

**учётные и отчётные формы
действующие
в медицинских организациях,
оказывающих медицинскую помощь
пациентам в амбулаторных условиях**

Учетные формы

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 834н от 15.12.2014 г. утверждены унифицированные формы медицинской документации, используемые в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и порядки по их заполнению.

Учетная форма N 025/у.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Учетная форма N 025-1/у

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ
ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Учетная форма 030/н

Контрольная карта диспансерного
наблюдения

Приказ Минздрава России от 23.01.2015 N 10

- "Об отмене приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 августа 2003 г. N 403 "Об утверждении и введении в действие учетной формы N 089/у-кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки"



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

02 MAR 2015

№ 13-2/25

На № _____ от _____

Руководителям
органов исполнительной власти
субъектов Российской Федерации в
сфере здравоохранения

Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения в связи с отменой приказа Минздрава Российской Федерации от 12 августа 2003г. № 403 «Об утверждении и введении в действие учетной формы № 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки» для проведения мониторинга эпидемиологической ситуации по вышеуказанным заболеваниям, а также для обеспечения взаимодействия с территориальными органами Роспотребнадзора, рекомендует до утверждения новой учетной формы № 089/у-кв использовать в работе форму Извещения, согласно приложению. Приложение: на 2 л. в 1 экз.

Директор Департамента

Е. П. Какорина

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма №089 / у-кв
Утверждена Минздравом России

Извещение о больном с вновь установленным диагнозом:
сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной
герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки

1. Ф.И.О. или код больного _____
 2. Пол: м , ж 3. Дата рождения
 4. Место постоянной регистрации (населенный пункт, улица, дом) _____
 5. Место временной регистрации (фактического проживания): _____
 6. Житель: города , села
 7. Категория больного: житель данного субъекта РФ , другого субъекта РФ , СНГ ,
иностранец , БИЖ , контингент ФСИН
 8. Социальная группа: работающий , неработающий , дошкольник , учащийся ,
студент , пенсионер , военнослужащий
 9. Диагноз _____ Реинфекция: да нет Код МКБ-Х _____
 10. Лабораторное подтверждение: 1: КСР , РМП , РПР , РПГА , ИФА ,
РИФ , РИБТ , ТПМ , иммуноблот ; бактериоскопическое , бактериологическое ,
молекулярно-биологическое , другое (вписать)
 11. Выявленный возбудитель _____
 12. Путь передачи: половой , в т.ч. при сексуальном насилии , бытовой ,
трансплацентарный , неуточненный
 13. Место выявления заболевания: медицинская организация государственной формы собственности:
КВУ , из них анонимно , амбулаторно-поликлиническое учреждение (указать
специалиста) _____ женская консультация , стационар
(указать профиль койки) _____, другое (вписать)
_____, медицинская организация другой формы собственности
 14. Обстоятельства выявления: а) самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому)
_____, в т.ч. по контакту ;
б) выявлено специалистом: как контакт больного , донор , при медицинских осмотрах
во время родов , другие обстоятельства (вписать)
 15. Срок беременности: I триместр - , II триместр - , III триместр -
 16. Детское учреждение (для детей) _____
 17. Дата установления диагноза:
- Ф.И.О. врача _____ Подпись и печать врача _____

Отчетные формы

Форма №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями»

Форма №34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями»

Утверждены приказом Росстата от 29.12.2011 г. №520

**Форма №9 СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ИНФЕКЦИЯМИ,
ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
и ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ
за 2016 год.**

**Форма №34
СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,
ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ
ПУТЕМ И ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
за 2016 год**

Спасибо за внимание !