|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Міністерство охорони здоров’я України | | | | | | | | | | | | | | | | | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Форма первинної облікової документації | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Обласний центр онкології**  **м. Харків, вул. Лесопарківська, 4** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
|  | | | **№ 066/о** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ЗАТВЕРДЖЕНО**  Наказ Міністерства охорони здоров’я України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |
|  | Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ | 4 | 0 | | 9 | | 2 | | 9 | | 1 | | 6 | | 8 | |  | | 1 | 0 | | 1 | | 0 | 2 | | 0 | | 0 | 7 | | № | | 6 | 2 | | 9 | |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **КАРТА пацієнта, ЯКИЙ ВИБУВ ІЗ СТАЦІОНАРУ** | ІХ | «\_docCardNumber» |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата госпіталізації | | | | | | | «\_docHospitalStartDate» | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Прізвище, ім’я, по батькові хворого | | | | | | | «\_docLastFirstMiddleName» | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 | | | | | | | |  |  | | 4. Дата народження | | | | «\_docBirthDay» | | | | | | |
| 5. Вік | «\_docAge» | | | |  | | | | | | 6. Громадянство | | | | Україна | | | | | | |
| 7.. Документ, що посвідчує особу | | |  | | | | | | | 7.1. Номер документа, що посвідчує особу | | | | |  | | | | | | |
| 8. Місце проживання хворого | | | | | | «\_docLivingAddress» | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Поштовий індекс | | | |  | | | | | | Житель: міста – 1, села - 2 | | | | | | | |  | | |  |
| 10. Місце роботи (спеціальність) | | | | | | | | «\_docProfession» | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Ким направлений пацієнт | | | | | | | | КНП ОЦО | | | Код ЄДРПОУ | | | | | 40929168 | | | | | |
| 12. Діагноз при госпіталізації | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Профіль ліжок онко | | | | | | | | Код МКХ 10 | | | | | | | | | | | |  | |
| 13. Відділення госпіталізації | | | | | | | | ОГП | | | 14. Відділення виписки | | | | ОГП | | | | | | |
| 15. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 | | | | | | | | | | | 2 | |  | | | | | | | | |
| 16. Строк госпіталізації (до 6 годин – 1; 7 – 24 години – 2; більше 24 годин – 3) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| 17. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 17.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 18. Результат лікування: | | виписаний(а) з одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров’я – 6; здоровий(а) –7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 19.Дата виписки/смерті | | | | | «\_docHospitalEndDate» | | | | Година | | |  | | 20. Проведено ліжко-днів | | | | | | |  |
| 21. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми – вказати її вид: виробнича – 1; невиробнича – 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Назва діагнозу | | | | | | | | | | | | | | | | | | Код МКХ 10 | | |
| Основний | «\_docDiagnosisMain» | | | | | | | | | | | | | | | | | | «\_docMKX» | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 21.1. Категорія резистентності: відсутня –1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 22. У випадку смерті хворого:  22.1. Патологоанатомічний діагноз | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Основний | | | | | | | | | | | Код за МКХ-10 | | Ускладнення основного  діагнозу | | | | | Супутні  захворювання | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |
| 22.2. Із пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |
| Код за МКХ-10: | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | 1.Безпосередня причина смерті | | | | | | а) | | | | | | | | | | приблизний час між початком захворювання і смертю | | |
|  | | захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті зазначається в останньому заповненому рядку) | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | б) | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
|  | | в) | | | | | | | | | |
|  | | г) | | | | | | | | | |
|  | | 2. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові (підкреслити)), які сприяли смерті, але не пов’язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності \_\_\_\_\_\_\_\_\_, день післяпологового періоду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тиждень після пологів | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Медичні процедури та хірургічні операції | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата | Години | | Код процедури/хірургічної операції | | | | Назва процедури/хірургічної операції | | | | | Спеціаліст (ПІБ, реєстра-ційний номер) | | Вид анестезії\* | | Анестезіолог  (ПІБ, реєстраційний номер) | | | Ускладнення  (код за  МКХ-10) | |
| «\_docFirstOpertaionDate» |  | |  | | | | «\_docFirstOpertaionName» | | | | |  | |  | |  | | |  | |
| «\_docSecOpertaionDate» |  | |  | | | | «\_docSecOpertaionName» | | | | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |
| 24. Обстеження на RW | | | |  | | | | | 25. Онкологічний профілактичний медичний огляд | | | | | | | |  | | | |
| 26. Обстеження на ВІЛ-інфекцію | | | | | |  | | | | 27. Обстеження органів грудної порожнини | | | | | | |  | | | |
| 28. Інвалід війни – 1; учасник війни – 2; учасник бойових дій – 3; особа, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи – 4; інша пільгова категорія - 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Лікуючий лікар | | | «\_docDoctor» | | | | | | | | | Реєстраційнтй номер | | |  | | | | | |
| Дата | | | | | «\_docCreationDate» | | | | | | | |  | | | | |  | | |