Здесь будет 1стр. титульного листа

**Диагноз клинический**, установленный в стационаре, дневном стационаре:

**Дата и время установления клинического диагноза:** {{ дата\_поступления }} {{ время\_поступления }}

**Основное заболевание:** {{ МКБ }} - {{ МКБ10\_расшифровка }}

{{ Основной\_диагноз }}

**Осложнение основного заболевания:**

**Внешняя причина при травмах, отравлениях:**

**Сопутствующие заболевания:** {{ СД\_Стат\_2 }} - {{ СД\_Стат\_3 }}

{{ Сопутствующий\_диагноз }}

**Дополнительные сведения о заболевании:**

**Функциональные шкалы:** {{ Шкалы }}

**Проведённые оперативные вмешательства (операции):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата проведения | Наименование оперативного вмешательства (операции), код согласно номенклатуре медицинских услуг | Вид анестезио- логического пособия | Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл. |
|  |  |  |  |

**Исход госпитализации:** выписан - 1, в том числе в дневной стационар - 2, в стационар — 3.

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя осуществляющего медицинскую деятельность), куда переведён пациент:

**Результат госпитализации:**  выздоровление - 1, улучшение - 2, без перемен - 3, ухудшение - 4, умер - 5.

Умер в отделении

Умерла беременная: 1 - до 22 недель беременности; 2 - после 22 недель беременности.

**Данные по нетрудоспособности**

Оформлен листок нетрудоспособности: №

(дубликат листка нетрудоспособности № )

освобождение от работы:

продление листка нетрудоспособности:

№ освобождение от работы:

приступить к работе:

явка в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации)

Оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи (фамилия, имя, отчество (при наличии)):

Выдано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ):

**Диагноз при выписке**

**Основное заболевание:** {{ МКБ }} - {{ МКБ10\_расшифровка }}

{{ Основной\_диагноз }}

**Осложнение основного заболевания:**

**Внешняя причина при травмах, отравлениях:**

**Сопутствующие заболевания:** {{ СД\_Стат\_2 }} - {{ СД\_Стат\_3 }}

{{ Сопутствующий\_диагноз }}

**Дополнительные сведения о заболевании:**

**Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:**

фамилия, имя, отчество (при наличии), номер контактного телефона:

**Дополнительные сведения о пациенте:**

НМУ: {{ услуга }} {{ услуга\_расшиф }}

УКЛ 1,0

**Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача:**

|  |
| --- |
| {{ ФИО\_врача\_полностью }}, врач-невролог |

**Фамилия, имя, отчество (при наличии) заведующего отделением:**

|  |
| --- |
| {{ зав\_отделением }} |

**{{ org\_fullname }}  
{{ department\_name }}**

Приложение №4

Чек-лист для сбора эпидемиологического анамнеза перед плановой госпитализацией  
в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний,   
вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

**Ф.И.О:** {{ ФИО\_пациента }} **Возраст:** {{ возраст }} **Палата:** {{ палата }}

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Вопрос | Пропускной шлюз, м/с | | Врач при первичном осмотре | |
| Ответ «ДА» | Ответ «НЕТ» | Ответ «ДА» | Ответ «НЕТ» |
| 1 | Признаки ОРВИ: |  | V |  | V |
| а | Повышение температуры тела выше 37,5 0С |  | V |  | {{ Температура }} OC |
| б | Сухой кашель со скудной мокротой |  |  |  | V |
| в | Одышка |  |  |  | V |
| г | Ощущение заложенности в грудной клетке |  |  |  | V |
| д | Насыщение кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) ≤ 95% |  |  |  | {{ Сатурация }}% |
| 2 | Возвращение из зарубежной поездки в течение 14 дней |  | V |  | V |
| 3 | Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по COVID-19 |  | V |  | V |
| 4 | Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, у которого лабораторно подтвержден COVID-19 |  | V |  | V |
| 2 | Работа с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19 |  | V |  | V |

Пациент является подозрительным на COVID-19 при повышении температуры тела выше 37,5 0С и с одной или более следующих признаков: сухой кашель со скудной мокротой; одышка; ощущение заложенности в грудной клетке; насыщение кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) ≤ 95%

**{{ org\_fullname }}  
{{ department\_name }}  
История болезни №** {{ номер\_истории }}.

**Первичный осмотр невролога** {{ дата\_поступления }} {{ время\_поступления }}

**Ф.И.О:** {{ ФИО\_пациента }}

**Дата и год рождения:** {{ дата\_рождения }} // {{ возраст }}

**Адрес:** {{ адрес }}

**Палата:** {{ палата }}

**Поступил по направлению** {{ ЛПУ\_кто\_направил }}

**Жалобы на момент осмотра:** на {{ жалобы }}

**Анамнез заболевания собран со слов пациента, родственников, данных мед.документации:** {{ анамнез }}. В связи с ограничением перемещения и самообслуживания**,** на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июля 2020 г. N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" и приказа Министерства здравоохранения Пермского края от 4 августа 2016 года N СЭД-34-01-06-571 «Об утверждении Положения об организации оказания медицинской помощи населению Пермского края с применением ботулотоксина» (в ред. от 23.04.2018) поступил в {{ department\_name }} {{ org\_shortname }} для решения вопроса о проведении инъекций ботулинического токсина типа А (ботулинотерапии).

**Хронические заболевания:** {{ перечень\_хронических\_заболеваний }}

Принимаемые медикаменты: {{ медикаменты\_прием }}

**Экспертный анамнез:** {{ экспертный\_анамнез }}

**Аллергологический анамнез:** {{ аллергологический\_анамнез }}

**Эпидемиологический анамнез: {{ Эпидемиологический\_анамнез }}**

**Противопоказания для ботулинотерапии: отсутствуют.**

**Соматический статус:**{{ Соматический\_статус }}

**Неврологический статус:** {{ Неврологический\_статус }}.

**Диагноз,** установлен на основании клинического осмотра, предоставленной пациентом медицинской документации, данных ЕИСЗ ПК:

**Основной:** {{ Основной\_диагноз }}

**Сопутствующий:** {{ Сопутствующий\_диагноз }}

**Функциональные шкалы:** {{ Шкалы }}

**На основании диагноза, анамнеза и клинических данных** у пациента имеется синдром спастичности, который характеризуется стойким патологическим тонусом мышц, нарушением функции конечностей и снижением качества жизни пациента, ограничением профессиональной и бытовой деятельности. С учетом этого, **пациенту рекомендовано проведение внутримышечных инъекций ботулотоксина типа А** в спастичные мышцы паретичных конечностей.

**План лечения: Обоснование для проведения ботулинотерапии:**

Спастичность, сопровождающаяся нарушением функций, болью, возникновение контрактур, повреждение мягких тканей, невозможность полноценного участия в реабилитационных мероприятиях

**Цели:**

1. Функциональное улучшение (увеличение объема пассивных движений с целью облегчения ухода за конечностью: гигиена, одевание и пр.)
2. Облегчение тяжести симптомов (облегчение боли; уменьшение частоты и выраженности мышечных спазмов; снижение выраженности непроизвольных движений (патологических синергий и синкинезий)
3. Эстетическое улучшение
4. Снижение нагрузки на ухаживающих
5. Снижение объема медицинской помощи (уменьшение количества применяемых других препаратов (миорелаксантов, обезболивающих, антидепрессантов и других)
6. Предотвращение прогрессирования спастичности (профилактика возникновения контрактур и деформаций конечностей; оптимизация мобильности в позах лежа, сидя, стоя).

**План лечения:** Режим стационарный {{ режим }}; Вторичная профилактика ССЗ; Инъекции ботулинического токсина типа А в спастичные мышцы паретичных конечностей.

{{ режим\_развернутый }}

**Врач:** {{ ФИО\_врача }}

**Зав.отделением:** {{ зав\_отделением }}

**{{ org\_fullname }}  
{{ department\_name }}  
История болезни №** {{ номер\_истории }}

**Решение (протокол) консилиума врачей,  
являющейся подкоммиссией ВК в** **{{ org\_shortname }}**

**На использование препарата Ботулинического токсина типа А (ботулинотерапии)  
в условиях {{ org\_shortname }}**

Основание: приказ МЗ РФ №494 от 09.08.2005г.   
«о порядке применения лекарственных средств   
у больных по жизненным показаниям»

Номер консилиума от {{ дата\_поступления }}г.

**Ф.И.О. пациента:** {{ ФИО\_пациента }}

**Дата рождения:** {{ дата\_рождения }} г.р.,

**Адрес:** {{ адрес }}

**Диагноз:**

**Основной:** {{ Основной\_диагноз }}

**Сопутствующий:** {{ Сопутствующий\_диагноз }}

**Функциональные шкалы:** {{ Шкалы }}

**Причина:** рассмотрения вопроса назначения Ботулинического токсина типа А

**Решение:**

Консилиум врачей изучил историю болезни и пришел к выводу, что у пациента в соответствии с диагнозом установлены медицинские показания для назначения лекарственных препаратов Ботулинического токсина типа А ({{ препарат\_БТА }} в дозе {{ бта\_суммарная\_доза }} ЕД) в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Для проведения манипуляций показана госпитализация на {{ тип\_стационара }}

Информированное добровольное согласие пациента на проведение инъекции Ботулинического токсина типа А получено.

Заведующий отделением, врач-невролог

{{ зав\_отделением }}

Врач-невролог, лечащий врач

{{ ФИО\_врача }}

Врач-невролог

**{{ org\_fullname }}  
{{ department\_name }}  
История болезни № {{ номер\_истории }}**

Протокол лечения (проведения инъекции)  
Ботулиническим токсином типа А

**ФИО пациента:** {{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }} ({{ возраст }})

В асептических условиях и с сохранением холодовой цепи проведены инъекции ботулинического токсина типа А ({{ препарат\_БТА }}) под УЗ-контролем. Все целевые мышцы визуализированы (мышцы, находящиеся в спастическом тонусе и реализующие патологический двигательный стереотип), препарат введен без осложнений:

**Протокол процедуры:**

Необходимая доза составляет: {{ бта\_суммарная\_доза }} ЕД.

Данные препарата:

Название: {{ препарат\_БТА }}

Серия: {{ бта\_серия\_препарата }}

Изготовлен: {{ бта\_дата\_изготовления }}

Годен до: {{ бта\_годен\_до}}

Растворитель: {{ бта\_растворитель }}

Мышцы мишени (точки введения) с введенными дозировками:

{{ БТА\_мышцы\_мишени }}

Итого: {{ бта\_суммарная\_доза }} ЕД

{{ дата\_поступления }} ٧ /{{ ФИО\_врача }}/

Подпись врача расшифровка подписи

{{ бта\_дневники }}

**{{ org\_fullname }}**

**{{ department\_name }}**

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

История болезни № {{ номер\_истории }}

Пациент **{{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.**, проживающий по адресу: {{ адрес }}, находился на стационарном лечении в {{ department\_name\_r }} {{ org\_shortname }} с {{ дата\_поступления }} по {{ дата\_выписки }}

**Диагноз:**

**Основной:** {{ Основной\_диагноз }}

**Сопутствующий:** {{ Сопутствующий\_диагноз }}

**Функциональные шкалы:** {{ Шкалы }}

**Жалобы при поступлении:** на {{ жалобы }}

**Анамнез заболевания:** {{ анамнез }}. В связи с ограничением перемещения и самообслуживания**,** на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июля 2020 г. N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" и приказа Министерства здравоохранения Пермского края от 4 августа 2016 года N СЭД-34-01-06-571 «Об утверждении Положения об организации оказания медицинской помощи населению Пермского края с применением ботулотоксина» (в ред. от 23.04.2018) поступил в {{ department\_name }} {{ org\_shortname }} для решения вопроса о проведении инъекций ботулинического токсина типа А (ботулинотерапии).

**Аллергологический анамнез:** {{ аллергологический\_анамнез }}

**Эпидемиологический анамнез: {{ Эпидемиологический\_анамнез }}**

**Противопоказания для ботулинотерапии: отсутствуют.**

**Соматический статус:** {{ Соматический\_статус\_для\_дневников }}

**Неврологический статус:** {{ Неврологический\_статус }}

**Полученное лечение:**

Введение {{ препарат\_БТА }} - {{ бта\_суммарная\_доза }} ЕД в спастичные мышцы:

{{ БТА\_мышцы\_мишени }}

Итого: {{ бта\_суммарная\_доза }} ЕД

**Рекомендации:**

* Наблюдение невролога по м/ж.
* Прием препаратов (вторичная профилактика) в прежнем объеме.
* Повторная инъекция ботулотоксина по показаниям через 4 месяца через электронное направление с анализами (или копиями анализов): общий анализ мочи, общий анализ крови, ЭКГ, микрореакция на сифилис, (действительны 21 день), исследования на гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию (действительны 6 месяцев) и флюорография (действительна 1 год).
* Повторная явка с целью оценки эффективности ботулинотерапии и решения вопроса о проведении курса реабилитационного лечения через 14 дней.
* Курсы реабилитации, ЛФК.

**Врач:** {{ ФИО\_врача }}

**Зав.отделением:** {{ зав\_отделением }}