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 |
| 5 | 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%

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

**Субъект персональных данных**, {{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.

Паспорт РФ: {{ паспорт }}

Полис ОМС: {{ полис\_ОМС }}

Зарегистрированный(-ая) по адресу: {{ адрес }}

место фактического проживания: {{ адрес }}

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, **даю свое согласие на обработку моих персональных данных**.

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

{{ org\_fullname }}

Адрес места нахождения: {{ org\_adress }}

**Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим, мероприятий.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

**Срок, в течение которого действует согласие:** бессрочно.

**Способ отзыва согласия:** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

{{ дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп }} /{{ ФИО\_пациента }}/

Подпись пациента расшифровка подписи

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

{{ нмпп\_дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп\_ФИО\_врача }}

Подпись расшифровка подписи

{{ нмпп\_дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп\_зав\_отделением }}

Подпись расшифровка подписи

**{{ org\_fullname }}**

**{{ department\_name }}**

Информированное добровольное согласие на госпитализацию

Я **{{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.**, проживающий(ая) по адресу: {{ адрес }}, пациент организации здравоохранения или законный представитель пациента настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о состоянии cвоего здоровья или здоровья, а именно, о нижеследующем:

-о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

{{ МКБ }} {{ МКБ10\_расшифровка }}

установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ

-о необходимости госпитализации;

-об общем плане обследования и лечения;

-о цели, характере, ходе и объеме планируемого обследования, способах его проведения в ходе госпитализации;

-о методах лечения, которые будут применяться в ходе госпитализации;

-о плане предполагаемого медикаментозного лечения и действия лекарственных средств, в том числе о возможном изменении медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных средств;

-о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания в зависимости от изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, в том числе о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств и других методов лечения.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которые могут потребоваться в целях моего (представляемого мною лица) обследования и лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей.

Я осознаю, что проводимое лечение не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья.

Я предупрежден(а), что за грубое нарушение режима организации здравоохранения могу быть досрочно выписан(а) из организации здравоохранения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне (представляемому мною лицу) обследование и лечение, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно даю свое согласие на госпитализацию.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу

{{ ФИО\_врача\_полностью }}

фамилия, имя, отчество

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на госпитализацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

{{ дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп }} /{{ ФИО\_пациента }}/

Подпись пациента расшифровка подписи

(законного представителя)

Настоящий документ оформлен мной

{{ ФИО\_врача\_полностью }}

лечащий врач, зав. отделением ЛПУ, другой специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении

по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого).

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

Подпись расшифровка подписи

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

{{ нмпп\_дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп\_ФИО\_врача }}

Подпись расшифровка подписи

{{ нмпп\_дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп\_зав\_отделением }}

Подпись расшифровка подписи

**{{ org\_fullname }}**

**{{ department\_name }}**

Уведомление пациента (законного представителя) о его правах

и обязанностях при оказании медицинской помощи

в организации здравоохранения

Уважаемый пациент!

В соответствии с федеральным законом от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ организация здравоохранения (далее - организация) в лице главного врача подтверждает гарантию сохранения конфиденциальных сведений, составляющих врачебную тайну о

{{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.,

и информирует о том, что при обращении за медицинской помощью и ее оказании в организации пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача, в том числе лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными и разрешенными способами и средствами; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства; получение информации о состоянии своего здоровья в доступной форме от лечащего врача, заведующего отделением или другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении; отказ от получения указанной информации против своей воли; допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав, допуск к нему священнослужителя (в условиях стационара); сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении; а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Пациент уведомлен, что организация имеет право без согласия пациента или его законного представителя разгласить конфиденциальные сведения в следующих случаях: в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет (для больных наркоманией - до 16 лет) для информирования его родителей или законных представителей; при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий; в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка организации, лечебно-охранительный режим, а также в целях получения лучших результатов не скрывать и представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья: об аллергических

проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций.

В случае нарушения указанных прав пациент может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации, в соответствующие профессиональные медицинские организации, либо в суд.

Я, **{{ ФИО\_пациента }}**, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, с правилами внутреннего распорядка организации я ознакомлен, мне понятно содержание и назначение данного документа. Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление медицинским учреждением сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе, в том числе через справочный стол, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

٧

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

٧

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

٧

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

٧

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

٧

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

٧

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

{{ дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп }} /{{ ФИО\_пациента }}/

Подпись пациента расшифровка подписи

(законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

{{ нмпп\_дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп\_ФИО\_врача }}

Подпись расшифровка подписи

{{ нмпп\_дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп\_зав\_отделением }}

Подпись расшифровка подписи

**{{ 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 }}**

**Приложение к истории болезни стационарного больного  
Рекомендовано Межрегиональной общественной организацией  
специалистов ботулинотерапии (МООСБТ)**www.botulin.ru

Информированное добровольное согласие на проведение инъекции  
Ботулинического токсина типа А

Ф.И.О. пациента: {{ ФИО\_пациента }}

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

Адрес: {{ адрес }}

Телефон: {{ телефон\_пациента }}

Ботулинический токсин типа А ({{ препарат\_БТА }}) – обратимый блокатор синаптической передачи в холинергических и других синапсах, локальное внутримышечное введение которого приводит к длительному расслаблению инъецированных мышц и уменьшению болевого синдрома. После внутрикожного введения отмечается уменьшение потоотделения в зоне инъекции.

Безопасность и эффективность ботулинотерапии подтверждены результатами международных доказательных исследований. Срок эффективного действия проведенной инъекции может составить 2-4 месяца (в некоторых случаях – до 6 месяцев), после чего возможно (необходимо) проведение повторного курса лечения. Положительный эффект отмечается на 7 – 14 день (до 21 дня) после инъекции. В срок от 1 до 30 дней после проведенных инъекций возможны временные не опасные нежелательные явления (отметить возможность в данном случае): боль в месте инъекции, головная боль, общая слабость, затруднение глотания, слабость верхнего века, микрогематомы, сухость глаза, нечеткость зрения, аллергические реакции (отеки, сыпь, гриппоподобные симптомы), другие симптомы, указанные в инструкции к препарату. По данным международных исследований в незначительной части случаев наблюдается нечувствительность к препаратам ботулинического нейропротеина, снижение эффективности после многократных инъекций.

Медицинскими противопоказаниями (ограничениями) к ботулинотерапии являются: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата (доказанная аллергия на белки); синдромы патологической мышечной утомляемости (миастения, миастенические и миастеноподобные синдромы); лечение антибиотиками-аминогликазидами за 1 неделю до и 2 недели после инъекции; нарушение свертываемости крови; беременность; кормление грудью; острое заболевание и стадия обострения хронических заболеваний; локальный воспалительный процесс в месте инъекции.

Я, врач (Ф.И.О., должность) {{ ФИО\_врача\_полностью }}, врач-невролог

проинформировал о методе лечения препаратом {{ препарат\_БТА }} имеющегося у пациента

заболевания (синдрома) {{ МКБ }} - {{ МКБ10\_расшифровка }}

Я (пациент) проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью локальных инъекций ботулинического нейропротеина типа А, я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) проведение лечения.

{{ дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп }} /{{ ФИО\_пациента }}/

Подпись пациента расшифровка подписи

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

Подпись врача расшифровка подписи

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

{{ нмпп\_дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп\_ФИО\_врача }}

Подпись расшифровка подписи

{{ нмпп\_дата\_поступления }} ٧ {{ нмпп\_зав\_отделением }}

Подпись расшифровка подписи

**{{ 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 }}