



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)



П Р И К А З

5 августа 2022 г.

№

530H

Москва

**Об утверждении
унифицированных форм медицинской документации,
используемых в медицинских организациях, оказывающих
медицинскую помощь в стационарных условиях,
в условиях дневного стационара и порядков их ведения**

В соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2021 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2017, № 31, ст. 4791) подпунктом 5.2.199 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2017, № 52, ст. 8131), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

учетную форму № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

учетную форму № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

учетную форму № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую

помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

учетную форму № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

учетную форму № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 9 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 10 к настоящему приказу;

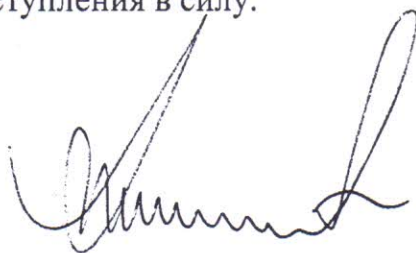
учетную форму № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 11 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 12 к настоящему приказу.

2. Медицинские организации в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, применяют учетные формы и порядки их ведения, утвержденные настоящим приказом, с 1 марта 2025 г.

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2023 г. и действует 6 лет со дня его вступления в силу.

Министр



М.А. Мурашко

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 20 22 г. № 530н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма № 003/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от « 5 » августа 20 22 г. № 530н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА,
ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**
№ _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: _____
Дата рождения: « ____ » _____ 20__ г. Пол: мужской – 1, женский – 2

Поступил в стационар - 1, в дневной стационар – 2 (указать): _____
Дата и время поступления: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.
Поступил через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, отравления.
Направлен в стационар (дневной стационар): поликлиникой - 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи – 2,
полицией – 3, обратился самостоятельно – 4, другое – 5 (указать) _____
Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя,
осуществляющего медицинскую деятельность), направившей пациента: _____

Номер и дата направления: _____ от « ____ » _____ 20__ г.
Поступил в стационар (дневной стационар) для оказания медицинской помощи в текущем году: по поводу основного заболевания,
указанного в диагнозе при поступлении: первично – 1, повторно – 2.
Форма оказания медицинской помощи: плановая – 1, экстренная – 2.
Наименование отделения: _____ профиль коек _____ палата № _____
Переведен в отделение: _____ профиль коек _____ палата № _____
Дата и время перевода: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Выписан: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.
Количество дней нахождения в медицинской организации: _____

Диагноз при направлении: _____ код по МКБ _____

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении): _____
Дата и время установления диагноза при поступлении: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.
Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

В анамнезе: туберкулез _____ ВИЧ-инфекция _____ вирусные гепатиты _____ сифилис _____ COVID-19 _____
Осмотр на педикулез, чесотку: да – 1, нет – 2, результат осмотра: _____
Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа
и вида аллергической реакции: _____

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (год, осложнения, реакции): _____

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____
иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР
ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ**

« ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Жалобы: _____

Особенности анамнеза: _____

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

наличие (отсутствие) обструктивного сонного апноэ: _____

Физикальное исследование: _____

состояние вен конечностей: _____

наличие зубных протезов: _____

Результаты медицинского обследования:

группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

интерпретация электрокардиографических данных _____

_____ дата проведения _____

Дополнительные сведения: _____

Планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Премедикация: _____

(наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения)

Мониторинг жизненно-важных функций организма: _____

Заключение: _____

Оценка операционно-анестезиологического риска: _____

Прогностическая оценка трудности интубации: _____

Рекомендации: _____

(дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов)

Назначения: _____

Врач-анестезиолог-реаниматолог:
фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20 ____ г.

Дата и время начала оперативного вмешательства (операции): « ____ » _____ 20 ____ г. ____ час. ____ мин.

Дата и время окончания оперативного вмешательства (операции): « ____ » _____ 20 ____ г. ____ час. ____ мин.

Продолжительность оперативного вмешательства (операции): ____ час. ____ мин.

Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Код согласно номенклатуре медицинских услуг: _____

Диагноз до оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, лекарственная форма, дозировка, способ введения):

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Степень риска оперативного вмешательства (операции): _____

План оперативного вмешательства (операции): _____

Описание оперативного вмешательства (операции): _____

Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): _____

Использование медицинских изделий (оборудования) (эндоскопическое, лазерное, криогенное, рентгеновское, иное): _____

Подсчёт операционного материала: инструменты _____ салфетки _____

Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл. _____

Вид анестезиологического пособия: _____

Диагноз после оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Имплантированные медицинские изделия: _____

Назначения: _____

Операционный материал, взятый для проведения морфологического исследования: _____

Операционный материал направлен: _____

Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (операции) (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись):

состав оперирующей бригады:

оперирующий врач _____

ассистирующий врач _____

операционная медицинская сестра _____

состав бригады анестезиологии-реанимации:

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Масса тела _____ кг, рост _____ см.

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Сведения об оперативном вмешательстве (операции):

Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Длительность: операции: часов _____ минут _____; анестезиологического пособия: часов _____ минут _____.

Операция: плановая – 1, экстренная – 2. Положение на операционном столе: _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения): _____

Операционно-анестезиологический риск: _____

Мониторинг жизненно-важных функций организма:

(сердечный ритм, артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, термометрия, SpO₂)

Способ проведения анестезиологического пособия: _____

Вводный наркоз (используемые препараты, режим дозирования): _____

Путь введения анестетика: _____

(особенности проведения анестезиологического пособия)

Интубация: _____

(в том числе с использованием эндоскопического оборудования): назотрахеальная, оротрахеальная, трахеостомическая, иное)

Интубационная трубка номер: _____

Газовый состав дыхательной смеси:

O₂, литров в минуту _____; N₂O, литров в минуту _____; испаряемый анестетик (название) _____, об. % _____.

Наркозный аппарат (производитель, марка): _____

Параметры искусственной вентиляции легких (ИВЛ):

дыхательный объем (ДО), мл. _____;

минутный объем дыхания (МОД), л/мин. _____;

пиковое давление, см. водного столба _____;

особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (указать параметры): _____

Базовый период наркоза: _____

Пробуждение: _____

(на операционном столе; в палате пробуждения; в отделении анестезиологии - реанимации)

Особенности пробуждения: _____

Оценка по шкале пробуждения: _____

Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме: _____

Декураризация (не проводилась, проводилась): _____

Переведен: _____

Дата, время перевода: « _____ » _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Нуждается в продленной респираторной поддержке: _____

Гидробаланс (по состоянию пациента): кровопотеря _____ мл.; гемотранфузия _____ мл.;

коллоиды _____ мл.; кристаллоиды _____ мл.; диурез _____ мл.

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись _____

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

врач-специалист, принявший пациента после проведенного анестезиологического пособия _____

ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Параметры	Дата, время											
КРОВЬ												
гемоглобин												
гематокрит												
эритроциты												
лейкоциты												
тромбоциты												
K ⁺												
Na ⁺												
Cl ⁻												
железо												
глюкоза												
осмолярность												
Анализ крови на свертываемость, секунд (минут)												
Протромбиновое время (секунд)												
Активированное частичное тромбопластиновое время (секунд)												
КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ (КОС)												
источник – артерия (а), вена (в), капилляр (к)												
pH												
PO ₂												
PCO ₂												
BE												
МОЧА												
суточное количество												
удельный вес												
pH												
Na ⁺												
K ⁺												
Cl ⁻												
мочевина												
белок												
осмолярность												
креатинин												

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

Оценка уровня сознания по шкале Глазго										
Оценка степени тяжести состояния										
Введено:										
внутривенно капельно:										
внутривенно болюсно:										
принято внутрь:										
Гидробаланс										

По параметрам: частота дыхательных движений (ЧДД), артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) - осуществляется отметка значения, в виде графической метки в промежутке времени регистрируемого параметра.

Дополнительная информация (при наличии)

 Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись
 врач-анестезиолог-реаниматолог _____
 медицинская сестра-анестезист _____

ВЫПИСНОЙ (ПЕРЕВОДНОЙ) ЭПИКРИЗ

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), ОГРН (ОГРНИП): _____

Наименование отделения (структурного подразделения): _____

Номер медицинской карты _____

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: _____ Пол: _____

Регистрация по месту жительства:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Поступил: в стационар - 1, в дневной стационар - 2

Период нахождения в стационаре, дневном стационаре: с «____» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин. по «____» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации: _____

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

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

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1, экстренная - 2 (указать) _____

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации: _____

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Состояние при поступлении:

Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация:
Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии:

Результаты медицинского обследования:

Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания:

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов:

Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об анестезиологическом пособии:

Медицинские вмешательства:

Дополнительные сведения:

Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности:

Рекомендации:

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись
лечащий врач _____

заведующий отделением _____

« ____ » _____ 20 ____ г. ____ час. ____ мин.