Уақыты мен күні - 20\_\_\_\_ жыл " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

1. Ата-анасы туралы ақпарат (қан тобы, резус-тиістілік) \_\_\_\_\_
  2. Жаңа туған нәрестенің туу/қайтыс болу, түсуі, шығуы, ауыстырылуы туралы толық сипаттамасымен ақпарат \_\_\_\_\_
  3. Жаңа туған нәрестенің қорытынды диагнозы \_\_\_\_\_
  4. Анасы/әкесі жағынан тұқым қуалаушылық \_\_\_\_\_
  5. Жаңа туған нәресте және босану үрдісі туралы ақпарат \_\_\_\_\_
  6. Жаңа туған нәрестені Апгар шкаласы бойынша бағалау \_\_\_\_\_
  7. Емшек сүтімен тамақтандыру, даму ақаулары, туу, жарақаттанушылық, гонобленореяның профилактикасы туралы ақпарат \_\_\_\_\_
  8. Тұқым қуалайтын патологияға скринингі (фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) жүргізу күні \_\_\_\_\_
- Кезекші акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_
- Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_
- Жаңа туған нәрестені босану залынан бөлімшеге ауыстыру кезінде толтырылады:

Уақыты мен күні -20\_\_\_\_ жыл " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

1. Жаңа туған нәрестені бөлімшеге ауыстыру туралы ақпарат, палата № \_\_\_\_\_
  2. Босану залынан ауыстырылғандағы нәрестенің жай-күйі \_\_\_\_\_
  3. Алдын ала қойылатын диагноз \_\_\_\_\_
  4. Нәрестені қабылдаған және өңдеген мейіргер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_
- Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Жаңа туған нәрестелер палатасында (бөлімшесінде) нәрестені алғашқы рет қарап-тексеру \_\_\_\_\_

Уақыты мен күні - 20\_\_ жыл " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

1. Жалпы жай-күйі (нәрестенің жатқан жатысы, дауысының сипаттамасы, тремор, бұлшық ет тонусы), тері қабаты, көрінетін жылбысқы қабықтары, кіндік қалдығы, емізу кезінде көкірек клеткасының қалпы \_\_\_\_\_

2. Емшек сүтімен тамақтандыру жиілігі \_\_\_\_\_

3. Өкпесінің, тамыр соғуының жай-күйі \_\_\_\_\_

4. жаңа туған нәрестені күнделікті жалпы қарап-тексеру деректері, жаңа туған нәрестенің жай-күйінің өзгеруі \_\_\_\_\_

5. Вакцинациялар, тұқым қуалайтын патологияларға скрининг, аудиологиялық неонаталды скрининг \_\_\_\_\_

Кезекші акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID \_\_\_\_\_

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID \_\_\_\_\_

Қорытынды және алдын ала қойылған диагноз \_\_\_\_\_

1. Ұсынымдар мен олардың негізделуі \_\_\_\_\_

2. Диагноз \_\_\_\_\_

Қорытынды бөлім: \_\_\_\_\_

Шығару эпикризі \_\_\_\_\_

Эпикриз пациенттің жай-күйіндегі динамикалық өзгерістерді; емдеу кезіндегі асқынуларды; зертханалық зерттеулердің, сондай-ақ консультациялардың нәтижелерін қорытындылауды; диагнозға сүйене отырып, емдеудің одан әрі әдісін анықтауды, бар болған жағдайда оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту бағдарының ауқымын көрсететін ұсыныстар беруді қамтиды. Сұрау бойынша пациентқа эпикриздің көшірмесі беріледі.

1. Клиникалық диагноз \_\_\_\_\_

Қойылған күні - 20\_\_ жыл " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

2. Емдеудің басқа түрлері \_\_\_\_\_

3. Еңбекке уақытша жарамсыздық парағын беру туралы белгі

еңбекке жарамсыздық парағының №, ашылған және жабылған күні

4. Немен аяқталды \_\_\_\_\_

МҰ ауыстырылды (МҰ тіркелімінен)

5. Еңбекке қабілеттілігі \_\_\_\_\_

6. Шыққан күні мен уақыты \_\_\_\_\_

7. Өткізген төсек-күндер \_\_\_\_\_

8. Сараптамаға түскендер үшін –

қорытынды \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID \_\_\_\_\_

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID \_\_\_\_\_

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды күні/айы/жылы – " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ жыл \_\_\_\_\_

Аутопсия жүргізілді:

Иә

Жоқ

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды:

Патологиялық морфологиялық диагноз (негізгі)

негізгі ауруының асқынуы \_\_\_\_\_

қосалқы \_\_\_\_\_

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID \_\_\_\_\_

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
12-қосымша парақ

Қатыгез қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша стационар жағдайында медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы

Жүгінген күні мен уақыты

Төлқұжат деректері

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

3. Туған күні: күні, айы, жылы

4. Жынысы  ер  әйел
5. Жасы
6. Ұлты
7. Ауыл тұрғыны  қала
8. Азаматтығы тұрғылықты мекенжайы
9. Жұмыс және (немесе) оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны  
Лауазымы Білімі
10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №
11. Өтеу түрі
12. Әлеуметтік мәртебесі
13. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам
14. Жүгіну себебі: дене жарақаты және(немесе) психологиялық әсер ету (астын сызу)
15. Шағымдар
16. Анамнез:  
Деректерді көрсету:  
Уақыты мен күнін көрсете отырып физикалық және психологиялық зорлық көрсету жағдайлары туралы;  
Қару және (немесе) қару ретінде қолданылған құралдарды қолдану туралы.
17. Дене жарақаттарының сипаттамасы:  
Тырналудың сипаттамасы
1. Нақты анатомиялық локализация (сызбада көрсету)
2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты
3. Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға
4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);
5. Түбінің және жабынды қыртысының жай-күйі - ылғалды, айналасындағы тері деңгейіне қатысты батады; қоршаған тері деңгейінде ; қоршаған тері деңгейінен жоғары , периферия бойынша шыққан  гиперпигментация учаскесі ; гипопигментация  ;
6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, топырақ салу

### Көгерудің сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Пішіні: сызықтық□, дөңгелек□, сопақ□, тұрақты емес сопақ□, үшбұрышты□, 3.Бағыты: тік□, көлденең□, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға □;
4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);
5. Көгерудің түсі – қызыл-қызғылт □, көкшіл-күлгін□, қоңыр□, жасыл□, сары □ ;
6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну□, гиперемияланған□, қан, қыртыс□.

### Жараның сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Жараның пішіні мен өлшемдері: сызықты□, шпиндель тәрізді□;
3. Мата ақауының сипаты мен ерекшеліктері: "минус-мата" ақауының болуы□;
4. Шеттердің ерекшеліктері: шөгу□, көгеру□, бөліну□, ластану□, бөгде қосындылар□;
5. Қабырғалардың бедері: біртегіс□, тегіс□, тік орналасқан□ бір қабырға қисайған, ал екіншісі қазылған□;
6. Шеттерінің шөгуі□;
7. Түбінің ерекшеліктері: тінаралық байланысатын тіндік түйісулердің болуы□, бұлшықеттің зақымдануы□, сүйек□;
8. Жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері; жараның бастапқы және ортаңғы үштен бір бөлігінде көлденең немесе қиғаш қиылысуы□, шаштың соңғы бөлігінде□ бадананың сыртқа айналуы □.
9. Тілу, кесу, арамен кескенде шеміршек, сүйек жазықтығындағы микрорельефтің ерекшеліктері: тегіс□, тегіс емес□, кертіктелген□;

### Сынықтың сипаттамасы

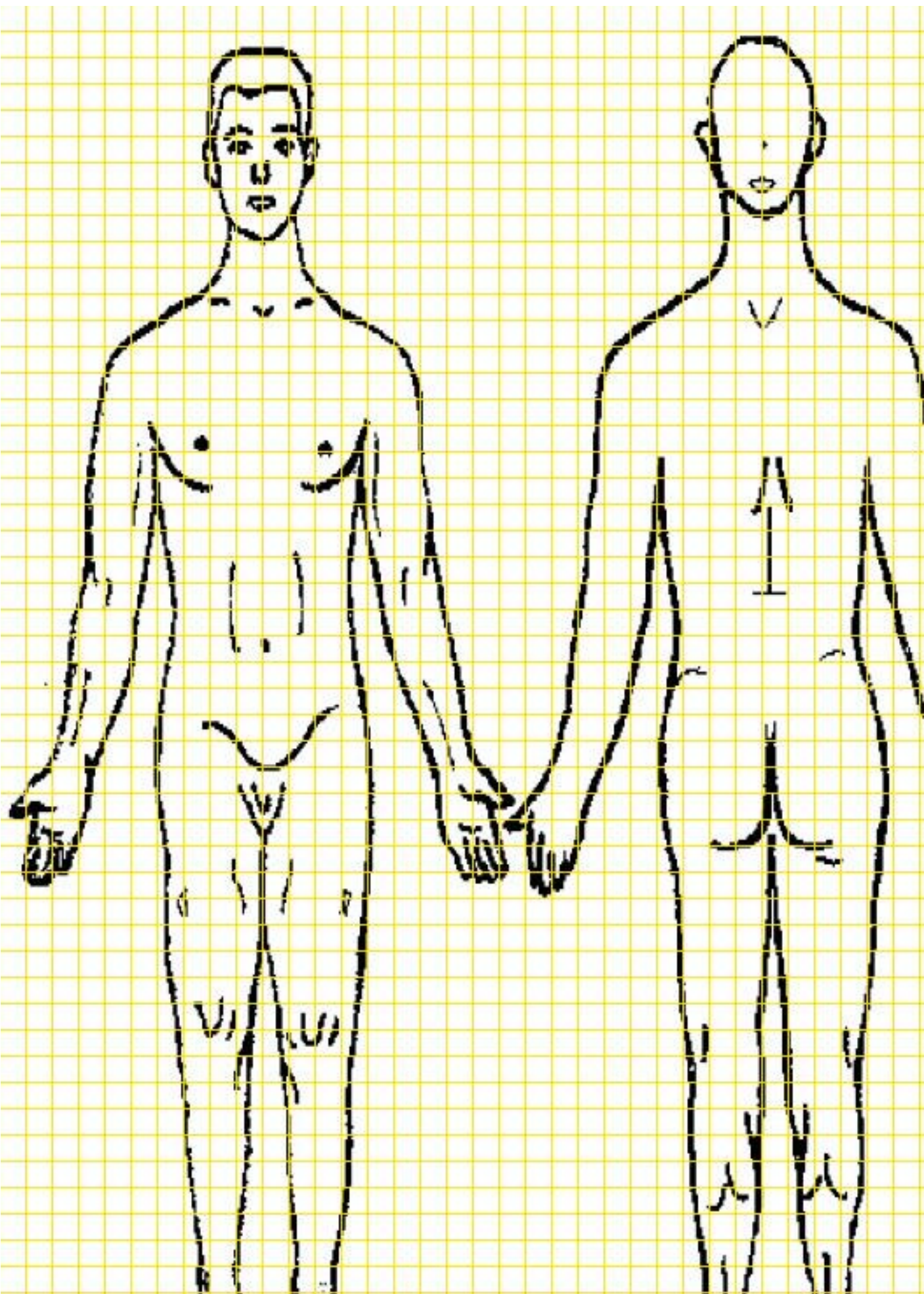
1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Пішіні сызықты□, тұрақты емес□, көп қырлы□
3. Өлшемдері XXXсм,
4. Сыну сызықтарының бағыты тік□, көлденең□, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға □;

5. Бос сынықтардың, ақаулардың, сүйек сынықтарының және жаншылған сынықтардың өлшемдері, бағдарлануы.

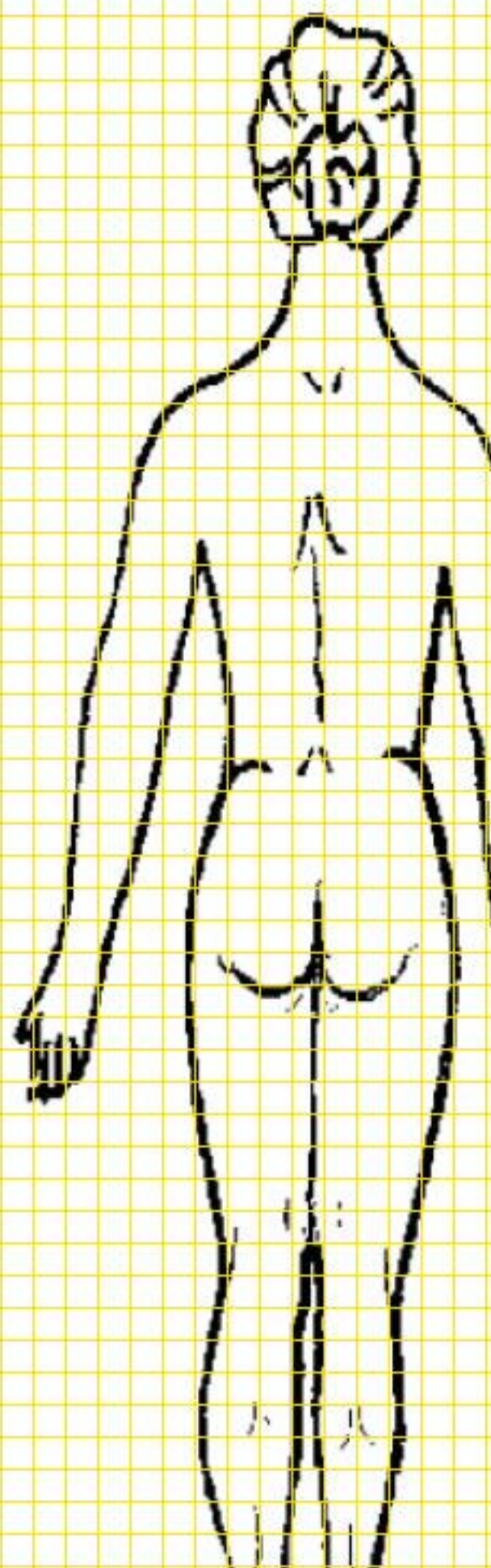
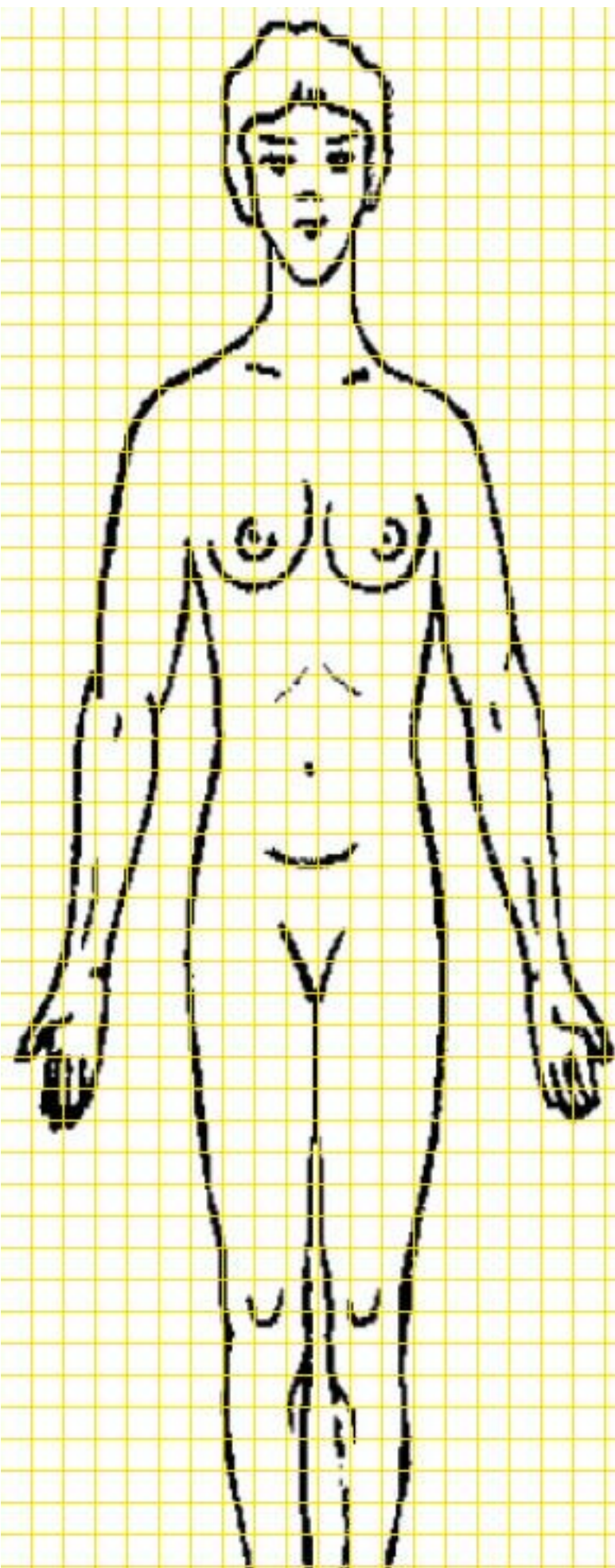
6. Омыртқаның зақымдануының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері; омыртқа денесінің, омыртқа доғаларының және өсінділерінің сынуы, олардың жылжу сипаты; байламды аппараттың, омыртқааралық дискілердің, үстіңгі және астыңғы қан кетулердің, жұлынның зақымдануы.

Анатомиялық орналасу схемасы

Еркек схемасы



Әйелдің схемасы



## 17. Психикалық жай-күйді зерттеп-қарау

### 1. Сана

1.1 сана анық, бұзылмаған ;

1.2 сана бұзылған, адасқан:

уақытқа байланысты ,

орынға байланысты ,

жеке тұлғада ;

1.3 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

### 2. Мінез-құлқы

2.1 адекватты ;

2.2 пассивті, мәңгірген ;

2.3 мелшиген ;

2.4 қозған ;

2.5 қорқақ ;

2.6 жылауық ;

2.7 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

### 3. Көңіл-күй мен эмоциялар

3.1 тегіс көңіл-күй фоны ;

3.2 көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимизм) ;

3.3 ашулану және (немесе) ызаланған ;

3.4 көңіл-күйдің жоғарылауы (жарқын жүзділік, сергектік, оптимист) ;

3.5 қорқыныш, үрей ;

3.6 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

### 4. Ойлау, есте сақтау, сөйлеу (керегінің астын сызу);

4.1 ерекшеліктері жоқ ;

4.2 баяу ойлау, сөйлеу ;

4.3 жедел ойлау, сөйлеу ;

4.4 толық (егжей-тегжейлі) ойлау, сөйлеу ;

4.5 байланыссыз ойлау ;

4.6 сандырақ идеялар ;

4.7 өлім, өзін-өзі өлтіру туралы ойлар ;

4.8 жадының бұзылуы

4.9 назардың бұзылуы

4.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

5. Соматовегетативтік бұзылулар (пациенттің шағымдары бойынша анықталады)

5.1 жылдам немесе жиіленген жүрек соғысы, жүрек аймағындағы ыңғайсыздық сезімі

5.2 қатты терлеу, ыстық жыпылықтау немесе қалтырау, құрғақтық ауызда

5.3 қол және (немесе) аяқта және (немесе) денедегі дірілдеу

5.4 бұлшықет кернеуі, босаңсуға қабілетсіздік

5.5 тамақтың тұншығуы немесе бітелуі, тыныс алудың қиындауы

5.6 кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, "кеудедегі ауырлық"

5.7 бас айналу, бас ауруы

5.8 әлсіздік, шаршау сезімі

5.9 ұйып қалу және (немесе) шаншу сезімі

5.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

6. Жоғарыдағы тармақтарда көрсетілмеген, медицина қызметкері анықтаған белгілер

6.1 Ұйқының бұзылуы

6.2 Тәбеттің бұзылуы

6.3 Психологиялық жарақаттың болуы

6.4 Қызығушылықты жоғалту

6.5 Құпия, сенімсіздік

6.6 Алкогольді тұтыну туралы хабарламалар

6.7 Үмітсіздік сезімі

6.8 Елестеулер (пациент көреді, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі)

6.9 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

Қысқарған сөздер тізімі:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (ба)

1. Қосымша медициналық мәліметтер (кұжаттар)

Медициналық қарап-тексеру кезінде ұсынылған медициналық карталар, медициналық қорытындылар, үзінділер, клиникалық-зертханалық зерттеулердің деректері: о жоқ о бар (көрсетіңіз)

о Жоқ

о Бар (көрсетіңіз)

2. Бағытталған:

зерттеуге (қандай екенін көрсету), консультацияларға (көрсету) емдеуге (көрсету)

3. Зорлық-зомбылық туралы Ішкі істер органдарына/прокуратураға белгіленген тәртіппен хабарланды

Хабарлама күні

Ішкі істер органының/прокуратураның атауы

Идентфикатор, дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Стационарлық пациенттің  
медициналық картасына  
13-қосымша парақ

Сурдологиялық пациенттің қарап-тексеру картасы

Т.А.Ә.

(бар

болған

жағдайда) \_\_\_\_\_

Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде

ұсталатын адам

Жасы

ЖСН \_\_\_\_\_

Мекенжайы \_\_\_\_\_

Аудиологиялық скрининг аясында жіберілген ИӘ□/ЖОҚ□

Ауруы бойынша жіберілген ИӘ□/ЖОҚ□

Алғашқы анықталған ауруы ИӘ□/ЖОҚ□

Бұрыннан

белгілі

ауруы

Шағымдар

Ауру

анамнезі

Зерттеп-қарау тәсілі:

ДИАГНОЗЫ (арасынан таңдап алу):

Сыртқы құлақ дамуының туа біткен ақауы (құлақ қалқанының ауытқуы, сыртқы есту жолының атрезиясы)		Бір жақты		AD		AS	
		Екі жақты		AD		AS	
Ішкі құлақ дамуының туа біткен ақауы (ішкі құлақ иірімінің, есту нервісінің ауытқуы)		Бір жақты		AD		AS	
		Екі жақты		AD		AS	
Есту (аудиторлық) нейропатиясы спектрінің аурулары		Бір жақты		AD		AS	
		Екі жақты		AD		AS	
Сенсоневральді есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	2-дәрежелі	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	3-дәрежелі	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	4-дәрежелі	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	Керендік	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	Кондуктивтік есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
			екі жақты		AD		AS
2-дәрежелі		бір жақты		AD		AS	

		екі жақты		AD		AS
	3-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	4-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	Кереңдік	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
Аралас есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	2-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	3-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	4-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	Кереңдік	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS

### Керегін белгілеу

Есту аппараты (бар <input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> )	Ауа өткізгіштік		AD		AS
	Сүйек өткізгіштік		AD		AS
	Орта құлақ		AD		AS

Имплантталатын (бар <input type="checkbox"/> /жоқ <input type="checkbox"/> )	жүйе	Сүйек өткізгіштік		AD		AS
		Кохлеарлық имплантация		AD		AS
Білім беру мекемесі/жұмыс орны	Мектепке дейінгі мекеме	жалпы білім беру		Иә		Жоқ
		түзету		Иә		Жоқ
	Мектеп мекемесі	жалпы білім беру		Иә		Жоқ
		түзету		Иә		Жоқ
	Жоғары <input type="checkbox"/> /орта оқу орны <input type="checkbox"/>			Иә		Жоқ
	Жұмыс орны					
	Ұйымдастырылмаған			Иә		Жоқ

"Стационарлық пациенттің медициналық картасы" № 001/е нысанының қысқарған сөздер тізімі:

1	FiO2	Оксигенация индексі
2	Hb	Гемоглобин
3	ID	Идентификатор (электрондық қолтаңба, QR коды (машинаның белгі) немесе оны басқарушы бірегей белгі)
4	Ps	Матрицалық штрих-код тегінің маркасы
5	Rh	Резус факторы
6	SpO2	Қанның оттегімен қанықтығы
7	t0	Дене температурасы
8	АҚ	Артериялық қысым
9	АТШ	Антитромбин III
10	БИТУ	Белсендірілген ішінара тропин
11	КАШ	Көрнекі аналогтық шкала
12	ЕТ	Емшек сүтімен тамақтану
13	ӨЖЖ	Өкпені жасанды желдету
14	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
15	КТ	Компьютерлік томография
16	мл	Миллилитр

17	мм сын. бағ.	Миллиметр сынап бағына
18	МАЖ	Медициналық ақпаратты
19	МҰ	Медициналық ұйым
20	RASS делирия бағалау	Richmond Agitation-Seda бағалау
21	ПТИ	Протромбин индексі
22	PvO2	Қанның газ құрамы
23	PaO2	Қанның газ құрамы
24	ЖМП	Жаңа мұздатылған плазма
25	ОМҚ	Орта медицина қызметкер
26	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (ба
27	ОВҚ	Орталық веналық қысым
28	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
29	ЖЖЖ	Жүрек жиырылуының жи

"Стационарлық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме № \_\_\_\_ " № 001-1/е  
нысаны Форма № 001-1/у "Выписка из медицинской карты стационарного пациента № \_\_\_\_ "

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес  
организации куда направляется выписка)

1. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (Фамилия, имя,  
отчество (при его наличии) больного)

2. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің  
мекемелерінде ұсталатын адам

2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

3. Үйінің мекенжайы (Домашний  
адрес) \_\_\_\_\_

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) \_\_\_\_\_

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) \_\_\_\_\_

Шығуы (выбытия) \_\_\_\_\_

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз  
(основное заболевание, сопутствующее осложнение) \_\_\_\_\_

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) \_\_\_\_\_

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:)

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке)

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:)

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания): \_\_\_\_\_

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни): \_\_\_\_\_

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:)

Объективті деректер: (Объективные данные): \_\_\_\_\_

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:)

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер: (Лабораторно-диагностические исследования): \_\_\_\_\_

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение): \_\_\_\_\_

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке): \_\_\_\_\_

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения): \_\_\_\_\_

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:)

---

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:) \_\_\_\_\_

Емдеу құны: (Стоимость лечения:) \_\_\_\_\_

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О.  
(при \_\_\_\_\_ его \_\_\_\_\_ наличием)):

---

қолы (подпись) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при  
его \_\_\_\_\_ наличием))

---

қолы (подпись:) \_\_\_\_\_

**\*\* "Стационарлық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме"**  
(бұдан әрі - үзінді көшірме) №001/е нысанында емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізуді аяқтау пациент стационардан шығарылған күні жүзеге асырылады. Үзінді көшірмеге енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.