

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Кафедра поликлинической терапии

Е.В. ЯКОВЛЕВА, Р.В. ХУРСА

**ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ  
ВРАЧА АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ**  
Учебно-методическое пособие

Минск 2021

УДК 616– 08 – 039.57(075.8)

ББК 53.4 я 73

Я-47

Утверждено Научно-методическим советом университета  
в качестве учебно-методического пособия ..... 2021,  
протокол № ...

Р е ц е н з е н т ы: зав. кафедрой общей врачебной практики с курсом гериатрии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доцент, к.м.н. Патеюк И.В.; доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики с курсом ФПКиП учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», доцент, к.м.н. Бакалец Н.Ф.

Яковлева Е.В.

Я 47 Оформление медицинской документации врача амбулаторной практики: учеб.-метод. пособие, 2-е издание, переработанное /Е.В. Яковлева, Р.В. Хурса. – Мн.: БГМУ, 2021.-- с.

Содержатся указания по оформлению основной медицинской документации врача амбулаторной практики.

Предназначено для студентов IV-VI курсов лечебных факультетов медицинских университетов, врачей-интернов.

УДК 616– 08 – 039.57(075.8)

ББК 53.4 я 73

© Е.В. Яковлева, 2021

© Белорусский государственный  
медицинский университет, 2021

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АД – артериальное давление

БССР – Белорусская Советская Социалистическая Республика

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВКК – врачебно-консультационная комиссия

ВОП – врач общей практики

ВН – временная нетрудоспособность

ИМТ – индекс массы тела

ЛН – листок нетрудоспособности

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра

МРЭК – медико-реабилитационная экспертная комиссия

МСЭ – медико-социальная экспертиза

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

СССР – Союз Советских Социалистических Республик

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦГиЭ – центр гигиены и эпидемиологии

ЧАЭС – Чернобыльская атомная электростанция

ЧД – частота дыхания

ЭКГ – электрокардиограмма

ЧСС – частота сердечных сокращений

## **ВВЕДЕНИЕ**

Качественная и доступная медицинская помощь – важнейшее направление развития системы здравоохранения Республики Беларусь, ключевая роль в которой принадлежит первичной медицинской помощи, оказываемой преимущественно в амбулаторных условиях. Основными фигурами в системе первичной медицинской помощи в Республике Беларусь являются врач общей практики (ВОП) и врач терапевт участковый.

Ведение медицинской документации – неотъемлемая часть практической деятельности врачей всех специальностей, работающих в амбулаторных условиях, позволяющая мониторить состояние здоровья пациентов, обеспечивающая преемственность и контроль качества работы медицинского персонала, формирование статистики на всех уровнях системы здравоохранения и др.

Медицинская документация включает в себя широкий спектр документов учетного и отчетного характера, среди которых есть утвержденные формы документов, и есть документация произвольной формы.

Документ утвержденной формы имеет обязательный характер для использования во всех учреждениях здравоохранения Республики Беларусь, причем утверждается его содержание (графы), а бланки печатают сами учреждения.

Примером документов неутвержденной формы являются различные бланки: направления на исследования, на консультации, на госпитализацию, в процедурный кабинет для оказания неотложной помощи, цель которых оперативно обеспечить текущую работу врача.

Развитие информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении и уровень оснащения компьютерами учреждений здравоохранения позволяют перейти к ведению медицинской документации в электронном виде с обеспечением сохранения врачебной тайны. В частности, в ряде учреждений здравоохранения успешно внедрены автоматизированные информационные системы «Электронный рецепт» и «Электронная медицинская карта» и др. Однако, неоспоримые преимущества электронного документооборота по сравнению с бумажным – экономия времени врача, унифицированный и аккуратный («читабельный») вид документов, экономия бумаги – требуют жесткого соблюдения правил оформления медицинской документации, как врачами, так и средним медицинским персоналом, являющимся первым помощником врача амбулаторной практики.

Практические навыки по оформлению медицинской документации, их формирование и закрепление – одно из основных направлений учебного процесса на кафедре поликлинической терапии.

## **ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ВРАЧА АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ (УТВЕРЖДЕННЫЕ ФОРМЫ)**

Документы утвержденной формы, как отмечено выше, являются едиными для всех учреждений здравоохранения Республики Беларусь, имеют свое название и, как правило, номер. Они обычно утверждаются постановлениями и приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь и/или Совета Министров.

Основные утвержденные формы медицинской документации, наиболее часто используемые в амбулаторной терапевтической практике:

- «Паспорт терапевтического участка» (утверждается на уровне Управлений и Комитетов здравоохранения горисполкомов и облисполкомов);
- «Талон на прием к врачу» (форма № 025-1/у-07);
- «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (форма № 025-2/у);
- «Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07);
- «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у-07);
- «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививок» (форма № 058/у);
- «Медицинская справка о состоянии здоровья» (форма 1 здр/у-10);
- «Выписка из медицинских документов» (форма 1 мед/у-10);
- «Карта учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет» (форма 131/у-ДВ);
- «Карта учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет» (форма 131/у-ДР);

- «Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом» (форма, утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 12.08.2016г., № 96);
- «Листок нетрудоспособности» (бланк строгой отчетности) и «Справка о временной нетрудоспособности»;
- «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма № 2-мсэ/у-09);
- «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» (форма 106/у-10).
- «Рецепт врача» (формы бланков утверждены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 31 октября 2007 г., № 99 в редакции Постановления МЗ РБ № 60 от 17.06.2019);

Среди документов произвольной формы наиболее используемыми являются направления на госпитализацию, консультацию, обследование.

### **ПАСПОРТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА**

«Паспорт терапевтического участка» на протяжении многих десятилетий использовался в амбулаторных учреждениях врачами терапевтических участков как документ *неутвержденной формы*, содержащий необходимую в работе информацию об участке: план его территории и наличие производственных объектов на ней, количество населения и его отдельные контингенты, списки инвалидов и др. Затем протоколом рабочего совещания Министерства здравоохранения Республики Беларусь по вопросам улучшения организации амбулаторно-поликлинической помощи населению от 17.10.2010 была утверждена и внедрена форма «Паспорт терапевтического участка». Содержание данной формы имело достаточно схематичный, общий характер, и предполагало карту участка и информацию о его территории; таблицу переписи населения; количество лиц, имеющих инвалидность и их списки по каждой категории; списки ветеранов и инвалидов Великой отечественной войны и лиц, приравненных к ним по льготам; количество и списки лиц, со-

стоящих на диспансерном учете по группам ДІ-ІІІ как у терапевта, так и у врачей-специалистов; количество и списки лиц отдельных категорий; оперативную информацию о числе случаев смерти.

В последующие годы содержание «Паспорт терапевтического участка» конкретизировалось, дополнялось и уточнялось локальными нормативными актами.

Таким образом, форма «Паспорт терапевтического участка» не является единой для амбулаторно-поликлинических учреждений Республики Беларусь. Она утверждается на уровне Управлений и Комитетов здравоохранения горисполкомов и облисполкомов. В частности, на основании приказа Комитета по здравоохранению Мингорисполкома «Об утверждении примерной формы паспорта участка в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Минска» от 26.09.2017 № 625 «Паспорт терапевтического участка» имеет следующую структуру:

Раздел «Общая характеристика участка»

1. Карта участка
2. Информация по территории участка:
  - улицы (переулки), номера домов, этажность домов, наличие домов и входящих кодов;
  - транспортное сообщение;
  - примерное время прибытия на терапевтический участок;
  - протяженность участка (км);
  - предприятия и другие объекты, находящиеся в зоне территориального участка;
  - врач общей практики/участковый врач-терапевт (фамилия, инициалы);
  - помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи (фамилия, инициалы)
  - медицинская сестра общей практики/ участковая медицинская сестра (фамилия, инициалы).

3. Таблица переписи населения по участку (обновляется 1 раз в полгода)

Раздел «Контингенты обслуживаемого населения»

4. Количество лиц, имеющих группу инвалидности по участку (таблица).

5. Инвалиды 1 группы (списки).

6. Инвалиды 2 группы (списки).

7. Инвалиды 3 группы (списки).

8. Ветераны Великой Отечественной войны, лица, пострадавшие от последствий войн (таблица, списочный состав).

9. Отдельные категории граждан (таблица):

9.1. Одинокое граждане (списки).

9.2. Лица, прибывшие из учреждений уголовно-исправительной системы и лечебно-трудовых профилакториев (списки).

9.3. Часто и длительно болеющие пациенты (списки).

9.4. Лица, пострадавшие от аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) (списки).

9.5. Обязанные лица (списки).

9.6. Родители детей, находящихся в социально-опасном положении (списки).

9.7. Длительно не работающие (списки).

9.8. Прикрепленные лица (списки).

9.9. Мигранты (списки).

9.10. Пациенты, перенесшие туберкулез, пациенты, находящиеся на контролируемом лечении (списки).

9.11. Нетранспортабельные лица (списки).

9.12. Недееспособные граждане (списки)

9.13. Ограниченно дееспособные граждане (списки).

10. Студенты (списки).

11. Лица, страдающие заболеваниями, включенными в перечень согласно Постановлению Совета Министров Республики Беларусь № 1650 (таблица контингентов по нозологиям, списки).

Раздел «Диспансеризация населения участка»

12. Итоги диспансеризации по терапевтическому участку в разрезе групп Д I, Д II, Д III.

13. Списки лиц диспансерных групп Д I и Д II на начало года с датой последнего осмотра.

14. Списки лиц, 2 года и более не посещавших поликлинику.

15. Структура диспансерной группы у врача-терапевта (таблица), списки в разрезе нозологий с памяткой о плане наблюдения.

16. Списки лиц, состоящих на диспансерном учете у врачей специалистов поликлиники и других учреждений здравоохранения города.

17. Кардиологический паспорт участка по группам пациентов с болезнями системы кровообращения, нуждающихся в постоянном наблюдении (индивидуальный план наблюдения обязателен).

18. Списки лиц, подлежащих высокотехнологическим вмешательствам.

19. Списки пациентов с предопухолевыми заболеваниями (с планом обследований).

20. Списки пациентов с онкологическими заболеваниями 3 клинической группы.

21. Списки пациентов с онкологическими заболеваниями 4 клинической группы с отметкой об опеке хосписа.

22. Списки пациентов с неблагоприятным прогнозом исхода заболевания (ежемесячные).

23. Оперативная информация по смертности (анализ с выводами и предложениями, предоставляется еженедельно заведующему отделением).

Правильное оформление и регулярное ведение паспорта терапевтического участка, осуществляется медицинской сестрой под контролем врача

общей практики/участкового врача-терапевта и позволяет планировать и эффективно осуществлять различные виды деятельности, прежде всего, профилактическую, как основную парадигму амбулаторной медицины.

### **ТАЛОН НА ПРИЕМ К ВРАЧУ**

Для регуляции потока пациентов в поликлинике практикуется предварительная выдача через регистратуру «Талона на прием к врачу» (утвержденная форма № 025-1/у-07) с указанием в нем номера очереди, даты и времени приема, фамилии пациента, фамилии врача и номера кабинета (ПРИЛОЖЕНИЕ 1). Прием экстренных пациентов ведется вне очереди независимо от наличия у них талона.

### **ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ, ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ ВРАЧОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

«Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07) позволяет на основании ежедневного учета выполненной работы, как на амбулаторном приеме, так и на дому проводить анализ количественных показателей, отражающих объем, спектр и эффективность профессиональной деятельности врача (ПРИЛОЖЕНИЕ 2). Эта форма ведется врачами всех специальностей, а не только терапевтами (ее заполнение возлагается на медсестру под контролем врача). В ведомости указывается наименование организации здравоохранения, дата заполнения, Ф.И.О. и должность врача и заполняются на каждое посещение следующие 15 граф:

- 1 – порядковый номер;
- 2 – адрес по месту жительства пациента;
- 3 – фамилия и инициалы пациента;
- 4 – дата рождения (число, месяц, год);
- 5 – место обслуживания (на дому, в поликлинике);
- 6 – цель обращения;

- 7 – форма обслуживания;
- 8 – случай обращения в году;
- 9 – диагноз;
- 10 – код по Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ 10);
- 11 – характер заболевания;
- 12 – закончен случай;
- 13 – артериальное давление (АД);
- 14 – вид травмы, обстоятельства;
- 15 – зона обслуживания.

По содержанию граф 6, 8, 11 и 12 ведется подсчет общей и первичной заболеваемости. Заболевание регистрируется только при законченном случае заболевания. Законченным считается случай, когда цель обращения достигнута: пациент полностью обследован, получил необходимые консультации, рекомендации, необходимую коррекцию в лечении и может самостоятельно его продолжать, наступило выздоровление, улучшение, ремиссия или смерть.

Обращение по поводу острого заболевания несколько раз в течение календарного года всегда расценивается как первичное.

## **СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ**

«Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (форма № 025-2/у) предназначен для учета всей заболеваемости в районе обслуживания учреждения здравоохранения, в городе, области и в стране в целом (ПРИЛОЖЕНИЕ 3). Эта форма использовалась на протяжении очень многих лет, однако с введением «Ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07), дублирующей ее содержание, и компьютеризацией учреждений здравоохранения она практически утратила свое значение, хотя пока не аннулирована.

Статистический талон заполняется на все случаи острых заболеваний и травм, причем всегда со знаком «+» (пункт 6 данного документа), и на хронические заболевания. При этом статистический талон заполняется только один раз в год: знак «+» ставится при впервые в жизни установленном диагнозе, а знак «-» во всех остальных случаях. Такая же информация о законченных случаях обращения в учреждение здравоохранения дублируется в листе для записи уточненных диагнозов «Медицинской карты амбулаторного больного» (форма № 025/у-07), см. ниже. «Статистический талон...» и «Ведомость учета посещений...» ежедневно представляются в кабинет статистики учреждения здравоохранения.

### **МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО**

«Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у-07) – главный медицинский документ врача амбулаторной практики, в котором отражается состояние и динамика здоровья человека на протяжении длительного периода времени. Это позволяет получить целостное представление о пациенте и принимать адекватные медицинские решения врачам различных специальностей, пользующихся данным пациентом в течение жизни. Ответственность за правильность оформления и ведения данного документа возлагается на врачей амбулаторной практики и, в первую очередь, на врача общей практики/участкового врача-терапевта.

Медицинская карта амбулаторного больного (ПРИЛОЖЕНИЕ 4) заполняется на каждого пациента при первом обращении за получением медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях, и является собственностью медицинской организации. Хранение медицинской карты осуществляется в регистратуре, передача ее на руки пациентам запрещена, а информация, содержащаяся в ней, является конфиденциальной.

«Медицинская карта амбулаторного больного» имеет следующую структуру:

- паспортная часть;

- лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов;
- лист профилактических осмотров с данными опроса и осмотра;
- карта учета профилактических прививок;
- данные о профилактических гинекологических осмотрах для женщин;
- лист учета временной нетрудоспособности;
- лист учета рентгенологических обследований;
- данные анамнеза и дополнения к анамнезу;
- листы для записи врачебных осмотров.

Результаты лабораторных (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови и т.д.) и инструментальных исследований (электрокардиограмма (ЭКГ), спирограмма, ультразвуковое исследование (УЗИ) и т.д.), заключения специалистов консультативных поликлиник и диагностических центров, эпикризы из стационаров вклеиваются в конце медицинской карты амбулаторного больного или на месте врачебных записей.

**Паспортная часть** заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью. Фамилия, имя, отчество пациента, его пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Республике Беларусь заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность (паспорт). При отсутствии у пациента постоянного места жительства в Республике Беларусь указывается адрес регистрации по месту пребывания на основании представленного документа. Номера телефонов (домашнего, мобильного и рабочего), место работы (наименование и характер производства), профессия, должность записываются со слов пациента. На медицинских картах одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста записываются координаты ближайших родственников, знакомых или закрепленных за ними сотрудников отдела по социальной помощи гражданам.

На этом листе делаются отметки, важные для врачей всех специальностей: наличие аллергии на лекарственные препараты, о перенесенном вирусном гепатите, об отношении пациента к льготной категории граждан (инвалид Великой Отечественной войны, инвалиды I, II групп, и т.д.) с указанием номера документа, удостоверяющего льготу, а также группа диспансерного наблюдения.

**Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов** содержит сведения о дате обращения (число, месяц, год), кратком заключительном (уточненном) диагнозе (впервые установленный диагноз, острые заболевания и травмы отмечаются знаком «+», все остальные – «-»), которые удостоверяются разборчивой подписью врача. Информация, занесенная в этот лист, позволяет врачу сразу узнать о патологии, с которой обращался пациент.

**Лист профилактических осмотров и данных осмотра** заполняется по результатам опроса пациента (одна часть) и после личного осмотра пациента врачом (другая часть) с указанием даты осмотра (в идеале – не реже одного раза в год, или при каждом прохождении диспансеризации, если пациент здоров). Этот раздел позволяет врачу контролировать систематичность (регулярность) прохождения пациентом профилактически осмотров и не терять настороженность, прежде всего, в плане раннего выявления онкологических заболеваний.

**Лист учета профилактических прививок и гинекологических осмотров (для женщин).** В карту учета профилактических прививок заносится информация о прививках против столбняка и дифтерии: дата проведения вакцинаций и ревакцинаций, доза и наименование препарата, его серия, а также местная и общая реакция на препарат (если таковая была). Отметку в амбулаторной карте делает медсестра прививочного кабинета, а в случае реакции на прививку – лечащий врач.

Для женщин в этом листе делаются отметки смотрового или гинекологического кабинета: дата профилактического осмотра, диагноз, результаты цитологического исследования, подпись врача или акушерки.

**Лист учета временной нетрудоспособности** служит для регистрации всех случаев временной нетрудоспособности (ВН) пациента (дата выдачи и дата закрытия листка нетрудоспособности (ЛН), диагноз)-с подсчетом количества дней нетрудоспособности по каждому случаю.

Внесение информации о ВН в самостоятельный раздел, несмотря на то, что выдача ЛН обязательно отражается в записи врачебного осмотра, позволяет врачу быстро ориентироваться в частоте и длительности ВН у пациента, облегчает оформление направления на МСЭ (при необходимости) и составление периодических отчетов по ВН.

**Лист учета рентгенологических исследований** содержит информацию о лучевой нагрузке, получаемой при всех видах рентгенологических исследований, проводимых пациенту (дата и вид исследования, доза рентгенологического облучения, подпись врача). Это необходимо для решения вопроса о кратности и возможности повторных рентгенологических исследований, с учетом полученной пациентом дозы облучения, и данный раздел заполняется в рентгенологическом кабинете.

**Данные анамнеза и дополнения к анамнезу.** Приводятся сведения со слов пациента об имеющихся и перенесенных заболеваниях и операциях, о наследственности и имевшихся аллергических реакциях, об имеющихся факторах риска (курение, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональные нагрузки, гиперхолестеринемия, гиподинамия и др.), о профессиональном анамнезе (вредные и опасные условия труда), а также краткая информация об основном заболевании или заболеваниях (имеются в виду хронические заболевания, требующие постоянного наблюдения и лечения): с какого времени считает себя больным, вероятная причина болезни, частота обострений и факторы их обусловившие, проводимое лечение и его эффективность, частота госпитализаций и санаторно-курортного лечения, состоит ли на

диспансерном учете и с какого времени. Этот лист заполняется и подписывается лечащим врачом с указанием даты сбора анамнеза (обычно при первом обращении в это учреждение здравоохранения).

Раздел «Дополнения к анамнезу» заполняется в случае появления с течением времени новых данных о пациенте и вновь открывшихся обстоятельств: аллергических реакций, изменения условий труда и быта, факты лечения в других учреждениях здравоохранения, и др. Обязательно отмечается дата внесения дополнения.

**Листы для записи врачебных осмотров («дневники»).** Количество листов для записи врачебных осмотров, так называемых дневников, зависит от частоты обращений, длительности каждого случая заболевания и т.д., поэтому неодинаково у разных пациентов. В этот раздел медицинской карты делают записи врачи всех специальностей, поэтому структура врачебной записи предполагает, прежде всего, указание даты обращения (число, месяц, обязательно – год), название специальности врача, проводящего осмотр, вида осмотра (амбулаторный или на дому), первичный или повторный. Затем – описание жалоб пациента, сначала главных, потом – второстепенных. Жалобы, излагаемые пациентом в произвольном порядке и часто – бессистемно, записываются врачом в логической последовательности симптомов. Особо значимые симптомы детализируются. Т.е. вначале врач должен выслушать пациента и уточнить детали, и лишь потом записывать. Приводятся сведения о длительности заболевания, его связи с какими-либо факторами, о проводившемся лечении (указываются медикаментозные препараты, «народные» средства и т.д.) и его эффективности.

Объективное исследование пациента проводится в соответствии со схемой, предусмотренной пропедевтикой внутренних болезней, однако в амбулаторных условиях излагается кратко. Указываются результаты объективного исследования с подробным описанием патологических изменений и состояния тех органов и систем, которые имеют отношение к диагнозу. Обязательно измеряется температура, частота сердечных сокращений

(ЧСС), АД, частота дыхания (ЧД), рост и масса тела, определяется индекс массы тела (ИМТ). Исходя из анамнеза заболевания и данных осмотра, формулируется диагноз согласно действующим классификациям. При необходимости указывается план лабораторных и инструментальных исследований. Отмечаются назначенные лечебные мероприятия: рекомендации по режиму, питанию, по медикаментозному лечению (препараты с указанием дозы и кратности приема) и немедикаментозные методы (фитотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура и др.). При необходимости выдачи ЛН, в конце записи указываются его номер, дату выдачи и дату следующей явки для осмотра (при котором ЛН может быть закрыт или продлен, о чем также делается запись). Запись врачебного осмотра подтверждается личной подписью врача.

### **НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, КОНСУЛЬТАЦИЮ, ОБСЛЕДОВАНИЕ**

В случае необходимости экстренной или плановой госпитализации, а также при направлении пациентов на консультацию в другое учреждение здравоохранения с целью консультации или обследования заполняется «Направление на госпитализацию, консультацию, обследование». Этот документ не является документом утвержденной формы, поэтому учреждения здравоохранения используют бланки неутвержденной формы (пример приведен в ПРИЛОЖЕНИИ 5).

Осуществление плановой госпитализации требует от врача общей практики/участкового врача-терапевта проведения определенной подготовительной работы. Пациент должен быть обследован (лабораторно, рентгенологически, инструментально) в необходимом для имеющегося заболевания объеме, обязательно осмотрен заведующим терапевтическим отделением и, если необходимо и врачами других специальностей. Дата госпитализации согласовывается по телефону заведующими отделениями поликлиники и стационара. После этого врач заполняет «Направление на госпитализацию», в

котором указывает диагноз, результаты выполненных исследований, проведенное амбулаторное лечение и его эффективность, длительность ВН по данному случаю на амбулаторном этапе, цель и дату госпитализации, при необходимости – анамнестические и физикальные данные. Направление подписывается врачом и заведующим терапевтическим отделением, заверяется печатью поликлиники и выдается пациенту на руки.

При необходимости экстренной госпитализации врач оформляет направление в соответствующее учреждение стационарного типа с указанием диагноза (даже предварительного), результатов исследований (если таковые проводились), указывает причину срочности госпитализации (тяжесть состояния, угроза осложнения и др.) и вид транспортировки – специализированными бригадами или бригадой перевозки службы «Скорой помощи». При направлении на экстренную госпитализацию из дома пациента не требуется подпись заведующего отделением, а само направление может быть оформлено на обычном листе бумаги.

### **ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ, ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ ПРИВИВОК**

«Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививок» (форма №058/у) заполняется с целью уведомления органов, осуществляющих санэпиднадзор о случаях подозрения или диагностики у амбулаторного пациента инфекционного заболевания, пищевого отравления или осложнения после прививок (ПРИЛОЖЕНИЕ б).

При подозрении на инфекционное заболевание или при явном инфекционном заболевании врач передает экстренное сообщение по телефону в территориальный центр гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ), где этот случай регистрируется в «Журнале учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки» (форма №060/у) под определенным номером, который сообщается врачу.

Бланк экстренного извещения должен быть доставлен в ЦГиЭ течение 12 часов. В нем указывается предполагаемый диагноз, паспортные данные пациента, даты заболевания и обращения, решение в отношении госпитализации или лечения его на дому, фамилия врача, дата и час первичной сигнализации в ЦГиЭ, регистрационный номер в ЦГиЭ.

После окончания случая инфекционного заболевания, когда диагноз подтвержден бактериологически и/или серологически, повторно заполняется экстренное извещение (форма № 058/у) с отметкой «о подтверждении диагноза», с указанием регистрационного номера (того самого, под которым зафиксировано начало данного случая) и отсылается в ЦГиЭ. Если диагноз инфекционного заболевания не подтвердился, то на отсылаемом извещении делается отметка «об изменении диагноза» и указывается заключительный диагноз. Это делает либо терапевт, либо, чаще, врач инфекционного кабинета, либо врач инфекционного стационара (при госпитализации пациента).

Показаниями для госпитализации при инфекционной патологии являются либо клиническая тяжесть состояния пациента, либо его эпидемиологическая опасность для окружающих (независимо от тяжести состояния).

## **МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

Медицинская справка о состоянии здоровья (форма 1 здр/у-10) выдается врачами территориальных учреждений здравоохранения (поликлиники), больничными организациями (стационары), а также специализированными учреждениями здравоохранения (психиатрический, наркологический диспансер).

Медицинская справка о состоянии здоровья является унифицированной формой медицинского документа (в том числе, в педиатрической и общей врачебной практике), содержание и объем информации в которой зависят от цели ее предоставления (ПРИЛОЖЕНИЕ 7). Заполняется она согласно графам этой формы (ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Независимо от цели предоставления в данный документ обязательно вносятся следующие сведения: фамилия, собственное имя, отчество гражданина, идентификационный номер, дата рождения, место жительства (место пребывания), цель и дата выдачи медицинской справки о состоянии здоровья, срок ее действия.

При заполнении (выдаче) медицинской справки о состоянии здоровья учитываются диспансерные осмотры, осмотры врачей-специалистов и (или) врачей общей практики, проведенные в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу, в котором оформляется медицинская справка о состоянии здоровья.

Пример заполнения основных граф медицинской справки о состоянии здоровья в зависимости от цели ее предоставления приведены в таблице 1.

Таблица 1- Информация по заполнению основных граф медицинской справки о состоянии здоровья (форма 1 здр/у-10)

<b>Вид информации</b>	<b>Пример записи «Заключение»</b>	<b>Срок действия документа</b>
Об инфицировании вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	<i>«Инфицирован (а) ВИЧ»</i>	
Об отсутствии заболеваний, включенных в перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья человека	<i>«Отсутствуют заболевания, включенные в перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья человека»</i>	1 месяц
О годности к работе с вредными и (или) опасными условиями труда и (или) на работах, где есть	<i>«Годен (Негоден) к работе (с указанием вредных и (или) опасных производственных факторов, вида</i>	До следующего обязательного периодического медицинского

<p>необходимость в профессиональном отборе</p> <p>В графе «Цель выдачи справки» одна из записей: «Проведение обязательно-го предварительного медицинского осмотра» или «Проведение внеочередного медицинского осмотра», а также – вредные и (или) опасные производственные факторы и (или) виды выполняемых работ согласно приложениям 1 и 3 к Инструкции о порядке проведения обязательных и внеочередных медицинских осмотров работающих</p>	<p><i>выполняемых работ)»</i></p> <p>или</p> <p><i>«Годен к работе (с указанием вредных и (или) опасных производственных факторов, вида выполняемых работ) и нуждается в проведении внеочередного медицинского осмотра»</i></p> <p>или</p> <p><i>«Годен (Негоден) к работе (с указанием вредных или и (или) опасных производственных факторов, вида выполняемых работ) и выявлено подозрение на хроническое профессиональное заболевание»</i></p>	<p>осмотра</p>
<p>Об отсутствии (наличие) заболеваний, препятствующих работе с государственными секретами.</p> <p>Освидетельствование комиссией: невролог (ВОП), психиатр-нарколог</p>	<p><i>«Отсутствуют (Имеются) заболевания, включенные в перечень заболеваний, препятствующих работе с государственными секретами»</i></p>	<p>5 лет</p>
<p>Об отсутствии (наличие) заболеваний и физических недостатков, при наличии которых противопоказано</p>	<p><i>«Отсутствуют (Имеются) заболевания и физические недостатки, включенные в перечень заболеваний</i></p>	<p>1 год</p>

<p>владение оружием.</p> <p>Освидетельствование комиссией: невролог (ВОП), оториноларинголог (ВОП), офтальмолог (ВОП), хирург (ортопед-травматолог, ВОП), психиатр-нарколог</p>	<p><i>и физических недостатков граждан, при наличии которых противопоказано владение оружием»</i></p>	
<p>О годности к управлению механическими транспортными средствами, колесными тракторами и самоходными машинами, моторными маломерными судами</p>	<p><i>«Годен (Негоден) к управлению мотоциклами (категория А)» (или указывается другой вид транспортного средства)</i></p>	<p>В соответствии со сроками обязательного медицинского переосвидетельствования водителя отдельно для каждой категории</p>
<p>О нуждаемости в санаторно-курортном лечении</p>	<p><i>«Формулировка диагноза. Нуждается в санаторно-курортном лечении»</i></p> <p>В графе «Рекомендации» – профиль рекомендуемого санаторно-курортного лечения.</p> <p>В графе «Дополнительные медицинские сведения» – информация о рентгенофлюорографическом обследовании.</p>	<p>6 месяцев</p>
<p>О состоянии здоровья кан-</p>	<p><i>«Отсутствуют (Имеют-</i></p>	<p>1 год</p>

<p>дидата в усыновители, приемные родители, родители-воспитатели детского дома семейного типа, детской деревни (городка), опекуны и попечители.</p> <p>Освидетельствование комиссией: терапевт (ВОП), невролог (ВОП), офтальмолог (ВОП), дерматовенеролог, оториноларинголог (ВОП), хирург (ортопед-травматолог, ВОП), психиатр-нарколог, акушер-гинеколог (для женщин).</p>	<p>ся) заболевания, включенные в перечни заболеваний, при наличии которых лица не могут быть усыновителями, приемными родителями, родителями-воспитателями детского дома семейного типа, детской деревни (городка), опекунами и попечителями</p>	
<p>О состоянии здоровья усыновляемого ребенка, ребенка, передаваемого опекуну (попечителю), родителю-воспитателю, на воспитание в приемную семью</p>	<p>Отражается общее заключение о состоянии здоровья ребенка, указывается без сокращений его физическое и нервно-психическое развитие</p>	<p>1 год</p>
<p>О состоянии здоровья для получения дошкольного образования и общего среднего образования, для приема в детское интернатное учреждение, для освоения содержания об-</p>	<p>Указываются сведения об имеющихся диагнозах, группе здоровья, сведения о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной</p>	<p>от 6 месяцев до 1 года</p>

<p>разовательной программы дополнительного образования детей и молодежи по спортивно-техническому, туристско-краеведческому, физкультурно-спортивному и военно-патриотическому профилям, по направлению деятельности «хореография» художественного профиля</p>	<p>физической культуры ребенка. При приеме ребенка в учреждение общего среднего образования указывается заключение о готовности ребенка к обучению в учреждении общего среднего образования</p>	
<p>О состоянии здоровья для поступления на обучение в кадетские училища, специализированный лицей Министерства внутренних дел или специализированный лицей Министерства по чрезвычайным ситуациям</p>	<p>Указываются: диагноз, группа здоровья, сведения о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры, решение о годности по состоянию здоровья к обучению в кадетском училище, специализированном лицее Министерства внутренних дел или специализированном лицее Министерства по чрезвычайным ситуациям.</p>	<p>3 месяца</p>
<p>О состоянии здоровья на ребенка, отъезжающего в оздоровительный, спор-</p>	<p>Указываются сведения об имеющихся диагнозах, группе здоровья, сведения</p>	<p>3 дня</p>

<p>тивно-оздоровительный лагерь</p>	<p>о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры ребенка.</p> <p>В графе «Рекомендации» – сведения по необходимому ребенку режиму, питанию, закаливанию.</p>	
<p>О состоянии здоровья для зачисления ребенка в лагерь труда и отдыха</p>	<p>Указываются сведения об имеющихся диагнозах и группе здоровья.</p> <p>В графу «Рекомендации» – информация о годности к работе или выполнению определенных видов работ, осуществляемых в период нахождения в лагере труда и отдыха.</p>	<p>6 месяцев</p>
<p>О состоянии здоровья ребенка, выезжающего на оздоровление за рубеж</p>	<p>Указывается диагноз основной и сопутствующий с указанием срока ремиссии, заключение о возможности выезда ребенка на оздоровление за рубеж, в том числе включения его в состав общей или специальной организованной группы</p>	<p>6 месяцев</p>

<p>О состоянии здоровья для абитуриентов, поступающих в учреждения высшего, среднего специального и профессионально-технического образования</p>	<p>Врачебное профессионально-консультативное заключение о допуске по состоянию здоровья к обучению по специальности (профессии) и сведения о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры</p>	<p>1 год</p>
<p>О состоянии здоровья для обучающихся в учреждениях высшего, среднего специального и профессионально-технического образования</p>	<p>Указываются сведения о группе диспансерного наблюдения (группе здоровья) и о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры.</p>	<p>1 год</p>
<p>О состоянии здоровья с предоставлением информации о болезнях, домашнем режиме, карантине, об отсутствии контакта с инфекционными больными ребенка, посещающего учреждения общего среднего образования или дошкольного образования</p>	<p>Указывается перенесенное заболевание ребенка, домашний режим, карантин и сроки их длительности; был ли ребенок в контакте с инфекционными больными по месту жительства и в организованном коллективе в течение 7 – 35 дней</p>	<p>3 дня</p>

О пребывании на стационарном лечении (для перерасчета платы за некоторые виды коммунальных услуг)	<i>«Пробывал(а) на стационарном лечении в (указывается больничная организация) с __ и по __»</i>	Без указания срока
О подтверждении отсутствия психиатрического и наркологического учета	<i>«Отсутствует (имеется) диспансерное наблюдение за пациентом врачом-психиатром-наркологом»</i>	3 месяца
О результатах лабораторного исследования биологических образцов для определения в них концентрации абсолютного этилового спирта, наличия наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ	Запись о результатах лабораторного исследования биологических образцов для определения в них концентрации абсолютного этилового спирта, наличия наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ.	Без указания срока
О результатах освидетельствования физического лица, в отношении которого ведется административный процесс, подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего на предмет выявления состояния алкогольного опьянения и (или) со-	<i>-«Отсутствует состояние алкогольного опьянения и (или) состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»;</i>	6 месяцев. В графе «Дополнительные медицинские сведения» указывается дата, время и место проведения освидетельствования.

<p>стояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ</p>	<p><i>-«Состояние алкогольного опьянения»;</i>  <i>-«Состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»;</i>  <i>-«Состояние алкогольного опьянения и состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»</i></p>	
<p>О состоянии здоровья, определяющим нуждаемость в санаторно-курортном лечении.</p>	<p>Сведения о диагнозе и решение о нуждаемости в санаторно-курортном лечении</p> <p>В графу «Дополнительные медицинские сведения...» вносится информация о рентгенофлюорографическом обследовании.</p> <p>В графе «Рекомендации» указывается профиль рекомендуемого санаторно-курортного лечения.</p>	<p>6 месяцев</p>

На обороте данной медицинской справки о состоянии здоровья в случаях ее выдачи лицам перед допуском к работе, при повышении квалификации и переподготовке физических лиц, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией продовольственного сырья, пищевых продуктов и питьевой воды, применением, хранением и транспортировкой средств защиты растений, обучением и воспитанием детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, делается отметка о прохождении гигиенического обучения и воспитания и оценке знаний по результатам гигиенического обучения и воспитания.

### **ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ**

Выписка из медицинских документов (форма 1 мед/у-10) оформляется в случаях:

- оформления ребенка в дом-интернат (для педиатрической и общей врачебной практики);
- для санаторно-курортного лечения;
- в иных ситуациях (оформление в дом-интернат для престарелых и инвалидов, в дом ребенка, для предоставления в медицинскую водительскую комиссию и прочее).

При выдаче выписки из медицинских документов (ПРИЛОЖЕНИЕ 8) *при оформлении ребенка в дом-интернат* в графе «Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)» указываются сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, хирургических операциях, аллергических реакциях.

В графу «Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, сведения о прививках и прочее)» вносятся:

- сведения из карты профилактических прививок ребенка с указанием вакцинаций и даты их проведения с рождения;

- результаты осмотров врачей (педиатра, хирурга, офтальмолога, отоларинголога, невролога, психиатра и других) с указанием диагноза и даты осмотра;
- результаты обследования (группа и резус-фактор крови, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ВИЧ-инфекцию, маркеры гепатитов В, С, RW, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на яйца гельминтов, дизентерию, сальмонеллез, данные дополнительных диагностических исследований) с указанием даты их проведения.

Заполняются графы «Диагноз основного заболевания» и «Диагноз сопутствующего заболевания».

При направлении пациента на санаторно-курортное лечение после приобретения им путевки также оформляется Выписка из медицинских документов (форма 1 мед/у-10), которая в настоящее время заменила санаторно-курортную карту, использовавшуюся для этой цели ранее.

В графе «Выписка дана для предоставления» указывается наименование санатория. В графу «Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)» вносятся сведения о перенесенных заболеваниях (за исключением информации об инфицировании ВИЧ), об аллергологическом анамнезе с указанием переносимости лекарственных средств. В графу «Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о профилактических прививках и прочее)» вносятся: результаты медицинских осмотров врачей-специалистов с указанием даты медицинского осмотра, диагноза или кода диагноза в соответствии с МКБ-10: терапевта (врача общей практики), гинеколога (при направлении на санаторно-курортное лечение женщин) и психиатра-нарколога (при наличии в анамнезе пациента психических расстройств (заболеваний)). При наличии сопутствующих заболеваний (неврологических, урологических, кожи, крови, глаз и других) вносятся результаты медицинского осмотра соответствующих врачей-специалистов или врача общей практики; результаты лабораторных и инструментальных методов исследований (с указанием даты проведения исследова-

дования): общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиограмма, рентгенофлюорографическое обследование органов грудной клетки и другие лечебные и иные медицинские вмешательства в соответствии с профилем санатория.

В графах «Диагноз основного заболевания» и «Диагноз сопутствующего заболевания» указывается клинико-функциональный диагноз в соответствии с профилем санатория. В графе «Проведенное лечение» указываются сведения о лечении пациента согласно установленным диагнозам.

Если дополнительные или обязательные медицинские сведения занимают большой объем, то при заполнении медицинской справки о состоянии здоровья и выписки из медицинских документов они могут располагаться на оборотной стороне этих документов с заверением подписью ответственного за выдачу данного документа должностного лица и печатью учреждения здравоохранения.

При выдаче медицинской справки о состоянии здоровья и выписки из медицинских документов *в иных целях* заполнение данных документов осуществляется в соответствии с требованиями нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

## **КАРТА УЧЕТА ПРОХОЖДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОМ**

Карта учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет (форма 131/у-ДВ) или карта учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет (форма 131/у-ДР) оформляются на каждого пациента соответствующего возраста при его обращении в учреждение здравоохранения (поликлиники, диспансеры) на бумажных бланках «мягкой» и «твердой» формы (ПРИЛОЖЕНИЯ 9, 10). Бланк «мягкой» формы клеивается в медицинскую карту амбулаторного больного, а бланк «твердой» формы (дублирующий) хранится в кабинете врача, что позволяет осуществлять оперативный контроль за диспансеризацией.

При заполнении карты учета прохождения диспансеризации могут быть использованы результаты медицинских осмотров и обследований (лабораторных и инструментальных), проведенных пациенту в течение календарного года до диспансеризации. Для проведения некоторых медицинских обследований по диспансеризации пациенты могут быть направлены в другие учреждения здравоохранения, имеющие соответствующие лечебно-диагностические возможности.

С учетом результатов проведенных исследований и с целью планирования профилактических и реабилитационных медицинских мероприятий лечащий врач, осуществляющий диспансерное динамическое наблюдение, определяет принадлежность пациента к одной из диспансерных групп (ДІ, ДІІ, ДІІІ).

## **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОМ**

Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом (новая форма утвержденная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 12 августа 2016 г., № 96) составляется врачом-специалистом в конце календарного года (ноябрь – декабрь) на следующий календарный год для каждого пациента, взятого на диспансерный учет (ПРИЛОЖЕНИЕ 11). В этом документе указываются планируемые и выполненные медицинские обследования с датами назначенного и проведенного медицинского вмешательства.

Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом составляется в двух экземплярах (один вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного, второй предоставляется пациенту), подписывается врачом-специалистом и пациентом либо его законным представителем, заверяется печатью врача.

## **ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (СПРАВКА о ВН)**

Листок нетрудоспособности относится к документам с определенной степенью защиты и оформляется согласно ПРИЛОЖЕНИЯ 12. Это основной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность и выполняющий ряд функций.

### **Порядок выдачи листков нетрудоспособности (справок о ВН)**

#### **Общие положения**

Листки нетрудоспособности (справки о ВН) выдаются и закрываются при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющий личность. В случае выдачи ЛН (справки о ВН) по основаниям, которые не могут быть установлены в ходе медицинского осмотра, медицинского освидетельствования и нуждаются в документальном подтверждении могут быть предоставлены медицинские документы (выписки из них), выданные в иностранном государстве, медицинская справка о состоянии здоровья, свидетельство о смерти, проездные документы, путевка на санаторно-курортное лечение, копия свидетельства о направлении на работу.

*Листки нетрудоспособности выдаются:*

1. лицам, работающим или осуществляющим иной вид деятельности, на которых распространяется государственное социальное страхование, а также обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
2. лицам, зарегистрированным в органах по труду, занятости и социальной защите местных исполнительных и распорядительных органов в качестве безработных, в период выполнения ими общественных работ;
3. женщинам в сроке наступления отпуска по беременности и родам из числа:
  - неработающих лиц, если срок отпуска по беременности и родам наступил у них в течение 30 календарных дней после прекращения трудового договора;
  - получающих профессионально-техническое, среднее специальное, высшее или послевузовское образование в дневной форме получения образования, а

также получивших такое образование – в течение двух месяцев после его получения;

- проходящих подготовку в резидентуре в очной форме;
- зарегистрированных в органах по труду, занятости и социальной защите в качестве безработных либо проходящих профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации или осваивающих содержание образовательной программы обучающих курсов по направлению этих органов;
- военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, Следственного комитета Республики Беларусь, Комитета государственной безопасности Республики Беларусь, Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям.

*Справки выдаются:*

1. лицам, зарегистрированным в органах по труду, занятости и социальной защите в качестве безработных (и не в период выполнения ими общественных работ), либо проходящим профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации или осваивающим содержание образовательной программы обучающих курсов по направлению этих органов;
2. военнослужащим, гражданам, проходящим альтернативную службу;
3. лицам, у которых ВН вследствие заболевания или травмы наступила в течение 30 календарных дней после прекращения трудового договора;
4. лицам, получающим общее среднее, профессионально-техническое, среднее специальное, высшее, послевузовское образование, проходящим подготовку в резидентуре, а также профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации или осваивающим содержание образовательной программы обучающих курсов (за исключением лиц, проходящих профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации или осваивающих содержание образовательной программы обучающих курсов по направлению организаций);

5. лицам, осуществляющим уход за больным ребенком в возрасте до 14 лет, при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях, если ребенок нуждается в уходе по истечении 14-дневного срока, удостоверенного ЛН;
6. лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы, при оказании медицинской помощи лицу, фактически осуществляющему уход за инвалидом I группы и невозможности им осуществлять данный уход
7. лицам, осуществляющим уход за больным ребенком, достигшим 14-летнего возраста, при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях, если ребенок по заключению врачебно-консультационной комиссии (ВКК) организации здравоохранения нуждается в уходе по истечении 7-дневного срока, удостоверенного ЛН;
8. лицам, осуществляющим уход за больным ребенком, достигшим 14-летнего возраста, в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, на период, в течение которого ребенок по заключению ВКК нуждается в уходе;
9. лицам, осуществляющим уход за ребенком в возрасте до 3 лет в случае смерти матери во время родов (в послеродовом периоде);
10. лицам, направленным на принудительное лечение по решению суда (кроме лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями));
11. лицам, у которых ВН наступила в периоды нахождения под арестом, в лечебно-трудовых профилакториях, проведения судебной медицинской экспертизы, судебно-психиатрической экспертизы, отстранения от работы в случаях, предусмотренных статьей 49 Трудового кодекса Республики Беларусь (кроме случаев отстранения от работы органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, лиц, являющихся бактерионосителями, в связи с проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий), а также временного отстранения работника от должности в соответствии со статьей 131 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь;

12. лицам, осуществляющим уход за ребенком в возрасте до 10 лет, посещающим учреждение дошкольного или общего среднего образования, в период проведения в указанном учреждении санитарно-противоэпидемических мероприятий;

13. лицам трудоспособного возраста, не работающим и не состоящим на учете в органах по труду, занятости и социальной защите в качестве безработных.

Листки нетрудоспособности (справки о ВН) выдаются и оформляются государственной организацией здравоохранения как по месту жительства (пребывания), работы (службы, учебы), так и независимо от них по результатам экспертизы временной нетрудоспособности, проведенной в установленном порядке.

В случае обращения пациента за медицинской помощью в организацию здравоохранения вне места жительства ЛН (справка о ВН) выдается с разрешения руководителя (заместителя руководителя) организации здравоохранения, председателя ВКК, а при их отсутствии – с разрешения лица, определенного приказом руководителя данной организации.

Право выдачи листков нетрудоспособности (справок о ВН) без разрешения руководителей, имеют государственные организации здравоохранения:

республиканские – лицам, проживающим на территории Республики Беларусь;

областные – лицам, проживающим на территории данной области;

районные – лицам, проживающим на территории данного района;

межрайонные – лицам, проживающим на территории соответствующих административно-территориальных единиц;

ведомственные – работникам соответствующих государственных органов или организаций, а также лицам, закрепленным в установленном порядке для получения медицинской помощи в указанных организациях здравоохранения.

В случае возникновения двух и более видов ВН, при которых могут быть выданы ЛН и справка, выдается ЛН.

Выдача, продление или закрытие ЛН (справки о ВН) в амбулаторных условиях осуществляются в последний день периода, указанного в позиции ЛН (справки о ВН) «Освобождение от работы (службы, учебы)», за исключением случаев проведения экспертизы временной нетрудоспособности ВКК или смерти пациента.

**В случае возникновения в период ВН нового случая временной нетрудоспособности в связи с травмой в быту или инфекцией, вызванной коронавирусом COVID-19, выдается новый ЛН (справка о ВН).**

Выдача листков нетрудоспособности и справок о ВН производится в количестве, необходимом для представления по каждому месту работы (службы, учебы).

**При несвоевременной явке пациента на прием к лечащему врачу дальнейшее оформление ЛН (справки о ВН) осуществляется со дня его фактической явки по результатам проведенной экспертизы временной нетрудоспособности с указанием вида и периода (даты) нарушения режима.**

В случае необходимости (например, получение денежного пособия) ЛН может быть закрыт до окончания случая ВН как при оказании помощи в амбулаторных, так и в стационарных условиях, с указанием в позиции «Заключение о трудоспособности» – «0» (продолжает болеть).

В случае смерти пациента в период временной нетрудоспособности ЛН (справка о ВН) оформляется по день его смерти включительно в соответствии с врачебным свидетельством о смерти или свидетельством о смерти, представленным лицом, обратившимся за ЛН (справкой о ВН), при предъявлении документа, удостоверяющего личность обратившегося.

**Существует 2 системы выдачи ЛН (справок о ВН):**

**- централизованная – в стационарах, в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и не осуществляющих медицинское обслуживание пациентов на дому. В этом случае**

регистрация ЛН (справок о ВН) в соответствующих журналах (журнал регистрации выданных ЛН и журнал регистрации выданных справок о временной нетрудоспособности) осуществляется *одновременно с их выдачей* временно нетрудоспособным лицам;

- нецентрализованная – в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и осуществляющих медицинское обслуживание пациентов на дому. *Регистрация ЛН (справок о ВН) осуществляется в соответствующем журнале после их выдачи* временно нетрудоспособным лицам.

### **Частные вопросы выдачи листков нетрудоспособности (справок о ВН)**

#### ***1. При заболевании и травме***

При оказании пациенту медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе в отделении дневного пребывания, ЛН (справка о ВН) выдается со дня установления ВН.

При стационарном лечении ЛН (справка о ВН) оформляется в день выписки пациента из стационара.

Срок ВН при заболевании (травме) определяется со дня установления ВН на весь ее период (до дня восстановления трудоспособности или по день установления инвалидности либо смерти пациента), но не более чем на 120 календарных дней непрерывной ВН, а в случае суммарной ВН по одному или разным заболеваниям (травмам) за последние 12 месяцев – не более чем на 150 календарных дней ВН (при заболевании туберкулезом – не более чем на 180 и 240 календарных дней соответственно). Именно эти сроки являются окончательными для представления пациента на МРЭК для проведения МСЭ.

Лечащий врач имеет право выдачи ЛН (справки о ВН) одновременно до 10 дней (врач общей практики, работающий в сельской местности один – до 14 дней). Как правило, с целью контроля эффективности проводимых ле-

чебных мероприятий, в пределах этого периода лечащие врачи выдают ЛН (справки о ВН) по частям.

Если по истечении 10 (14) дней пациент продолжает оставаться временно нетрудоспособным, то продление документа, удостоверяющего ВН осуществляется лечащим врачом совместно с заведующим отделением на максимальный общий срок до 30 календарных дней.

В дальнейшем продление срока ВН осуществляется по разрешению ВКК с обязательным планово-контрольным заседанием на 30, 60, 90 и 105 календарный день от начала случая ВН или от даты МСЭ в случае принятия решения МРЭК о продлении лечения пациента, а при заболевании туберкулезом – на 60, 90, 120, 150 и 165.

Если у пациента за последние 12 месяцев были повторные случаи одного или этиологически связанных (родственных) заболеваний, то планово-контрольное заседание ВКК проводится на 120 и 135 календарный день, а при заболевании туберкулезом – на 180, 210 и 225.

В дальнейшем лечащий врач оформляет «Направление на медико-социальную экспертизу». Экспертиза ВН проводится в день завершения МСЭ или на следующий день с определением срока ВН пациента в соответствии с решением МРЭК.

**2. В связи с уходом за больным членом семьи, уходом за ребенком в возрасте до 3 лет, ребенком –инвалидом в возрасте до 18 лет** ЛН (справка о ВН) выдается лицу, непосредственно осуществляющему уход. При необходимости по одному случаю заболевания, требующего ухода, ЛН (справка о ВН) может выдаваться попеременно разным лицам.

**а) уход за больным членом семьи, достигшем 14-летнего возраста, в том числе инвалидом II, III группы,** требуется при острых заболеваниях (травмах), кризовых состояниях, обострении (декомпенсации) хронических заболеваниях, если отсутствие ухода угрожает его здоровью.

ВН лица, осуществляющего уход за больным членом семьи, определяется со дня, когда указанное лицо нуждается в освобождении от работы

(службы, учебы) для осуществления ухода, но не ранее чем за 3 календарных дня до необходимой даты освобождения от работы на период нуждаемости в указанном уходе и подтверждается ЛН (справкой о ВН).

ЛН (справка о ВН) выдается по разрешению ВКК на срок до 7 календарных дней включительно по одному случаю острого заболевания (травмы), обострения хронического заболевания.

**б) уход за ребенком в возрасте до 3-х лет (ребенком –инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком (далее – матери).** ЛН (справка о ВН) выдается лечащим врачом матери любому лицу, которое по ее согласию фактически будет осуществлять уход за ребенком. ЛН (справка о ВН) выдается на весь период болезни матери либо до достижения ребенком в период болезни матери 3-х летнего возраста.

**3. В связи с протезированием** ЛН (справка о ВН) выдается в стационаре протезно-ортопедической организации по решению ВКК в день выписки пациента на весь период пребывания в ней, время проезда к месту протезирования и обратно.

**4. В связи с проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий** ЛН (справка о ВН) выдается врачом-инфекционистом, а при его отсутствии – лечащим врачом на весь период отстранения от работы.

Для лиц, осуществляющих уход за ребенком в возрасте до 10 лет, посещающим учреждение дошкольного или общего среднего образования, в период проведения в указанном учреждении санитарно-противоэпидемических мероприятий срок ВН определяется врачом-инфекционистом, а при его отсутствии - лечащим врачом ребенка и подтверждается справкой о ВН.

В связи с распространением инфекции COVID-19:

- срок ВН в связи с пребыванием в самоизоляции в отношении контактных лиц (первого и второго уровня) по инфекции COVID-19, определяется врачом-инфекционистом, лечащим врачом, лечащим врачом совместно с

заведующим отделением или руководителем (заместителем руководителя) организации здравоохранения или председателем ВКК на весь период пребывания в самоизоляции и подтверждается ЛН (справкой о ВН).

- для лиц, осуществляющих уход за ребенком в возрасте до 10 лет, посещающим учреждение дошкольного или общего среднего образования, если этот ребенок относится к контактам первого уровня с лицами, имеющими инфекцию COVID-19, или второго уровня с лицами, имеющими инфекцию COVID-19, при наличии одного или нескольких респираторных симптомов, в период пребывания ребенка в самоизоляции срок ВН определяется с учетом установленных законодательством сроков пребывания в самоизоляции врачом-инфекционистом, лечащим врачом, лечащим врачом совместно с заведующим отделением или руководителем (заместителем руководителя) организации здравоохранения или председателем ВКК и подтверждается ЛН (справкой о ВН).

#### **5. По беременности и родам**

ЛН по беременности и родам выдается женщинам в сроке 30 недель беременности на 126 календарных дней (в сроке 27 недель беременности – женщинам, постоянно (преимущественно) проживающим и (или) работающим, проходящим службу, обучающимся на территории радиоактивного загрязнения, на 146 календарных дней) и закрывается в организации здравоохранения, осуществляющей медицинское наблюдение, оказание медицинской помощи беременной женщине, в том числе в стационарных условиях, по результатам экспертизы временной нетрудоспособности.

В таком же порядке выдается ЛН по беременности и родам женщинам, которые находятся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет.

В случае возникновения у женщины осложнений беременности, родов и послеродового периода (согласно перечня) ей выдается по решению ВКК в организации здравоохранения, в которой оказывалась медицинская помощь,

ЛН на 14 календарных дней как продолжение ЛН, выданного в связи с беременностью и родами.

При родах, наступивших до 30 недель беременности (до 27 недель беременности у женщин...на территории радиоактивного загрязнения), ЛН по беременности и родам выдается со дня родов на 140 (160) календарных дней, в случае рождения мертвого ребенка – на 70 календарных дней в организации здравоохранения, в которой произошли роды, а при родах, произошедших вне организации здравоохранения, – в организации здравоохранения по месту жительства женщины.

Усыновителям (удочерителям), опекунам ребенка в возрасте до 3 месяцев ЛН выдается по решению ВКК организации здравоохранения, в которой родился ребенок, если новорожденный передается из стационара, в иных случаях – по решению ВКК организации здравоохранения по месту жительства усыновителя (удочерителя), опекуна.

### ***Порядок оформления листков нетрудоспособности***

Листки нетрудоспособности, прошитые в левом верхнем углу по 10 штук, хранятся в сейфе, выдаются врачу под роспись. Регистрация выданных ЛН и справок осуществляется в одноименных журналах.

Бланк ЛН состоит из двух частей: верхняя часть – контрольный талон к листку нетрудоспособности, нижняя – собственно листок нетрудоспособности, выдаваемый на руки пациенту. Контрольный талон оформляется одновременно с ЛН и окончательно заполняется организацией здравоохранения при закрытии ЛН.

Лицевая сторона ЛН оформляется организацией здравоохранения, а в случаях необходимости подтверждения периода фактического пребывания в санаторно-курортной организации или центре медико-социальной реабилитации также указанными организациями.

После оформления ЛН отрезается по линии от контрольного талона и выдается временно нетрудоспособному лицу. Контрольный талон хранится в организации здравоохранения.

Документы, взамен которых выдавался ЛН, хранятся в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь для бланков документов с определенной степенью защиты. Обратная сторона ЛН оформляется платежником в бюджет фонда (страхователем).

В кабинете для регистрации ЛН и справок на каждого врача заводятся одноименные журналы, в которых ежедневно фиксируется информация о выданных ЛН с указанием паспортных данных пациента, места работы, диагноза. При закрытии ЛН врачом пациент обращается в указанный кабинет, предъявляя паспорт, и после отметки в журнале, на ЛН ставится печать учреждения здравоохранения (таблица 2).

Оттиск печатей на ЛН должен быть четким и легко читаемым.

Таблица 2 – Печати, используемые для удостоверения записей в листке нетрудоспособности

<b>Вид печати</b>	<b>Место печати</b>	<b>Условия использования печати</b>
Личная печать лечащего врача	на подпись врача	-при выдаче и закрытии ЛН -в случае продления ЛН другим лечащим врачом – на его первую подпись -при внесении информации в позицию «Особые отметки» (например, о нарушении режима) -в случае заверения исправлений
Личная печать заведующего отделением или руководителя	на его первую подпись в позиции ЛН «Освобождение от работы», в графе «Долж-	- при продлении ЛН свыше 10 дней ВН - при продлении ЛН на срок, превышающий 14 календарных дней, – в случае, если лечащий врач является ВОП, врачом-специалистом амбулатории врача общей практики (больничной организа-

<p>(заместителя руководителя) организации здравоохра- нения или председа- телем ВКК</p>	<p>ность, фамилия, подпись, личная печать руководи- теля»</p>	<p>ции, находящейся в сельской местности, врачебной амбулатории) и работает один</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- при выдаче ЛН в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 14 лет в амбулаторных условиях лицом, не яв- ляющимся матерью (мачехой) или от- цом (отчимом), усыновителем (удоче- рителем), опекуном (попечителем) ука- занного ребенка</li> <li>- при выдаче ЛН в негосударственной организации здравоохранения</li> <li>- при выдаче ЛН в стационаре</li> <li>- при выдаче ЛН по решению ВКК</li> <li>- при выдаче ЛН по беременности и ро- дам</li> <li>- при продлении ЛН после проведения МСЭ и принятия решения о продлении лечения в периоде ВН</li> <li>- при выдаче ЛН в случае проведения пациенту медицинского вмешательства с применением инвазивных методов ис- следования (манипуляции, процедуры)</li> <li>- при выдаче ЛН в случае проведения искусственного прерывания беременно- сти (аборта) или экстракорпорального оплодотворения</li> </ul>
<p>Личная печать врача - председателя</p>	<p>на его первую подпись в графе «Должность, фа-</p>	<p>-при выдаче и (или) продлении ЛН ВКК</p>

ВКК	милия, подпись, личная печать председателя ВКК» позиции ЛН «ВКК»	
Печать организации здравоохра- нения «Для листков не- трудоспособ- ности и спра- вок»	на бланке ЛН	- при закрытии ЛН – в левом нижнем углу бланка ЛН  - при заверении исправлений – рядом с печатью врача, заверяющего исправле- ние
Печать МРЭК	на бланке ЛН	- после проведения медико-социальной экспертизы – в правом нижнем углу ЛН  - в позиции «особые отметки» в случае нарушения пациентом режима (неявки на МРЭК)  - при заверении исправлений, внесен- ных МРЭК

Выдача, продление и закрытие ЛН, а также правила заполнения и кодирования ЛН проводятся в строгом соответствии с действующей «Инструкцией о порядке выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности».

При оформлении ЛН используются арабские цифры, записи производятся на русском или белорусском языке, разборчиво и четко фиолетовыми, синими или черными чернилами от руки и (или) с применением компьютерной техники. Допускается использование штампов-клише, за исключением клише подписи.

При исправлении в ЛН неверной информации она зачеркивается одной чертой и при необходимости взамен указывается верная информация. При этом на любом свободном поле бланка производится запись: «исправленному на \_\_\_ верить» или «зачеркнутое не читать». На одном бланке ЛН допускается не более двух исправлений, каждое из которых оформляется в вышеуказанном порядке, а также заверяется подписью и печатью лечащего врача и печатью организации здравоохранения «Для листков нетрудоспособности и справок».

### **Заполнение строк и позиций в бланке ЛН.**

Контрольный талон, листок нетрудоспособности имеют разметку позиций и граф для внесения в них информации, в том числе с использованием цифровых символов, в следующем порядке:

- позиция ЛН «наименование организации здравоохранения, выдавшей листок нетрудоспособности» заполняется от руки, или посредством штампа-клише организации здравоохранения, или с применением компьютерной техники. Если ЛН выдан в структурном подразделении организации здравоохранения, зона обслуживания которого шире зоны обслуживания указанной организации здравоохранения, дополнительно указывается наименование данного структурного подразделения;

- в позиции контрольного талона и ЛН «Основной/дополнительный» при выдаче основного ЛН указывается цифра 1, при выдаче дополнительного(ых) ЛН – цифра 2 (3 и так далее).

ЛН, выданный для представления по основному месту работы, считается основным, остальные – дополнительными;

- в позиции контрольного талона и ЛН «первичный/продолжение/дубликат» при выдаче первичного ЛН указывается цифра 1, при выдаче продолжения первичного ЛН по данному случаю ВН – цифра 0, при выдаче дубликата ЛН – цифра 2.

ЛН, выданный первым в течение одного случая ВН, считается первичным, а последующие листки нетрудоспособности, выданные в течение данного случая ВН, – продолжением первичного ЛН.

В случаях, если ЛН, выданный пациенту в связи с общим заболеванием (травмой в быту), закрыт, но на следующий день по результатам экспертизы ВН пациент снова признан временно нетрудоспособным, ему выдается новый ЛН, который оформляется как продолжение ранее выданного ЛН, за исключением случаев:

- ✓ производственной травмы;
- ✓ последствий производственной травмы;
- ✓ профессионального заболевания;
- ✓ беременности и родов;
- ✓ ухода за больным членом семьи;
- ✓ ухода за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком;
- ✓ ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае его санаторно-курортного лечения, медицинской реабилитации.

Листки нетрудоспособности, выданные по одному случаю ухода за больным членом семьи при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, ухода за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае его санаторно-курортного лечения, медицинской реабилитации, оформляются как продолжение ранее выданного ЛН, независимо от того выдаются они одному или разным лицам, непрерывно или с перерывом. При этом при закрытии ЛН в позиции «Заключение о трудоспособности» указывается «1».

Если у пациента в период ВН в связи с несчастным случаем на производстве (профессиональным заболеванием) возникает другое заболевание

(травма в быту), по которому продолжается временная нетрудоспособность после окончания периода ВН, обусловленного несчастным случаем на производстве (профессиональным заболеванием), то ЛН по поводу несчастного случая на производстве (профессионального заболевания) закрывается с внесением информации в позицию «особые отметки» – «продолжает болеть в связи с общим заболеванием (травмой в быту)». Новый ЛН оформляется как продолжение ранее выданного с указанием в позиции «Вид ВН» вида временной нетрудоспособности в связи с заболеванием общим (травмой в быту);

- в позиции контрольного талона и ЛН «дата выдачи» указываются число, месяц, год даты выдачи ЛН (первая пара цифр – число, вторая – месяц, третья – год);

- в позиции контрольного талона и ЛН «дата начала случая ВН» указываются число, месяц, год даты начала случая временной нетрудоспособности пациента (первая пара цифр – число, вторая – месяц, третья – год);

- в позиции контрольного талона и ЛН «Дата рождения (число, месяц, год)» указываются число, месяц, год рождения временно нетрудоспособного лица (первая пара цифр – число, вторая – месяц, третья – год);

- в позиции ЛН «Вид ВН» указываются цифры в следующем порядке:

«01» – в связи с заболеванием общим;

«02» – в связи с травмой в быту;

«03» – в связи с уходом за больным членом семьи, в том числе за больным ребенком в возрасте до 14 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) (уход за больным членом семьи);

«04» – в связи с производственной травмой;

«05» – в связи с заболеванием профессиональным;

«06» – в связи с последствиями травмы в быту;

«07» – в связи с последствиями производственной травмы;

«08» – в связи с уходом за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица,

фактически осуществляющего уход за ребенком (уход за ребенком до 3 лет (ребенком-инвалидом до 18 лет), болезнь матери (госпитализация матери));

«09» – в связи с беременностью и родами, в том числе наступившими до 30 недель беременности (27 недель беременности – у женщин, постоянно (преимущественно) проживающих и (или) работающих, проходящих службу, обучающихся на территории радиоактивного загрязнения), осложнениями беременности, родов и (или) послеродового периода, а также усыновлением (удочерением), установлением опеки над ребенком в возрасте до 3 месяцев (беременность и роды);

«10» – в связи с уходом за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае санаторно-курортного лечения (уход за ребенком-инвалидом до 18 лет, санаторно-курортное лечение);

«11» – в связи с уходом за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае медицинской реабилитации в центре медицинской или медико-социальной реабилитации (уход за ребенком-инвалидом до 18 лет, медицинская реабилитация);

«12» – в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации (протезирование);

«13» – в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанным с травмой в быту (протезирование, травма в быту);

«14» – в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанным с производственной травмой (протезирование, производственная травма);

«15» – в связи с проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий;

«16» – в связи с уходом за ребенком в случае смерти матери в родах (в послеродовом периоде) (уход за ребенком, смерть матери).

В случае установления пациенту при первичной выдаче ЛН вида временной нетрудоспособности «травма в быту», «последствия травмы в быту» и при последующем предоставлении акта о несчастном случае на производстве по решению ВКК организации здравоохранения в позицию ЛН «Вид ВН» вносятся исправления, соответствующие виду временной нетрудоспособности «производственная травма», «последствия производственной травмы», «протезирование, производственная травма». В случае установления пациенту при первичной выдаче ЛН вида ВН «общее заболевание» и при последующем предоставлении акта о профессиональном заболевании по решению ВКК организации здравоохранения выдается ЛН как первичный с даты установления профессионального заболевания, указанного в акте о профессиональном заболевании, с указанием вида ВН «заболевание профессиональное»;

- в позиции контрольного талона и ЛН «Предварительный диагноз по МКБ» указывается код заболевания в соответствии с МКБ-10;

- в позиции контрольного талона и ЛН «Код причины ВН по ф. 4 госстатотчетности» указывается код причины ВН в соответствии с формой государственной статистической отчетности 4-нетрудоспособность (Минздрав) «Отчет о причинах временной нетрудоспособности», утвержденной постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 28 октября 2016 г. № 158 (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 25.11.2016, 7/3631) (далее – госстатотчетность);

- в позиции контрольного талона и ЛН «Заключительный диагноз по МКБ» указывается код заболевания в соответствии с МКБ-10.

Кодирование диагнозов осуществляется трех-четырёхзначным кодом в соответствии с рубриками МКБ-10. При этом используется алфавитно-цифровая система кодирования рубрик.

При выдаче ЛН в связи с проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий, уходом за больным членом семьи, ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в слу-

чае болезни (госпитализации) матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет при санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации в центре медицинской или медико-социальной реабилитации, в случае беременности и родов позиции контрольного талона и ЛН «Предварительный диагноз по МКБ» и «Заключительный диагноз по МКБ» не заполняются;

- позиции контрольного талона и ЛН «Код причины ВН по ф. 4 госстатотчетности» и «Заключительный диагноз по МКБ» заполняются при окончании случая ВН пациента, если:

- ✓ пациент выписан к труду;
- ✓ у женщины наступил случай беременности и родов;
- ✓ пациенту установлена инвалидность первично при направлении в МРЭК;
- ✓ при переосвидетельствовании инвалида в периоде ВН, связанной с причиной инвалидности, ему установлена более высокая группа инвалидности либо по результатам освидетельствования в МРЭК он признан нетрудоспособным;
- ✓ наступила смерть пациента.

Если случай ВН пациента обусловлен разными заболеваниями (травмами), в позициях контрольного талона и ЛН «Код причины ВН по ф. 4 госстатотчетности» и «Заключительный диагноз по МКБ» указывается основное заболевание.

При возникновении нескольких заболеваний, имеющих между собой причинно-следственную связь, основным считается заболевание, являющееся причиной остальных заболеваний.

При возникновении двух и более заболеваний, не имеющих между собой причинно-следственной связи, основным является заболевание с более длительным периодом ВН.

При возникновении двух и более заболеваний, сопоставимых по тяжести и длительности ВН, одно из которых является инфекционным, основным

является инфекционное заболевание, а при двух и более инфекционных заболеваниях – эпидемическое.

При возникновении осложнений гриппа основным заболеванием является грипп.

При возникновении двух и более заболеваний основным является заболевание, по поводу которого проводилось хирургическое вмешательство.

Если в периоде ВН у пациента диагностировано два и более заболевания и одно из них является профессиональным заболеванием, производственной травмой или ее последствием, то основным является профессиональное заболевание, производственная травма или ее последствие.

Если ВН пациента обусловлена одновременно профессиональным заболеванием, производственной травмой или ее последствием, основным является профессиональное заболевание, производственная травма или ее последствие с более длительным периодом ВН;

- позиция контрольного талона «Фамилия, собственное имя, отчество нетрудоспособного» и позиции ЛН «Фамилия», «Собственное имя», «Отчество временно нетрудоспособного» оформляются в соответствии с данными документа, удостоверяющими личность пациента (без сокращения);

- позиции контрольного талона «адрес места жительства» и «место работы (службы, учебы), должность» заполняются со слов пациента. При этом допустимо использование сокращенного наименования организации, должности. Женщинам, у которых право на пособие по беременности и родам наступило в течение 2 месяцев после получения профессионально-технического, среднего специального, высшего и послевузовского образования в дневной форме получения образования в контрольном талоне указывается прежнее место учебы.

- в позиции ЛН «Режим» указываются следующие цифры, соответствующие виду режима, предписанного пациенту:

«1» – амбулаторный при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

«2» – стационарный при стационарном лечении;  
 «3» – санаторный при направлении в санаторно-курортную организацию;

«4» – реабилитационный при направлении в Центр, а также в центр медицинской или медико-социальной реабилитации.

Информация, которая вносится в раздел «особые отметки» представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Заполнение позиции ЛН «особые отметки»

Формулировка записи	Причины оформления
<b>Председателем ВКК</b>	
«разрешен выезд»	– при направлении пациента за пределы Республики Беларусь для получения медицинской помощи в организации здравоохранения другого государства
«направлен в МРЭК», дата, назначенная пациенту для явки в МРЭК	– в случае направления пациента в МРЭК.
«осложненные роды», дата	– в случае возникновения у женщины осложнений беременности, родов и послеродового периода, указанных в перечне осложнений беременности, родов и послеродового периода, при которых выдается ЛН сроком на 14 календарных дней как продолжение ЛН, выданного в связи с беременностью и родами, установленном согласно приложению к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 декабря 2011 г. № 119
«взамен ЛН	– в случае выдачи дубликата ЛН взамен утерянного

№ ____»	
<b>Лечащим врачом</b>	
собственное имя, дата рождения ребенка	– в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 14 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях, в стационаре, а также при санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации в центре медицинской или медико-социальной реабилитации
собственное имя, дата рождения ребенка, фамилия, инициалы матери (лица, фактически осуществляющего уход)	– в случае ухода за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери (лица, фактически осуществляющего уход)
«мальчик (девочка)», дата рождения ребенка	– в случае ухода за ребенком в связи со смертью матери в родах (послеродовом периоде)
фамилия, инициалы, дата рождения пациента	– в случае ухода за больным членом семьи в возрасте старше 14 лет при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях
«режим изменен» с указанием нового вида режима и даты его изменения	– в случае изменения режима, предписанного пациенту
Травма, дата травмы	- в случае установления одного из видов ВН: ✓ в связи с травмой в быту

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ последствиями травмы в быту</li> <li>✓ последствиями производственной травмы</li> <li>✓ в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанным с травмой в быту</li> <li>✓ в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанным с производственной травмой</li> </ul>
<b>Лечащим врачом с заверением его подписью и личной печатью</b>	
«заболевание связано с забором органа и (или) ткани»	– в случае возникновения ВН по причине забора органа и (или) ткани у донора
«заболевание (травма) связано(а) (не связано(а) с причиной инвалидности»	– в случае возникновения ВН у работающих инвалидов в связи с заболеванием (травмой), последствием травмы или протезированием, в том числе при установлении инвалидности в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием
«нарушение режима:», вид нарушения	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «неявка на прием» – в случае неявки на прием к лечащему врачу лица, которому выдан ЛН;</li> <li>– «неявка на ВКК» – в случае неявки на заседание ВКК лица, которому выдан ЛН;</li> <li>– «уход из стационара» – в случае самовольного ухода из стационара;</li> <li>– «выезд за рубеж» – в случае самовольного выезда лица, которому выдан ЛН, за пределы Республики Беларусь в период ВН;</li> </ul>

	<p>– «потребление алкоголя» – в случае потребления алкоголя (потребления наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ);</p> <p>– «невыполнение назначений» – в случае отказа от диагностики, лечения, госпитализации, взятия анализа на алкоголь и (или) наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, токсические или другие одурманивающие вещества, затрудняющего диагностику заболевания, оценку состояния трудоспособности), дата (период)</p>
«взят анализ на алкоголь и (или) наркотические средства»	<p>– в случае закрытия ЛН до получения результатов анализа на алкоголь и (или) наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, токсические или другие одурманивающие вещества. В зависимости от результатов указанного анализа в данную позицию ЛН впоследствии вносится одна из следующих записей: «отсутствует алкогольное и (или) наркотическое опьянение»; «алкогольное и (или) наркотическое опьянение». Указанная отметка вносится в последующие листки нетрудоспособности по данному непрерывному случаю ВН</p>
«продолжает болеть в связи с общим заболеванием (травмой в быту)»	<p>– в случаях закрытия ЛН в связи с несчастным случаем на производстве (профессиональным заболеванием) и при возникновении в этот период другого заболевания (травмы в быту)</p>
«алкогольное и (или) наркотическое опьянение»	<p>– при установлении у пациента факта алкогольного опьянения, состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, ток-</p>

	сических или других одурманивающих веществ, в случае первичного обращения за медицинской помощью по поводу травмы
«заболевание связано с потреблением алкоголя и (или) наркотических средств»	– в случае алкогольной комы (комы, вызванной потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ) или лечения хронического неосложненного алкоголизма (наркомании, токсикомании)
«умер», дата смерти»	– в случае смерти пациента в период ВН
<b>Председателем МРЭК</b>	
«неявка в МРЭК», дата (период неявки)	– в случае неявки пациента в назначенный день в МРЭК
<b>Заведующим отделением, руководителем (заместителем руководителя) организации здравоохранения, председателем ВКК, заверяющим подпись медицинского работника, не имеющего личной печати</b>	
«подпись (фамилия медицинского работника, чья подпись заверяется) заверяю, должность, фамилия, подпись, личная печать заверителя»	– при необходимости заверения подписи медицинского работника, не имеющего личной печати, выдавшего (продлившего, закрывшего) ЛН
<b>Организацией здравоохранения, проводившей спелеолечение в стационаре, Центром, санаторно-курортной организацией, центром медицинской или медико-социальной реабилитации</b>	

наименование организации, период	– при внесении информации о периоде фактического пребывания пациента и (или) лица, осуществляющего уход за ребенком, которая заверяется подписью руководителя (заместителя руководителя) и печатью указанной организации
<b>Руководителем (заместителем руководителя) организации здравоохранения, председателем ВКК, лицом, определенным приказом руководителя организации здравоохранения, с заверением его подписью и личной печатью</b>	
«разрешена выдача ЛН, должность, фамилия, инициалы»	– при выдаче ЛН лицу, проживающему вне зоны обслуживания данной организации здравоохранения

Если ЛН, выданный пациенту с отметкой «алкогольное и (или) наркотическое опьянение», закрыт, но, не приступив к работе, пациент снова признан временно нетрудоспособным в связи с другим заболеванием (травмой), новый ЛН ему выдается как продолжение ранее выданного ЛН с внесением записи в позицию ЛН «особые отметки»: «заболевание (травма) не связано(а) с потреблением алкоголя и (или) наркотических средств». Указанная отметка вносится в последующие листки нетрудоспособности, подтверждающие период ВН, обусловленный травмой.

- в позиции ЛН «ВКК» указываются:

- ✓ дата освидетельствования пациента ВКК;
- ✓ длительность случая ВН в календарных днях (непрерывная, суммарная). В случае, если длительность ВН составляет в пределах от 1 до 9 дней, в первых двух ячейках указываются два нуля (*например, 007*), в пределах от 10 до 99 дней, – в первой ячейке указывается ноль (*например, (077)*);
- ✓ должность, фамилия, подпись и личная печать председателя ВКК.

- в позиции ЛН «Освобождение от работы (службы, учебы)» указываются:

- ✓ в графе «С какого числа (число, месяц, год)» – дата, с которой пациент освобожден от работы (службы, учебы) (первая пара цифр – число, вторая – месяц, третья – год);
- ✓ в графе «По какое число включительно (число, месяц, год)» – дата, по которую пациент освобожден от работы (службы, учебы) (первая пара цифр – число, вторая – месяц, третья – год). При этом, если ЛН выдается (продлевается) на один день, в данной графе указывается та же дата;
- ✓ в графе «Фамилия, подпись, личная печать лечащего врача (помощника врача, фельдшера)» указывается фамилия лечащего врача (помощника врача, фельдшера), которая заверяется подписью и личной печатью;
- ✓ в графе «Должность, фамилия, подпись, личная печать руководителя» указывается фамилия руководителя (заместителя руководителя) организации здравоохранения, заведующего отделением, председателя ВКК, ставятся его подпись и печать.

При стационарном лечении в позиции ЛН «Освобождение от работы (службы, учебы)» отдельными строками указываются:

- ✓ весь период ВН со дня госпитализации по день выписки;
- ✓ период ВН, определенный по результатам ЭВН, в случае, если к моменту выписки пациента из стационара его трудоспособность не восстановилась;
- ✓ день, определенный по результатам ЭВН, для проезда пациента к месту жительства (пребывания) в связи с удаленностью организации здравоохранения.

- в позиции ЛН «МРЭК»:

- ✓ в позиции «дата начала МСЭ» указываются число, месяц, год даты начала медико-социальной экспертизы (первая пара цифр – число, вторая – месяц, третья – год);
- ✓ в позиции «дата окончания МСЭ» указываются число, месяц, год даты окончания медико-социальной экспертизы (первая пара цифр – число, вторая – месяц, третья – год);
- ✓ в позиции «заключение МРЭК» указывается:

«10» – если при первичном освидетельствовании инвалидность (степень утраты здоровья) не установлена;

«11» – если при первичном освидетельствовании установлена инвалидность I группы (четвертая степень утраты здоровья);

«12» – если при первичном освидетельствовании установлена инвалидность II группы (третья степень утраты здоровья);

«13» – если при первичном освидетельствовании установлена инвалидность III группы (первая или вторая степень утраты здоровья);

«14» – если при освидетельствовании принято решение о продлении лечения в периоде временной нетрудоспособности;

«20» – если при переосвидетельствовании инвалидность (степень утраты здоровья) не установлена;

«21» – если при переосвидетельствовании установлена инвалидность I группы (четвертая степень утраты здоровья);

«22» – если при переосвидетельствовании установлена инвалидность II группы (третья степень утраты здоровья);

«23» – если при переосвидетельствовании установлена инвалидность III группы (первая или вторая степень утраты здоровья);

- в позиции «фамилия, подпись, председателя МРЭК» указываются фамилия, подпись председателя МРЭК, проводившей освидетельствование пациента;

- в позиции «Печать МРЭК» проставляется оттиск печати МРЭК, в которой проводилась медико-социальная экспертиза пациента;

- позиция ЛН «Заключение о трудоспособности» заполняется лечащим врачом в последний день освобождения пациента (лица, осуществляющего уход) от работы (службы, учебы) или в случае окончания бланка ЛН. В позиции ЛН «Заключение о трудоспособности» указывается:

«0» – в случае признания пациента временно нетрудоспособным (продолжает болеть);

«1» – в случае признания пациента трудоспособным, а также в случае закрытия ЛН, выданного в связи с уходом за больным членом семьи;

«2» – в случае признания пациента нетрудоспособным и установления инвалидности (степени утраты здоровья);

«3» – в случае установления пациенту инвалидности (степени утраты здоровья) с вынесением трудовых рекомендаций;

«4» – в случае смерти пациента.

Если в течение одного непрерывного случая ВН пациенту выдается несколько листков нетрудоспособности, в позиции «Заключение о трудоспособности» каждого из них (кроме последнего) указывается «0». В последующих листках нетрудоспособности в позиции «особые отметки» указывается «продолжение ЛН № \_\_\_» с указанием номера предыдущего ЛН. Начало случая ВН кодируется в соответствии с первичным ЛН.

В последующих листках нетрудоспособности (справках), выданных по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет, при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях в позиции «особые отметки» указывается «продолжение ЛН № \_\_\_ с \_\_\_ по \_\_\_ (продолжение справки № \_\_\_ с \_\_\_ по \_\_\_)» с указанием номера предыдущего ЛН (справки) и периода освобождения от работы (службы, учебы).

Если пациент умер в период ВН, в графе «По какое число включительно (число, месяц, год)» позиции ЛН «Освобождение от работы (службы, учебы)» указывается дата его смерти. При необходимости в указанной позиции ЛН производится исправление в установленном порядке.

- в позиции «Приступить к работе (службе, учебе) с» указывается дата, с которой пациент признан трудоспособным (первая пара цифр – число, вторая – месяц, третья – год). В случаях, если пациент продолжает болеть или наступила смерть пациента данная позиция не заполняется;

- в позиции ЛН «фамилия, подпись, личная печать лечащего врача (помощника врача, фельдшера)» – указываются фамилия, подпись лечащего врача (помощника врача, фельдшера), закрывшего ЛН;

- в позиции ЛН «Печать организации» проставляется оттиск печати организации здравоохранения, закрывшей ЛН.

При выдаче дубликата ЛН взамен утерянного в позиции ЛН «особые отметки» производится запись «взамен ЛН (справки) № \_\_\_\_\_», а в позиции «ВКК» указываются дата решения ВКК, фамилия председателя ВКК, ставятся его подпись, оттиск личной печати. При этом в позиции ЛН «Освобождение от работы (службы, учебы)» одной строкой указываются период ВН (за исключением периода (периодов) нарушения режима), фамилия лечащего врача (помощника врача, фельдшера), ставятся его подпись и оттиск личной печати, а также указываются должность, фамилия заведующего структурным подразделением организации здравоохранения, или руководителя (заместителя руководителя) организации здравоохранения, или председателя ВКК, ставятся его подпись и оттиск личной печати.

При выдаче ЛН взамен испорченного его оформление осуществляется так же, как и при выдаче дубликата, но запись «взамен ЛН (справки) № \_\_\_\_\_» не производится.

ЛН считается недооформленным в случаях:

- наличия незаверенных исправлений;
- наличия более двух исправлений;
- несоответствия фамилии, собственного имени, отчества (если таковое имеется) временно нетрудоспособного лица указанным в его документе, удостоверяющем личность;

- не заполнения позиций ЛН «наименование организации здравоохранения, выдавшей листок нетрудоспособности», «Вид ВН», «Режим», «Заключение о трудоспособности»;

- наличия в позиции ЛН «особые отметки» записи «взят анализ на алкоголь и (или) наркотические средства» и отсутствия записи о результатах данного анализа;

- не заполнения позиций ЛН «ВКК», «МРЭК», «особые отметки» в необходимых случаях.

Дооформление ЛН осуществляется в организациях здравоохранения по месту их выдачи.

### **НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ**

Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) –, которую проводит медико-реабилитационная экспертная комиссия (МРЭК), осуществляется с целью:

- продления листка нетрудоспособности свыше определенных сроков;
- установления инвалидности (степени утраты здоровья) при выявлении признаков инвалидности независимо от продолжительности временной нетрудоспособности;

- переосвидетельствования (окончания срока инвалидности, досрочное переосвидетельствование);

- формирования (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида;

- определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах).

Направление на МСЭ производится по решению ВКК учреждения здравоохранения и сопровождается оформлением лечащим врачом бланка «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма № 2-мсэ/у-09), которое подписывают все члены ВКК (ПРИЛОЖЕНИЕ 13).

## **ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ (МЕРТВОРОЖДЕНИИ)**

«Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» (форма 106/у-10) является медицинским документом, подтверждающим факт смерти гражданина. Заполняется этот документ лечащим врачом или врачом-патологоанатомом или государственным медицинским судебным экспертом.

Лечащий врач (или лицо его заменяющее) оформляет «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» на основании:

- наблюдения за пациентом (в случае мертворождения или смерти ребенка первого года жизни – наблюдения за течением беременности и родов у матери ребенка (плода));

- записей о наличии патологических состояний, которые могут привести к смерти и отражающих состояние пациента (в случае смерти вне больницы организации – в течение 6 последних месяцев жизни), в соответствующих формах медицинских документов, установленных Министерством здравоохранения Республики Беларусь (например, «Медицинская карта амбулаторного больного»).

Врач-патологоанатом или государственный медицинский судебный эксперт заполняет форму 106/у-10 на основании изучения медицинских документов (при их наличии) и результатов вскрытия.

Запрещено заполнять «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» без личного установления факта смерти медицинским работником (врачом, фельдшером, помощником врача).

Бланк врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) состоит из двух частей (ПРИЛОЖЕНИЕ 14): отрывного корешка и собственно врачебного свидетельства.

Бланки хранятся у ответственного лица, назначаемого руководителем учреждения здравоохранения. Корешки подлежат хранению по месту выдачи врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) в течение одного года после окончания календарного года, в котором было выдано врачебное сви-

детельство о смерти (мертворождении), после чего подлежат уничтожению в установленном порядке.

При неправильном заполнении бланки врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) и корешки к ним перечеркиваются, а на их лицевой стороне делается запись: «Испорчено». Хранятся и уничтожаются испорченные бланки в установленном порядке.

В случае утери ранее выданного врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) оформляется его дубликат с соответствующей отметкой в правом верхнем углу документа.

Заполняется документ на белорусском или русском языке фиолетовыми или черными чернилами, разборчивым почерком или с использованием компьютерных технологий по всем пунктам формы путем внесения необходимых сведений в соответствующие графы или отметки крестиком ячейки, соответствующей одному из предложенных ответов.

Даты указываются арабскими цифрами в одну строку в последовательности: число, месяц, год. Все цифровые данные в ячейки вносятся справа, в пустые ячейки слева добавляется цифра «0». Если установить необходимые сведения невозможно, в соответствующую графу вносится запись «Неизвестно» или соответствующие ячейки перечеркиваются и рядом на свободном месте делается запись «Неизвестно».

В случае исправлений на полях документа делается отметка об их достоверности, подписанная лицом, внесившим исправления, и заверенная печатью организации, выдавшей справку.

Порядок заполнения врачебного свидетельства о смерти (мертворождении):

1. Начинать оформление бланка с раздела «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)».
2. Сделать отметку путем подчеркивания: «Окончательное», «Предварительное», «Взамен предварительного», «Взамен окончательного» и указать номер.

### 3. Детальное оформление пунктов документа:

пункт 1 – фамилия, имя, отчество умершего (фамилия матери мертворожденного), идентификационный номер умершего в соответствии с документом, удостоверяющим личность;

пункт 2 – пол умершего (мертворожденного);

пункт 3 – сведения о месте жительства умершего (мертворожденного);

пункт 4 – дата рождения умершего. В случае мертворождения и смерти детей 0–6 дней жизни обязательно указывается время рождения (часы, минуты);

пункт 5 – масса тела ребенка (плода) при рождении в граммах с точностью до грамма;

пункт 6 – дата смерти, обнаружения трупа. В случае мертворождения и смерти детей первого года жизни обязательно указывается время их смерти (часы, минуты);

пункт 7 – сведения о месте наступления смерти (мертворождения);

пункт 8 – врач или государственный медицинский судебный эксперт, заполняющий документ, указывает свою фамилию, инициалы, должность и основания, позволяющие ему определить последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и устанавливает причину смерти. Причины смерти оформляются в соответствии с МКБ-10.

В каждой строке части I (строки «а»–«с») указывается только одно заболевание или состояние.

В строке «а» записывается непосредственная причина смерти (мертворождения), то есть заболевание (состояние), непосредственно приведшее к смерти. Если причину смерти ребенка (плода) установить не удастся, в строке «а» следует записать: «Причина смерти ребенка не установлена».

В строке «б» указывается патологическое состояние (заболевание), которое вызвало или обусловило непосредственную причину смерти (мертворождения). Если это заболевание (состояние) явилось следствием какого-либо другого заболевания, то оно записывается в строку «с»;

Если имело место только одно явление в цепи болезненных процессов достаточно записи на строке «а».

Во второй части (II) указываются прочие заболевания (состояния), существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, вызвавшего смерть, но причинно с ним не связанные.

Третья часть (III) заполняется только в случае мертворождения и смерти новорожденного ребенка в первые шесть суток жизни. Строки «d» и «e» предусмотрены для записи состояний матери (последа), способствовавших или обусловивших смерть плода в перинатальном периоде;

Если не представляется возможным установить заболевание или состояние матери (последа), которые смогли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), в строке «d») производится запись: «Причина со стороны материнского организма не установлена»;

пункт 9 – дата, место и обстоятельства смерти от воздействия внешних причин (травм, отравлений, несчастных случаев, самоубийств и других причин);

пункт 10 – заполняется в случае смерти женщины во время беременности, родов или в течение одного года после родов. Отметка в этом пункте осуществляется в случае смерти при любом заболевании, в том числе и от последствий воздействия внешних причин, и не является основанием для включения в материнскую смертность, так как является конкретизацией периода наступления смерти женщины во время беременности, родов или после родов;

пункт 11 – указывается, кем установлена причина смерти, соответствующая специальность врача, государственного медицинского судебного эксперта;

пункт 12 – фамилия, имя, отчество и идентификационный номер матери мертворожденного или умершего ребенка в возрасте 0 – 365 (366) суток, дата ее рождения, образование, семейное положение. Сведения о семейном

положении указываются на основании записей в документе, удостоверяющем личность, а в случае его отсутствия со слов матери;

пункт 13 – указывается порядок рождения ребенка (плода);

пункт 14 – указывается информация в закодированном виде и заполняется на основании данных медицинских документов, отражающих наблюдение за беременной женщиной, роженицей, родильницей, новорожденным и ребенком первого года жизни, в соответствии с МКБ-10.

4. Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) подписывается выдавшим его лицом и заверяется печатью учреждения здравоохранения.

5. Заполнение корешка бланка (сведения полностью соответствуют вышеуказанным). Дополнительно приводится информация о лице, получившем врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) на основании документа, удостоверяющего личность с подписью и датой получения.

## **РЕЦЕПТА ВРАЧА**

Рецепт врача – это медицинский документ установленной формы, содержащий письменное (или в электронном виде) обращение врача в аптеку об изготовлении и (или) реализации пациенту лекарственного средства, наркотического средства, психотропного вещества в порядке, установленном законодательством.

Правила оформления этого документа регламентируются инструкцией о порядке выписки рецепта врача и создания электронных рецептов врача (постановление МЗ РБ от 31.10.2007 № 99 в редакции постановления МЗ РБ от 17.06.2019 №60).

**Рецепт врача выписывается, а электронный рецепт врача создается:**

**- врачом-специалистом в государственной организации здравоохранения или в негосударственной организации или индивидуальным предпринимателем при наличии специального разрешения на осуществление медицинской деятельности (лицензии);**

- педагогическим работником учреждения образования по профилю образования «Здравоохранение» и имеющего диплом о высшем медицинском образовании при выполнении им лечебно-диагностической работы на клинической базе учреждения образования или при консультировании пациента в консультационном центре учреждения образования.

Рецепт на лекарственное средство выписывается врачом с учетом установленного диагноза пациента, его возраста, порядка оплаты (за полную стоимость или на льготных условиях (бесплатно, с оплатой 10% или 50% стоимости), особенностей действия лекарственных средств, наркотических средств и психотропных веществ, их лекарственной формы и доступности по цене (т.е. социального фактора).

Сведения о назначении пациенту любого лекарственного средства отражаются в медицинской карте амбулаторного больного.

*Электронный рецепт врача (ПРИЛОЖЕНИЕ 15) создается в соответствии с требованиями законодательства об электронном документе и электронной цифровой подписи при наличии в организациях здравоохранения и у индивидуального предпринимателя технических, программных и программно-аппаратных средств, используемых для создания, обработки, хранения, передачи и приема информации в электронном виде.*

*Электронный рецепт врача создается при наличии письменного согласия пациента или лиц, представляющих интересы пациента (уполномоченное лицо), на обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, в информационных системах, информационных ресурсах, базах (банках) данных в здравоохранении (ПРИЛОЖЕНИЕ 16).*

Письменное согласие помещается в медицинские документы пациента (медицинская карта амбулаторного больного). В случае отсутствия письменного согласия пациенту выписываются лекарственные средства на бланках установленной формы.

Для выписки рецепта врача используются несколько форм рецептурных бланков:

- бланк рецепта формы 1 – для выписки лекарственных средств, реализуемых в аптеке за полную стоимость – ПРИЛОЖЕНИЕ 17;
- бланк рецепта формы 2 – для выписки наркотического средства – ПРИЛОЖЕНИЕ 18;
- бланк рецепта формы 3 – для выписки психотропных веществ и лекарственных средств, обладающих анаболической активностью– ПРИЛОЖЕНИЕ 19;
- бланк льготного рецепта – для выписки лекарственных средств и перевязочных материалов на льготных условиях, в том числе бесплатно – ПРИЛОЖЕНИЕ 20.

При выписке рецепта врач обязан заполнять все предусмотренные в нем графы, четко обозначать оттиски штампа и печати учреждения здравоохранения, заверять его своей подписью и личной печатью. Рецепт выписывается от руки разборчиво с использованием чернил или шариковой ручки, или с применением компьютерных технологий и клише (штамп организации в данном случае может наноситься печатным способом).

Рецепты выписываются на лекарственные средства, зарегистрированные в Республике Беларусь, с указанием их торгового названия или международного непатентованного наименования, лекарственной формы, дозировки и количества.

Названия лекарственного средства, наркотического средства или психотропного вещества с обозначением лекарственной формы и дозировки указываются в родительном падеже на латинском, белорусском или русском языке, а при создании электронного рецепта врача – на латинском или русском языке в именительном падеже.

Количество жидкого лекарственного средства указывается в миллилитрах, граммах или каплях, количество остальных форм лекарственных средств указывается в граммах.

Обращение врача к фармацевту об изготовлении, отпуске и (или) реализации лекарственного средства пишется на латинском языке – Rp. (сокращение)

щенное от *resipe* – возьми), способ медицинского применения лекарственных средств – доза, частота, время приема – в рецепте указывается на белорусском или русском языке. Запрещается ограничиваться общими указаниями, например, «Внутреннее», «Известно», «По схеме». Исправления в рецепте не допускаются.

При выписке рецепта разрешается использование только общепринятых основных рецептурных сокращений на латинском, белорусском или русском языке (ПРИЛОЖЕНИЕ 21 и 22). Например, капсулы – не «к.» и не «кап.», а «капс.». При необходимости экстренного изготовления лекарственного средства в верхней части рецепта делают пометки «*cito*» (срочно), «*statim*» (немедленно).

При выписке лекарственных средств, изготавливаемых в аптеке по индивидуальным назначениям врача, названия лекарственных средств списка «А» и наркотических средств указываются вначале рецепта, а затем – названия остальных лекарственных средств и вспомогательных веществ.

При выписке рецепта на лекарственное средство списка «А» в дозе, превышающей высшую разовую дозу, врач обязан написать эту дозу прописью и поставить восклицательный знак.

На бланке рецепта формы 1 (ПРИЛОЖЕНИЕ 17) можно выписать два лекарственных средства. В случае выписывания лекарственных средств, требующих растворения, указываются три лекарственных средства, одно из которых является растворителем.

На бланке рецепта формы 2 (ПРИЛОЖЕНИЕ 18) выписывается одно наркотическое средство. Номер бланка рецепта формы 2 отмечается в медицинской документации пациента, которому выписано наркотическое средство. Пациент расписывается в медицинских документах о том, что он информирован о назначении ему наркотического средства и он получил рецепт формы 2. При выписке пациенту наркотических средств, выдаваемых бесплатно или на льготных условиях, дополнительно к бланку рецепта формы 2 выписывается рецепт врача на бланке льготного рецепта (ПРИЛОЖЕ-

НИЕ 20) или электронный рецепт врача. При выписке пациенту наркотического средства в виде трансдермальной терапевтической системы или в ампулах врач делает отметку в медицинских документах о том, что данное наркотическое средство назначается в первый раз. Последующая выписка наркотических средств в виде таких лекарственных форм осуществляется после возврата врачу использованных трансдермальных пластырей или пустых ампул для последующего уничтожения в установленном порядке; их количество сверяется с данными медицинской документации пациента, в которой делается отметка об использовании этих ранее выписанных средств.

В бланке рецепта формы 3 (ПРИЛОЖЕНИЕ 19) выписывается одно наименование психотропного вещества или лекарственного средства, обладающего анаболической активностью (кленбутерол, нандролон, тестостерон, соматропин, хориогонадотропин альфа, хорионический гонадотропин).

При выписке пациенту психотропных веществ за полную стоимость врач отмечает в бланке рецепта формы 3 графу «Основной бланк», а при выписке данных веществ на льготных условиях или бесплатно – графу «Дополнительный бланк к рецепту». Пациент расписывается в медицинских документах о том, что он проинформирован о назначении ему психотропного вещества и он получил рецепт формы 3.

Бланки рецептов формы 2 и формы 3 и бланк льготного рецепта являются документами строгой отчетности и имеют определенную степень защиты – напечатаны типографским способом на бумаге определенного цвета (форма 2 – розового, форма 3 – желтого, бланк льготного рецепта – голубого) с типографскими серией и номером.

Характеристики бланков рецептов форм 1-3 и льготного приведены в таблице 4.

Таблица 4 – Сравнительная характеристика бланков рецептов

Форма бланка рецепта	Цвет бланка рецепта	Функция	Срок действия	Особенности оформления

Бланк рецепта формы 1	Белый	Выписка лекарственных средств за полную стоимость	30 дней или 60 дней	
Бланк рецепта формы 2	Розовый	Выписка наркотических средств	5 дней	Бланки имеют типографские серию и номер, который заносится в медицинские документы пациента с его личной подписью о том, что он информирован о назначенном препарате и получил рецепт
Бланк рецепта формы 3	Желтый	Выписка психотропных средств и лекарственных средств с анаболической активностью	30 дней	
Бланк льготного рецепта	Голубой	Выписка лекарственных средств и перевязочных материалов на льготных условиях и бесплатно	В зависимости от выписанного лекарственного средства	

На бланке льготного рецепта выписывается только одно лекарственное средство, наркотическое средство или психотропное вещество в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Существует лимит единовременной реализации определенных лекарственных средств (таблица 5, ПРИЛОЖЕНИЕ 23).

Таблица 5 - Нормы единовременной реализации этилового спирта для лекарственных средств, изготовленных в аптеке, или при его реализации в чистом виде

Способ применения этилового спирта, указанный в рецепте врача	Количество этилового спирта в граммах и миллилитрах, разрешенное к выписке в одном рецепте врача
Этиловый спирт для изготовления лекарственных средств в аптеке в смеси с дру-	100 граммов в расчете на 96-процентный спирт этиловый

гими лекарственными средствами	
Этиловый спирт в чистом виде с указанием в рецепте врача следующих способов применения:	
для наложения компрессов	100 миллилитров (этиловый спирт различной концентрации)
для обработки кожи	100 миллилитров (70-процентный этиловый спирт)

В ряде случаев требуется дополнительная надпись на рецепте «По специальному назначению», заверенная подписью и личной печатью врача:

- на эфедрин и фенobarбитал в чистом виде и в смеси с другими лекарственными средствами на курс лечения сроком до 30 дней для пациентов, имеющих затяжные и хронические заболевания;
- на наркотическое средство для лечения инкурабельных пациентов с увеличением количества препарата в два раза по сравнению с разрешенным согласно инструкции.

Запрещается выписывать рецепты врача по просьбе пациентов и (или) их родственников, без осмотра пациента и установления диагноза, а также на:

- лекарственные средства, наркотические средства и психотропные вещества, не зарегистрированные в Республике Беларусь за исключением случаев, предусмотренных абзацем пятым части первой статьи 23 Закона Республики Беларусь от 20 июля 2006 года «О лекарственных средствах» в редакции от 29.06.2016 (лекарственные средства, предназначенные для лечения ограниченных контингентов пациентов с редко встречающейся патологией, устранения последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, эпидемических заболеваний, ввозимые в качестве иностранной безвозмездной помощи);

- бария сульфат для рентгеноскопии;

- кетамин;
- галотан;
- дроперидол;
- изофлуран и севофлуран;
- натрия оксибутират;
- тиопентал.

Определены следующие сроки действия рецептов:

- на наркотические средства (бланк рецепта форма 2) – 5 дней;
- на лекарственные средства, обладающие анаболической активностью и психотропные вещества – 30 дней;
- остальные лекарственные средства – 60 дней.

Исчисление срока действия рецепта врача начинается со дня его выписки, а в случае, когда пациенту выписывается одновременно несколько рецептов на одно и то же лекарственное средство сроки действия второго и последующего рецептов начинаются за 5 дней до истечения срока действия предыдущего рецепта.

При выписке лекарственного средства, предназначенного для длительной терапии хронического заболевания, оно может быть выписано одновременно на курс лечения до 6 месяцев на нескольких бланках рецепта формы 1 или льготного рецепта. При этом на каждом бланке рецепта формы 1 или льготного рецепта врачом проставляется порядковый номер рецепта, выписанного на данный курс лечения, и срок его действия. В каждом льготном рецепте указывается количество доз лекарственного средства, предназначенного для применения в течение 30 дней или 2-х месяцев.

В медицинских документах пациента врач приводит арифметический расчет количества доз лекарственного средства (с указанием лекарственной формы), необходимых пациенту для лечения в течение 30 дней или 2 месяцев, и общее количество доз, необходимых на курс лечения сроком до 6 месяцев. Делается запись о количестве выписанных пациенту льготных рецептов с указанием номеров их бланков. Пациент расписывается в медицинской

карте в том, что он ознакомлен с произведенным расчетом и им получены льготные рецепты на курс лечения до 6 месяцев.

При выписке пациенту лекарственных средств в форме электронного рецепта врача на льготных условиях, в том числе бесплатно, срок действия электронного рецепта врача может составлять до 6 месяцев. При этом врач указывает срок действия рецепта (30 дней, 60 дней, 6 месяцев) и периодичность реализации лекарственного средства из аптеки (однократно, один раз в 30 дней, один раз в 60 дней и так далее).

Льготное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, закреплено в Законе Республики Беларусь «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан» № 239-3 от 14.06.2007 в редакции от 09.01.2017 г. №19-3 (глава 2, статья 10), согласно которому:

1. Право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств в порядке, определяемом Правительством Республики Беларусь, имеют:

1.1. Герои Беларуси, Герои Советского Союза, Герои Социалистического Труда, полные кавалеры орденов Отечества, Славы, Трудовой Славы;

1.2. участники Великой Отечественной войны;

1.3. инвалиды войны;

1.4. лица, принимавшие участие в составе специальных формирований в разминировании территорий и объектов после освобождения от немецкой оккупации в 1943-1945 годах;

1.5. лица, награжденные орденами и (или) медалями СССР за самоотверженный труд и безупречную воинскую службу в тылу в годы Великой Отечественной войны;

1.6. лица, работавшие на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений,

морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог;

1.7. члены экипажей судов транспортного флота, интернированные в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

1.8. лица, работавшие на предприятиях, в учреждениях и организациях города Ленинграда в период блокады с 8 сентября 1941 года по 27 января 1944 года и награжденные медалью "За оборону Ленинграда", и лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

1.9. неработающие граждане из числа:

военнослужащих, в том числе уволенных в запас (отставку), военнообязанных, призывавшихся на военные сборы, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, работников указанных органов (включая специалистов и советников Министерства обороны Союза Советских Социалистических Республик (СССР), Комитета государственной безопасности и Министерства внутренних дел СССР и Белорусской Советской Социалистической Республики (БССР)), направлявшихся органами государственной власти СССР в Афганистан или в другие государства, принимавших участие в боевых действиях при исполнении служебных обязанностей в этих государствах и получивших ранение, контузию или увечье в период боевых действий;

военнослужащих автомобильных батальонов, направлявшихся в Афганистан для доставки грузов в период ведения боевых действий и получивших ранение, контузию или увечье в период боевых действий;

военнослужащих летного состава, совершавших вылеты на боевые задания в Афганистан с территории СССР в период ведения боевых действий и получивших ранение, контузию или увечье в период боевых действий;

1.10. граждане, в том числе уволенные в запас (отставку), из числа военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Следственного комитета Республики Беларусь, Государственного коми-

тета судебных экспертиз Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), кроме случаев, когда инвалидность наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства;

1.11. инвалиды с детства вследствие ранения, контузии, увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны либо с последствиями военных действий;

1.12. родители погибших (умерших):

- военнослужащих, партизан и подпольщиков, погибших (умерших) вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период боевых действий в годы Великой Отечественной войны;

- военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, погибших (умерших) при исполнении воинского или служебного долга в Афганистане или в других государствах, где велись боевые действия, а также умерших вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период боевых действий, кроме случаев, когда гибель (смерть) наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства или самоубийства, если оно не было вызвано болезненным состоянием или доведением до самоубийства;

- военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Следственного комитета Республики Беларусь, Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, погибших при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), а

также умерших в период прохождения военной службы (службы) вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, непосредственно связанных со спецификой несения военной службы (службы), кроме случаев, когда гибель (смерть) наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства или самоубийства, если оно не было вызвано болезненным состоянием или доведением до самоубийства.

1.13. дети-инвалиды в возрасте до 18 лет;

1.14. военнослужащие срочной военной службы, граждане, проходящие альтернативную службу, военнообязанные, призванные на военные (специальные) сборы, а также суворовцы и воспитанники воинских частей;

1.15. граждане, страдающие заболеваниями, входящими в специальный перечень, утверждаемый Правительством Республики Беларусь, - при амбулаторном лечении (Приложение 20);

1.16. дети в возрасте до 3 лет.

В ПРИЛОЖЕНИИ 24 приведен действующий в настоящее время перечень заболеваний, дающих право гражданам на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, при амбулаторном лечении, а также лечебным питанием. Перечень этих заболеваний периодически пересматривается и утверждается в установленном порядке.

2. Право на 90-процентную скидку от стоимости лекарственных средств, выдаваемых по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, а с хирургическими заболеваниями – также перевязочных материалов (при наличии соответствующего медицинского заключения) в порядке, определяемом Правительством Республики Беларусь, имеют граждане, заболевшие и перенесшие лучевую болезнь, вызванную последствиями катастрофы на ЧАЭС, других радиационных аварий, а также инвалиды I и II группы, кроме лиц, инвалидность которых наступила в результате противо-

правных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства.

3. Право на 50-процентную скидку от стоимости лекарственных средств, выдаваемых по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств в порядке, определяемом Правительством Республики Беларусь, для лечения заболевания, приведшего к инвалидности, имеют инвалиды III группы, кроме лиц, указанных в пунктах 1 и 2 настоящей статьи, а также лиц, инвалидность которых наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства.

Важность действия врача при оформлении рецепта очень хорошо отражена в высказывании российского терапевта М.Я. Мудрова *«Рецепт должно писать четким почерком и прочитать его два раза внимательно, прежде чем отдать больному. А затем растолковать больному вкус лекарства, цвет, запах и действие оно, и тогда больной будет принимать его с восхищением, а сие восхищение, радость и уверенность, иногда полезнее самого лекарства»*. Эти слова в полной мере относятся и к оформлению абсолютно всех документов, касающихся врачебной практики, а следование этому совету может служить показателем добросовестности и профессионализма врача.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Калинина, Т.В.* Основные требования к оформлению и ведению медицинской карты амбулаторного больного // Медицина. – 2010. – №3 (70). – С.18 – 21.
2. *Кевра, М.К.* Рецепт врача: вчера, сегодня, завтра // Здоровоохранение. – 2013. - - №3. – С. 37 – 45.
3. *О введении* ограничительного мероприятия [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 9 апр. 2020 г., № 208 // – Режим доступа: <https://realtravel.by/postanovlenie-sm-rb-208-2020/> Дата доступа: 23.04.2021
4. *О государственных* социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 14 июня 2007г., № 239-3// Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь.– Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H10700239>. Дата доступа: 23.04.2021
5. *О здравоохранении* [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 21 окт. 2016г., № 433-3 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=V19302435>. Дата доступа: 23.04.2021
6. *О лекарственных средствах* [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 20 июля 2006г., № 161-3// Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H10600161>. Дата доступа: 23.04.2021
7. *О некоторых* вопросах бесплатного и льготного обеспечения лекарственными средствами и перевязочными материалами отдельных категорий граждан [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 30 нояб. 2007 г., № 1650 // Сайт м-ва здравоохранения Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/o-lgotnom-obespechenii-leksredstvami>. Дата доступа: 23.04.2021
8. *Об установлении* перечня основных лекарственных средств [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 июля

2007г., №65// Сайт м-ва здравоохранения Респ. Беларусь – Режим доступа:  
<http://minzdrav.gov.by/ru/sobytiya/o-perechne-osnovnykh-lekarstvennykh-sredstv/>  
Дата доступа: 23.04.2021

9. *Об установлении* форм "Медицинская справка о рождении", "Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)" и утверждении инструкций о порядке их заполнения [Электронный ресурс]; постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 декаб. 2010 г., № 168// Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь.–Режим доступа:  
<http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21023141>.Дата доступа: 23.04.2021
- 10.*Об установлении* форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» и утверждение Инструкции о порядке их заполнения [Электронный ресурс]; постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июля 2010г., № 92// Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь.–Режим доступа:  
<http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21022699>. Дата доступа: 26.04.2021
- 11.*Об утверждении* Инструкции о порядке выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь и М-ва труда и социальной защиты Респ. Беларусь, 4 января 2018г., №1/1// Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа:  
<https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21833655&p1=1>. Дата доступа: 26.04.2021
- 12.*Об утверждении* Инструкции о порядке выписки рецепта врача и создании электронных рецептов врача [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 окт. 2007 г., № 99// Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа:  
[https://pravo.by/upload/docs/op/W21934489\\_1566594000.pdf](https://pravo.by/upload/docs/op/W21934489_1566594000.pdf) Дата доступа: 27.04.2021

13. *Об утверждении* Инструкции о порядке медицинского отбора пациентов на санаторно-курортное лечение [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 мая 2006г., № 38// Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь.–Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W20614569>. Дата доступа: 27.04.2021
14. *Об утверждении* Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016г., № 96// Сайт м-ва здравоохранения Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-beloruskikh-grazhdan/dispanserizatsiya.php>. Дата доступа: 27.04.2021
15. *Об утверждении* Положения о порядке проведения освидетельствования физических лиц на предмет выявления состояния алкогольного опьянения и (или) состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 апр. 2011 г., № 497//– Режим доступа: [https://mond.by/deyatelnost/medicinskoe\\_osvidetelstvovanie/postanovlenie\\_497](https://mond.by/deyatelnost/medicinskoe_osvidetelstvovanie/postanovlenie_497). Дата доступа: 27.04.2021
16. *Об утверждении* Инструкции о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 24 дек. 2014г., № 104// Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа: [https://pravo.by/upload/docs/op/W21529676\\_1426021200.pdf](https://pravo.by/upload/docs/op/W21529676_1426021200.pdf). Дата доступа: 27.04.2021
17. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 23 окт. 2009 г., № 998// [pravo.levonevsky.org](http://pravo.levonevsky.org) – Режим доступа:

<http://pravo.levonevsky.org/bazaby11/republic08/text881.htm>. Дата доступа:  
27.04.2021

18. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации по учету инфекционных заболеваний [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 22 дек. 2006 г., № 976// [pravo.levonevsky.org](http://pravo.levonevsky.org). – Режим доступа: <http://pravo.levonevsky.org/bazaby11/republic22/text458.htm>. Дата доступа: 27.04.2021

19. Яковлева, Е.В. Оформление медицинской карты амбулаторного больного/ Е.В. Яковлева, Р.В. Хурса. – Минск: БГМУ, 2009. – 19 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Приложение 5  
к приказу  
Министерства здраво-  
охранения  
Республики Беларусь  
30.08.2007 № 710  
Форма № 025-1/у-07

\_\_\_\_\_  
(наименование организации  
здравоохранения)

Талон № \_\_\_\_\_

на прием к врачу

1. Врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

2. Специальность \_\_\_\_\_

3. Кабинет \_\_\_\_\_  
(номер)

4. Дата приема « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(число, месяц, год)

5. Время приема \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
(часы, минуты)

6. Участок \_\_\_\_\_  
(номер)

7. Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

8. Медицинская карта \_\_\_\_\_  
(номер)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Приложение 7  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
\_\_\_\_\_ . 2007 № \_\_\_\_\_  
Форма №025 -3/у-07

Ведомость  
учета посещений, заболеваний и пролеченных больных  
врачом в амбулаторно-поликлинических организациях

(наименование организации здравоохранения)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

№	Адрес по месту жительства пациента	Фамилия, инициалы пациента	Дата рождения (число, месяц, год)	Место обслуживания	Цель обращения	Форма обслуживания	Случай обращения в году	Диагноз	Код по МКБ 10	Характер заболевания	Закончен случай	АД	Вид травмы, обстоятельства	Зона обслуживания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15



### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

	Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО
Минздрав РБ	Медицинская документация Форма № 025-2/у

#### СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

2. Адрес \_\_\_\_\_

3. Участок № \_\_\_\_\_, терапевтический, цеховой, педиатрический (подчеркнуть)

4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает (подчеркнуть)

Проживает постоянно в городе, селе (подчеркнуть) Проживает в районе обслуживания: да, нет (подчеркнуть)

5. Возраст \_\_\_\_\_

для детей до 3-х лет-мес., детей

212-100.2008.6/М9 Тип.ОДО "Дубки" Тел.282-82-85.

Лицевая сторона

6. Диагноз заключительный (уточненный) Для травматологических больных-место и локализация	Впервые в жизни установленный (отметить +)

7\*) Вместо ранее установленного диагноза \_\_\_\_\_

8. Заболевание выявлено при обращении за лечением, при профилактическом осмотре (Подчеркнуть) 9\*\*) Вид травмы и отравления:

а) связана с производством: в промышленности- 1, в сельском хозяйстве- 2, на транспорте- 3, дорожно-транспортная-4. прочие-5

б) не связана с производством: бытовая-6. уличная(при пешеходном движении)-7, дорожно-транспортная-8, школьная -9, спортивная-10, прочие-11.

\*) Пункт 7 заполняется в том случае когда в п. 6 взамен ранее зарегистрированного в листе записи уточненных диагнозов (форма 025/у проставляется новый диагноз. \*\*) Заполняется только при травмах и отравлениях, Когда цифры обнесены кружочком

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200 г. Подпись \_\_\_\_\_

Оборотная сторона

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РБ		Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО
УЗ "6-я центральная районная клиническая поликлиника Ленинского района г. Минска" г. Минск, ул. Ульяновская, 5		Медицинская документация Форма . . . . . 025/у

<b>МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО №</b>	
	или код

Фамилия, имя, отчество							
Пол М/Ж	Дата рождения		Телефон: Домашний		Служебный		
Адрес больного: область				населенный пункт			
район				улица (переулок)			
дом №				корпус		кв. №	
Место службы, работы				отделение, цех			
		наименование и характер производства					
Профессия должность				иждивенец			

### Взят на диспансерное наблюдение

Дата взятия на учета	По поводу	Дата снятия с учета	Причина снятия

### Перемена адреса и работы

Дата	Новый адрес (новое место работы)



## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ

ДАННЫЕ ОПРОСА (нужное подчеркнуть)	
1. Изменились ли за последние месяцы цвет и размеры пигментных (родимых.) пятен?	Да или нет?
2. Есть ли на коже, губах, слизистой полости рта и языка язвы, трещины, разрастания, уплотнение и шелушение?	Да или нет?
3. Имеются ли затруднения при проглатывании жидкой или твердой пищи?	Да или нет?
4. Отмечаете ли в настоящее время общую слабость, ухудшение аппетита, нарастающее похудение, постоянные отрыжки и рвоты, чувство тяжести и боли в поджелудочной области, запоры, поносы?	Да или нет?
5. Отмечается ли примесь крови в моче, кале или дегтеобразный стул?	Да или нет?
6. Есть ли в настоящее время кашель, кровохаркание, боли в грудной клетке, осиплость голоса?	Да или нет?
7. Имеются ли уплотнения в молочных (грудных) железах, язвы, трещины в области соска, кровянистые выделения из соска?	Да или нет?
8. Имеются ли кровянистые выделения из влагалища, не связанные с месячными?	Да или нет?
9. Другие жалобы	Да или нет?

## ДАнные ОСМОТРА

	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Кожа											
Губа											
Язык и слизистая рта											
Пищевод											
Желудок											
Прямая кишка											
Легкие											
Молочная железа											
Матка											
Прочие											

*Подпись врача* \_\_\_\_\_

### Карта учета профилактических прививок

ПЛАНОВЫЕ ПРИВИВКИ							
Прививки против		Дата проведения	Доза	Наименование препарата	Серия	Реакция	
						местная	общая
Столбняка и дифтерии	Вакцинация № 1						
	Вакцинация № 2						
	Ревакцинация № 1						
	Ревакцинация № 2						
	Ревакцинация № 3						
	Ревакцинация № 4						

### Смотровой кабинет (осмотр гинеколога)

Дата	Диагноз	Цитология	Подпись





## АНАМНЕЗ

1. Перенесенные заболевания, операции:	
--	--

2. Наследственность:	
----------------------	--

3. Медикаментозная аллергия:	
------------------------------	--

4. Факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия,  
психоэмоциональные нагрузки, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, излишняя масса тела /подчеркнуть/, АГ

5. Вредные и опасные условия труда:	
-------------------------------------	--

6. Краткие сведения об основном заболевании:	
--	--

7. Прочие сведения:	
---------------------	--

8. Дата взятия на «Д» учет:	
-----------------------------	--

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_



**ЛИСТ ДЛЯ ВРАЧЕБНЫХ ЗАПИСЕЙ**  
(схема)

<b>Дата</b>	<b>Осмотр терапевта на приеме (на дому)</b>
<b>t --</b>	<b>Жалобы на ...</b>
<b>АД--</b>	
<b>пульс--</b>	
<b>ЧСС--</b>	
<b>ЧД--</b>	
	<b>Объективно:</b>
	<b>Диагноз:</b>
	<b>План обследования:</b>
	<b>Лечение:</b>
	<b>Сведения о выдаче листка нетрудоспособности или справки (при необходимости)</b>
	<b>Подпись врача</b>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### Данные обследования в поликлинике

КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН № 2240  
к направлению на госпитализацию, консультацию, обследование

Дата  /  /

Ф. И. О. больного \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_

Ф. И. О. врача \_\_\_\_\_ код врача

Направлен на госпитализацию (1), консультацию (2), обследование (3)

Куда направлен \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, шифр по МКБ

УЗ "6-я центральная районная клиническая поликлиника"

ТАЛОН НАПРАВЛЕНИЯ № 2240  
на госпитализацию, консультацию, обследование

куда

Ф. И. О. больного \_\_\_\_\_

Пол [М Ж] Год рождения \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_

Диагноз основной: \_\_\_\_\_

Диагноз сопутствующий: \_\_\_\_\_

Цель направления: \_\_\_\_\_

Находится на больничном листе \_\_\_\_\_

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Врач \_\_\_\_\_  
Зав. отд. \_\_\_\_\_

Лицевая сторона

Общие исследования:

Анализ крови \_\_\_\_\_

Анализ мочи \_\_\_\_\_

Анализ кала \_\_\_\_\_

Рентгеноскопия грудной клетки \_\_\_\_\_

Биохимический анализ \_\_\_\_\_

Реакция Вассермана \_\_\_\_\_

Данные ЭКГ \_\_\_\_\_

Другие исследования \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

Оборотная сторона

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Приложение 1  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
22.12.2006 № 976

Форма № 058/у

\_\_\_\_\_  
(наименование организации здравоохранения)

### Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки

1. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_

2. Пол: мужской / женский (нужное подчеркнуть)

3. Дата рождения: \_\_\_\_\_

4. Адрес фактического проживания пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(город, село, улица, номер дома, квартиры, домашнего телефона)  
5. Наименование и адрес места работы, учебы, службы, номер служебного  
телефона \_\_\_\_\_

6. Дата:

появления первых клинических признаков  
инфекционного заболевания, пищевого отравления,  
осложнения после прививки " \_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г.

первичного обращения за медицинской помощью по  
поводу инфекционного заболевания, пищевого отравления,  
осложнения после прививки " \_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г.

установления первичного / окончательного диагноза  
инфекционного заболевания, пищевого отравления,  
осложнения после прививки (нужное подчеркнуть) " \_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г.

последнего посещения места работы, службы, учебы " \_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г.

госпитализации в организацию здравоохранения " \_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г.

7. Госпитализирован в организацию здравоохранения:

\_\_\_\_\_  
(указать наименование)  
Лицевая сторона

8. Диагноз заболевания \_\_\_\_\_,  
первичный / окончательный (нужное подчеркнуть)

9. Код заболевания по МКБ-10 \_\_\_\_\_

10. Диагноз подтвержден лабораторно: да / нет (нужное подчеркнуть)

11. Предположительное место и дата заражения (пищевого отравления),  
потенциальные факторы передачи \_\_\_\_\_

12. Сведения об иммунизации больного (при заболеваниях, управляемых  
иммунологически) <\*> \_\_\_\_\_

13. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и  
дополнительные сведения \_\_\_\_\_

14. Дата и время передачи по телефону информации об инфекционном  
заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в  
санитарно-эпидемиологическую организацию <\*\*\*> \_\_\_\_\_

15. Сведения о лице, передавшем по телефону информацию об инфекционном  
заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в  
санитарно-эпидемиологическую организацию: должность \_\_\_\_\_,  
инициалы, фамилия \_\_\_\_\_

16. Сведения о лице, принявшем в санитарно-эпидемиологической  
организации по телефону информацию об инфекционном заболевании, пищевом  
отравлении, осложнении после прививки: должность \_\_\_\_\_,  
инициалы, фамилия \_\_\_\_\_

17. Регистрационный номер, присвоенный информации об инфекционном  
заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в "Журнале учета  
инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки"  
по форме N 060/у в санитарно-эпидемиологической организации \_\_\_\_\_

18. Дата почтового отправления настоящего экстренного извещения  
" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Лицо, заполнившее извещение \_\_\_\_\_  
должность      подпись      инициалы, фамилия

-----  
<\*> Заполняется в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую  
помощь, располагающих картой профилактических прививок больного по форме  
063/у.

<\*\*\*> Из фельдшерско-акушерского пункта информация об инфекционном  
заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки дополнительно  
передается в организацию здравоохранения, в чьем подчинении находится.

Оборотная сторона

## ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Приложение 1  
к постановлению  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
09.07.2010 № 92  
(в редакции постановления  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
21.04.2011 № 30)

Наименование организации \_\_\_\_\_

Форма 1 здр/у-10

### МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА о состоянии здоровья

Дана \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)  
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

Цель выдачи справки \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) \_\_\_\_\_

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о профилактических прививках и прочее) \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки \_\_\_\_\_

Срок действия справки \_\_\_\_\_

Врач-специалист (секретарь комиссии) \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)

Место для фотографии\* (размер 30 x 40 мм) \_\_\_\_\_  
Руководитель организации (заведующий структурным подразделением (обособленным структурным подразделением), председатель комиссии) \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)  
М.П.

\*Фотография вклеивается при выдаче медицинской справки о состоянии здоровья, подтверждающей годность к управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами, моторными маломерными судами, мощность двигателя которых превышает 3,7 киловатта (5 лошадиных сил), а также дубликата указанной медицинской справки о состоянии здоровья.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Наименование организации \_\_\_\_\_

Форма 1 мед/у-10

### ВЫПИСКА из медицинских документов

Дана \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)  
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

Место работы, учебы (профессия) \_\_\_\_\_

Выписка дана для предоставления \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) \_\_\_\_\_

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о профилактических прививках и прочее) \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_

Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_

Проведенное лечение \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Дата выдачи выписки \_\_\_\_\_

Врач-специалист \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)

Заведующий структурным  
подразделением \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)  
М.П.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Форма 131/у-ДВ  
Лицевая сторона

\_\_\_\_\_ (наименование организации здравоохранения)

КАРТА N \_\_\_\_\_

**учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет**

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_

3. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

4. Телефон домашний \_\_\_\_\_ телефон рабочий \_\_\_\_\_

телефон мобильный \_\_\_\_\_

5. Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

6. Место работы (службы, учебы) \_\_\_\_\_

1	Год	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.
2	Группа диспансерного наблюдения пациента					
3	Комплекс проводимых пациенту медицинских вмешательств (обследований):	Дата проведения и результат медицинского вмешательства (обследования)				
3.1	измерение артериального давления					
3.2	определение индекса массы тела					
3.3	электрокардиография					
3.4	общий анализ крови <*>					
3.5	общий анализ мочи <*>					
3.6	медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога (смотровой кабинет) <*>					
3.7	медицинский осмотр молочных желез					
3.8	пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы <*>					
3.9	проведение теста на скрытую кровь <*>					
3.10	определение глюкозы в крови <*>					
3.11	оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний по таблице SCORE <*>					
3.12	флюорография <*>					
3.13	офтальмотонометрия <*>					
4	Иная информация о состоянии здоровья пациента:					
	наследственный анамнез					
	курение (да/сколько сигарет в сутки, нет)					
	злоупотребление алкоголем (да, нет)					

<\*> Определяется таблицей 1 настоящего приложения.

Медицинское вмешательство (обследование)	Условия проведения	
	возраст	
	18 - 39 лет	40 лет и старше
Электрокардиография	по медицинским показаниям	пациентам от 40 до 65 лет - 1 раз в 2 года
Общий анализ крови	по медицинским показаниям	пациентам от 40 до 65 лет - 1 раз в 2 года
Общий анализ мочи	по медицинским показаниям	по медицинским показаниям
Медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога (смотровой кабинет)	1 раз в 3 года	пациентам от 40 до 65 лет - 1 раз в 3 года
Пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы	по медицинским показаниям	1 раз в 2 года
Проведение теста на скрытую кровь	по медицинским показаниям	пациентам от 40 до 65 лет - 1 раз в 2 года
Определение глюкозы в крови	по медицинским показаниям	пациентам от 40 до 65 лет - 1 раз в 2 года
Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний по таблице SCORE	1 раз в 5 лет	1 раз в 5 лет
Флюорография	обязательным и угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания контингентам пациентов - ежегодно; иным контингентам пациентов - 1 раз в 3 года	обязательным и угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания контингентам пациентов - ежегодно; иным категориям пациентов - 1 раз в 2 года
Офтальмотонометрия	пациентам от 35 до 39 лет, кровные родственники которых больны глаукомой, - ежегодно	пациентам от 40 лет, кровные родственники которых больны глаукомой, - ежегодно; иным пациентам - 1 раз в 3 года

Таблица 2

Год проведения диспансеризации пациенту	Заболевание (состояние) пациента, в наибольшей степени определяющее качество его жизни, факторы риска											
20__												
20__												
20__												
20__												
20__												
Время (число, месяц, год) прихода пациента для диспансерного наблюдения, определенное медицинским работником												
Дата, подпись пациента или его законного представителя об ознакомлении со временем (число, месяц, год) прихода для диспансерного наблюдения												
Отметка медицинского работника о приходе пациента для диспансерного наблюдения (число, месяц, год)												

## ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Форма 131/у-ДР  
Лицевая сторона

\_\_\_\_\_ (наименование организации здравоохранения)

**КАРТА N \_\_\_\_\_**

**учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет**

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_ 3. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

4. Телефон домашний \_\_\_\_\_

5. Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

6. Место учебы (работы) \_\_\_\_\_

1	Год прохождения диспансеризации пациентом	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.
2	Группа здоровья пациента					
3	Комплекс проводимых пациенту медицинских вмешательств (обследований):	дата проведения и результат медицинского вмешательства (обследования)				
3.1	измерение артериального давления					
3.2	электрокардиография					
3.3	определение глюкозы в крови					
3.4	общий анализ крови					
3.5	общий анализ мочи					
3.6	другие медицинские вмешательства (обследования) (указать какие)					
3.7	медицинский осмотр врача-педиатра участкового (врача общей практики)					
4	Иная информация о состоянии здоровья пациента:					
4.1	вредные привычки (если есть, указать какие)					
4.2	рост					
4.3	вес					
4.4	физическое развитие (индекс массы тела)					
4.5	острота зрения					
4.6	оценка осанки					

Оборотная сторона

Год проведения диспансеризации пациенту	Комплексная оценка состояния здоровья пациента
20__	
20__	
20__	
20__	
20__	

**Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом**

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента)  
в \_\_\_\_\_ году

Медицинские вмешательства (обследования), которые должны быть проведены пациенту при прохождении диспансеризации		Информация о проведении данных медицинских вмешательств (обследований) пациенту	
Название медицинского вмешательства (обследования)	Дата, когда назначено проведение медицинского вмешательства (обследования)	Название проведенного медицинского вмешательства (обследования)	Дата проведения указанного медицинского вмешательства (обследования) и подпись медицинского работника, его проводившего

С индивидуальным планом прохождения мною диспансеризации ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, инициалы пациента или его законного представителя)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

2.11.16. 4982041

## КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН к листку нетрудоспособности

Основной  дополнительный  первичный  продолжение  дата выдачи  дата начала случая ВН   
 дубликат

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) временно нетрудоспособного) \_\_\_\_\_  
 (адрес места жительства) \_\_\_\_\_ Дата рождения (число, месяц, год)

Предварительный диагноз по МКБ  (место работы (службы, учебы), должность) \_\_\_\_\_ Код причины ВН по ф.4 госстатистичности  Заключительный диагноз по МКБ  Вид ВН

---

**Уч. №39,я городская  
клиническая поликлиника**  
ул. Каролинская, 3  
(наименование организации здравоохранения, выдавшей листок нетрудоспособности)  
220045, г. МИНСК

**Серия АХ**  
4982041

Основной  дополнительный  первичный  продолжение  дата выдачи  дата начала случая ВН   
 дубликат

Фамилия   
 Собственное имя   
 Отчество   
 (если таковое имеется) временно нетрудоспособного  
 Дата рождения временно нетрудоспособного (число, месяц, год)  Режим

Предварительный диагноз по МКБ  Код причины ВН по ф.4 госстатистичности  Заключительный диагноз по МКБ  Вид ВН

(особые отметки) \_\_\_\_\_  
 (особые отметки) \_\_\_\_\_

**ВКК** <sup>№</sup> (особые отметки) \_\_\_\_\_

Дата	Длительность ВН		Должность, фамилия, подпись, личная печать председателя ВКК <sup>4</sup>
	непрерывная	суммарная	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ (СЛУЖБЫ, УЧЕБЫ):**

С какого числа (число, месяц, год)	По какое число включительно (число, месяц, год)	Фамилия, подпись, личная печать лечащего врача (помощника врача, фельдшера)	Должность, фамилия, подпись, личная печать руководителя
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

МРЭК:  (дата начала МСЭ)  (дата окончания МСЭ)  (заключение МРЭК) \_\_\_\_\_ (фамилия, подпись председателя МРЭК)

Заключение о трудоспособности  Приступить к работе (службе, учебе) с  Печать МРЭК

Печать организации  (фамилия, подпись, личная печать лечащего врача (помощника врача, фельдшера))

## ПРИЛОЖЕНИЕ 13

Приложение 2  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
23.10.2009 №998

Форма №2-мсэ/у-09

\_\_\_\_\_  
Наименование и адрес организации здравоохранения

Направление  
на медико-социальную экспертизу

Дата направления на медико-социальную экспертизу «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу \_\_\_\_\_

2. Число, месяц, год рождения «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. 3. Пол \_\_\_\_\_

4. Место жительства (пребывания) пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ контактный телефон \_\_\_\_\_

5. Документ, удостоверяющий личность пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу:

наименование документа \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_ когда выдан \_\_\_\_\_

6. Фамилия, имя, отчество законного представителя пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу (заполняется при наличии законного представителя): \_\_\_\_\_

7. Документ, удостоверяющий личность законного представителя; его место жительства (пребывания) (заполняется при наличии законного представителя): \_\_\_\_\_

наименование документа \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_ когда выдан \_\_\_\_\_

8. Инвалидом не является; инвалид первой, второй, третьей группы; «ребенок-. инвалид» \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть, указать)

(степень утраты здоровья)

9. Направляется впервые, повторно (нужное подчеркнуть)

10. Наименование места работы (службы, учебы), ее адрес (указать) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Кем работает пациент на момент направления на медико-социальную экспертизу \_\_\_\_\_

(указать должность, специальность (профессию), продолжительность работы по указанной специальности (профессии); если не работает, внести запись «не работает»)

12. Специальность (профессия), для получения которой проводится обучение \_\_\_\_\_

13. Пункты 10-12 настоящего Направления заполнены (нужное подчеркнуть) со слов пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу; со слов его законного представителя; предъявленных документов (перечислить): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

18. Результаты дополнительных методов диагностики (указываются результаты лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных, иных исследований) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

19. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

19.1. код основного заболевания по принятой Международной классификации болезней \_\_\_\_\_

19.2. основное заболевание \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

19.3. осложнения \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

19.4. сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

---

---

---

---

20. Нарушения основных видов функций организма пациента (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. № 97, глава 6): \_\_\_\_\_

21. Признаки ограничения жизнедеятельности, на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное подчеркнуть, указать): полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью \_\_\_\_\_

22. Клинико-трудовой прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

23. Реабилитационный потенциал: высокий, средний, низкий (нужное подчеркнуть).

24. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

25. Цель направления на медико-социальную экспертизу: продление листка нетрудоспособности, установление инвалидности (степени утраты здоровья), окончание срока инвалидности, досрочное переосвидетельствование, изменение (уточнение формулировки) причины инвалидности, изменение (коррекция) индивидуальной программы реабилитации инвалида в части определения условий труда инвалида, формирование (коррекция) индивидуальной программы реабилитации инвалида (программы реабилитации потерпевшего), определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (нужное подчеркнуть); для другого \_\_\_\_\_

(указать)

Председатель ВКК

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Члены ВКК

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Место печати

Линия отреза

-----  
Подлежит возврату в организацию здравоохранения, оказывающую пациенту медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях по месту его жительства (пребывания)

Отрывной талон

\_\_\_\_\_  
Наименование и адрес медико-реабилитационной экспертной комиссии

Дата отправки отрывного талон " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Отрывной талон к направлению на медико-социальную экспертизу направлен

(указать наименование и адрес организации здравоохранения)

(указать дату направления пациента на медико-социальную экспертизу)

1. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_

2. Место жительства (пребывания) пациента \_\_\_\_\_

3. Акт освидетельствования от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., N \_\_\_\_\_

4. Диагноз медико-реабилитационной экспертной комиссии и код основного заболевания по принятой Международной классификации болезней \_\_\_\_\_

5. Степень нарушения функций организма пациента (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. N 97, глава 6): \_\_\_\_\_

6. Степень ограничения жизнедеятельности (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. N 97, глава 6): \_\_\_\_\_

7. Заключение МРЭК \_\_\_\_\_

(инвалид первой, второй, третьей группы, категория "ребенок-инвалид" и степень утраты здоровья, утрата профессиональной трудоспособности в процентах)

(причина инвалидности)

(условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида)

(заключение о нуждаемости в формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента в организации здравоохранения)

8. Срок действия заключения МРЭК с " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель МРЭК \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия) \_\_\_\_\_ (подпись)

Место печати

## ПРИЛОЖЕНИЕ 14

Форма 106/у-10

**Корешок**  
**врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) № \_\_\_\_\_**  
**«Окончательное», «Предварительное», «Взамен предварительного»,**  
**«Взамен окончательного» № \_\_\_\_\_**  
(подчеркнуть)

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) умершего (фамилия матери мертворожденного) \_\_\_\_\_, идентификационный номер умершего (при его наличии) \_\_\_\_\_,

2. Дата рождения: , для детей 1-го месяца жизни

число месяц год

часы минуты

3. Масса тела ребенка (плода) при рождении: граммов \*

4. Дата смерти (обнаружения): ,

число месяц год

для детей 1-го месяца жизни

часы минуты

5. Смерть последовала: на месте происшествия – 1 , в машине скорой помощи – 2 , в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь, – 3

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

дома – 4 , в другом месте – 5 (указать) \_\_\_\_\_

6. Место жительства умершего (матери мертворожденного или умершего ребенка):

страна							
область (край)		район					
наименование населенного пункта (г., пгт, пос., дер., аг.)							
улица		дом		корпус		квартира	

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) выдал

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) получил

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ (данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование государственного

\_\_\_\_\_ органа, его выдавшего), лица, получившего врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата выдачи)

**Оборотная сторона**

7. Причина смерти (мертворождения):

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) – заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a)		Код непосредственной причины (шифр МКБ-10)
		(вызванная или явившаяся следствием)	
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b)		Код основной причины (шифр МКБ-10)
		(вызванная или явившаяся следствием)	
Основная причина смерти (мертворождения) – первоначальное заболевание или состояние	c)		
		(вызванная или явившаяся следствием)	

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней: 1 – алкогольное опьянение, 2 – другое.

III. Основное заболевание или состояние матери (последа), оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	d)**		Код основного заболевания матери (шифр МКБ-10)
Другие заболевания или состояния матери (последа), оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	e)**		

\*Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте 0–365 (366) суток.

\*\*Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте 0–6 суток.

-----  
(линия отреза)

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

Форма 106/у-10

**Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) № \_\_\_\_\_**  
**«Окончательное», «Предварительное», «Взамен предварительного»,**  
**«Взамен окончательного» № \_\_\_\_\_**  
(подчеркнуть)

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) умершего (фамилия матери мертворожденного) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, идентификационный номер умершего (при его наличии)

Мертворожденный – 1, умер в возрасте 0–6 суток – 2, умер в возрасте 7–365 (366) суток – 3.

2. Пол умершего (мертворожденного): мужской – 1, женский – 2, не определен – 3.

3. Место жительства умершего (матери умершего (мертворожденного))	страна					Код города (области)
	область (край)					
	район					
	наименование населенного пункта (г., пгт, пос., дер., аг.)					
	район в городе					
	улица					
	дом		корпус		квартира	

вид населенного пункта: город – 1, село – 2

4. Дата рождения: \_\_\_\_\_, для детей 1-го месяца жизни

число месяц год

часы минуты

5. Масса тела ребенка (плода) при рождении: граммов \*

6. Дата смерти (обнаружения): \_\_\_\_\_,

число месяц год

для детей 1-го месяца жизни

часы минуты

7. Место смерти (мертворождения):

а) страна \_\_\_\_\_ область \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_

наименование населенного пункта \_\_\_\_\_

б) Смерть последовала: на месте происшествия – 1, в машине скорой помощи – 2, в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь, – 3

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

дома – 4, в другом месте – 5 (указать) \_\_\_\_\_

8. Я, врач, государственный медицинский судебный эксперт \_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

в должности \_\_\_\_\_ удостоверяю, что на основании осмотра трупа медицинским работником (врачом, фельдшером, помощником врача) – 1, записей лечащего врача в медицинской документации – 2, вскрытия – 3 мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) – заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a)	(вызванная или явившаяся следствием)	Код непосредственной причины (шифр МКБ-10)
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b)	(вызванная или явившаяся следствием)	Код основной причины (шифр МКБ-10)
Основная причина смерти (мертворождения) – первоначальное заболевание или состояние	c)	(вызванная или явившаяся следствием)	

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с заболеванием или патологическим состоянием, приведшим к ней: 1 – алкогольное опьянение, 2 – другое.

III. Основное заболевание или состояние матери (последа), оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	d)**		Код основного заболевания матери (шифр МКБ-10)
Другие заболевания или состояния матери (последа), оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	e)**		

9. В случае смерти от последствий воздействия внешних причин (травм, отравлений, несчастных случаев, самоубийств и некоторых других):

а) дата

число    месяц    год

б) вид травмы: бытовая – 1 , уличная (кроме транспортной) – 2 , дорожно-транспортная – 3 , школьная – 4 , спортивная – 5 , производственная травма – 6 , прочая – 7

с) место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление, самоубийство, иной случай) \_\_\_\_\_

Код  
внешней  
причины  
(шифр МКБ-10)

10. Смерть женщины наступила: во время беременности – 1 , родов – 2 , в течение дней после родов.

11. Причина смерти (мртворождения) установлена:

лечащим врачом (лицом, его заменяющим) – 1, врачом, принимавшим роды, – 2 , врачом, констатировавшим смерть, – 3 , врачом-патологоанатомом – 4 , государственным медицинским судебным экспертом – 5 .

12. Сведения о матери мртворожденного или умершего ребенка в возрасте 0–365 (366) суток:

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) матери \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
идентификационный номер матери (при его наличии)

дата рождения

число месяц год

образование матери: высшее – 1, среднее специальное – 2, профессионально-техническое – 3 , общее среднее – 4 , общее базовое – 5 , общее начальное – 6 , не имеет общего начального – 7 ;

семейное положение матери: состоит в браке – 1 , не состоит в браке – 2

\_\_\_\_\_  
(сведения заполнены на основании записей, содержащихся в документах, удостоверяющих личность матери, со слов матери)

13. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах – 1 , первым из двойни – 2 , вторым из двойни – 3 , при других многоплодных родах – 4 \*.

14. Специальные сведения о матери (заполняются врачом, принимавшим роды и установившим смерть)\*

A |\_\_|\_\_| B |\_\_|\_\_| C\*\* |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| D |\_\_|\_\_|\_\_| E |\_\_|\_\_|  
F |\_\_|\_\_| G |\_\_|\_\_| H |\_\_|\_\_| I |\_\_|\_\_| J |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| K |\_\_|\_\_|

Врачебное свидетельство о смерти (мртворождении) выдал

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

Печать организации, выдавшей врачебное  
свидетельство о смерти (мртворождении)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата выдачи)

\_\_\_\_\_  
\*Заполняется в случае мртворождения и смерти младенца в возрасте 0–365 (366) суток.

\*\*Заполняется в случае мртворождения и смерти младенца в возрасте 0–6 суток.

Изменить
✕

Электронный рецепт

Диагноз

Вид рецепта

Обычный

Вид льготы

по инвалидности

Основные ЛС  По рецепту  Отеч. производство  Наличие в аптеках  Активн. рег. уд.

Поиск по торговому наименованию

Карвелэнд Фармлэнд таблетки 25мг упаковка №30

Поиск по МНН

Карведилол

Торговое наименование	МНН
Карвелэнд Фармлэнд таблетки 25мг упаковка №30 <small>Фармлэнд Минская обл. Беларусь</small>	Карведилол

Срок действия рег.уд. № рег. удостоверения

21.12.2016

02.04.2020

16/12/2650

Выписать по Название для печати на рецепте

торговому наименованию

Таб.Карведилол

Количество (Dtd №) Способ применения (S.)

30

По 1т 1р в день

Дата выписки Действителен с Льгота

28.04.2021

28.04.2021

100%

Срок действия Серия Номер Печать штрих код

2 месяца

бланки распределены после: [календарь]

✓ Сохранить и распечатать

✓ Сохранить и подписать

⌛ Отмена

**Письменное согласие пациента (уполномоченного лица)  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
 (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))  
 документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
 серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_,  
 дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г., проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_,  
 номер медицинской карты амбулаторного пациента: \_\_\_\_\_,  
 даю согласие на обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, в информационных системах, информационных ресурсах, базах (банках) данных в здравоохранении.

Мне разъяснено, что персональные данные будут переданы на хранение в автоматизированную информационную систему «Электронный рецепт».

\_\_\_\_\_  
 (дата)

\_\_\_\_\_  
 (подпись)

\_\_\_\_\_  
 (инициалы, фамилия)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 17

### РЕЦЕПТ ВРАЧА

для выписки лекарственных средств,  
реализуемых в аптеке за полную стоимость

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  Штамп организации здравоохранения или печать индивидуального предпринимателя	Медицинская документация Форма 1 Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь  Код организации здравоохранения или индивидуального предпринимателя
РЕЦЕПТ ВРАЧА	Дата выписки рецепта врача «__» _____ 20__ г. Рецепт врача действителен с «__» _____ 20__ г.
Фамилия, инициалы пациента _____ Дата рождения _____ Фамилия, инициалы врача _____	
Rp:	
Rp:	
Rp:	Подпись врача Личная печать врача
Настоящий рецепт действителен в течение 30 дней, 60 дней (ненужное зачеркнуть)	

\* Размер бланка рецепта врача 105 мм на 148 мм/

Оборотная сторона

Наименование лекарственного средства, его лекарственная форма, дозировка, фасовка и количество реализованных упаковок	Количество реализованных упаковок	Цена за упаковку, рублей	Сумма, рублей	№ аптеки, адрес, дата реализации и подпись фармацевтического работника

Номер лекарственного средства аптечного изготовления		Штамп аптеки	
Принял	Приготовил	Проверил	Реализовал

## ПРИЛОЖЕНИЕ 18

### РЕЦЕПТ ВРАЧА для выписки наркотического средства

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  Штамп государственной организации здравоохранения  УНП* государственной организации здравоохранения	
РЕЦЕПТ	Серия _____ № _____  _____ 20__ г. (дата выписки рецепта врача)
Фамилия, инициалы пациента  Возраст Место жительства (место пребывания) пациента Фамилия, инициалы врача  № медицинской карты амбу- латорного пациента	_____ (разборчиво) _____ _____ _____ (разборчиво) _____ _____
Rp:	
Подпись врача Личная печать врача	

Настоящий рецепт действителен в течение 5 дней

\* УНП - учетный номер плательщика.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 19

### РЕЦЕПТ ВРАЧА

для выписки психотропных веществ и лекарственных средств,  
обладающих анаболической активностью

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  Штамп организации здравоохранения или печать индивидуального предпринимателя	Медицинская документация      Форма 3 Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь  Код организации здравоохранения или инди- видуального предпринимателя
РЕЦЕПТ  <input type="checkbox"/> Основной бланк  <input type="checkbox"/> Дополнительный бланк к рецепту врача	Серия _____ № _____ «__» _____ 20__ г. (дата выписки рецепта врача)

Фамилия, инициалы пациента	_____
Возраст	_____
Место жительства (место пребывания) па- циента	_____
Фамилия, инициалы врача	_____
Rp:	Подпись врача Личная печать врача
Настоящий рецепт действителен в течение 30 дней	

Оборотная сторона

Название лекарствен- ного средства или пси- хотропного вещества, его дозировка	Количество реализован- ных упакো- вок	Цена за упакo- ку, рублей	Сумма, руб- лей	Номер аптеки, адрес, дата реализации и подпись фармацевти- ческого работника

Номер лекарственного средства или психо- тропного вещества индивидуального изго- товления	Штамп аптеки
Принял	Проверил
Приготовил	Реализовал

## ПРИЛОЖЕНИЕ 20

### РЕЦЕПТ ВРАЧА

для выписки лекарственных средств и перевязочных материалов  
на льготных условиях, в том числе бесплатно

**ОТРЫВНОЙ КОРЕШОК**

**Серия № 0000000**

Фамилия, инициалы пациента \_\_\_\_\_  
 Место жительства (место пребывания) пациента \_\_\_\_\_  
 Фамилия, инициалы врача-специалиста \_\_\_\_\_  
 Код (полностью), номер организации здравоохранения \_\_\_\_\_  
 Наименование лекарственного средства (доза, количество) или перевязочного материала  
 (количество) \_\_\_\_\_

Сумма к оплате организацией здравоохранения	Бесплатно	Оплата 10 процентов	Оплата 50 процентов
Реализовал _____ (подпись)		Получил _____ (подпись)	
(фамилия, инициалы)		(фамилия, инициалы)	

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  Штамп организации здравоохранения	Медицинская документация Серия № 0000000 Код (полностью), номер организации здравоохранения
---	--

<b>РЕЦЕПТ ВРАЧА</b>		
_____ 20__ г. (дата выписки рецепта)		
Рецепт действителен		
с _____ 20__ г.		
Бесплатно	Оплата 10 процентов	Оплата 50 процентов
Фамилия, инициалы пациента, его возраст (полностью) _____		
Номер и дата выдачи документа (документов), подтверждающего льготу _____		
Место жительства (место пребывания) пациента _____		
Фамилия, инициалы врача-специалиста _____		
Стоимость лекарственного средства или перевязочного материала, рублей	Rp:	
	Наименование лекарственного средства (доза, количество) или перевязочного материала (количество)	
Подпись и личная печать врача-специалиста		

Рецепт действителен в течение 5 дней, 30 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 21

### Основные рецептурные сокращения на латинском языке

№ п/п	Сокращенное наименование на латинском языке	Полное наименование на латинском языке	Перевод наименования с латинского языка на русский язык
1	Aa	ana	по, поровну
2	ac., acid.	acidum	кислота
3	aer.	aerzola (aerzolum)	аэрозоль
4	amp.	ampulla	ампула
5	aq.	aqua	вода
6	aq. purif.	aqua purificata	вода очищенная
7	but.	butyrum	масло (твердое)
8	caps.	capsulae	капсула
9	caps. gelat.	capsulae gelatinosae	желатиновая капсула
10	crem.	cremorum	крем
11	comp., cps., cp.	compositus (a, um)	сложный
12	cort.	cortex	кора
13	D.	Da. Detur. Dentur	Выдай. Пусть будет выдано. Пусть будут выданы
14	D. S.	Da, Signa; Detur, Signetur	Выдай, обозначь. Пусть будет выдано, обозначено. Выдать, обозначить
15	D. t. d.	Da (Dentur) tales doses	Выдай (выдать) такие дозы
16	dil.	dilutus	разведенный
17	div. in. p. aeq.	divide in partes aequales	раздели на равные части
18	emuls.	emulsum	эмульсия
19	empl.	emplastrum	пластырь
20	extr.	extractum	экстракт, вытяжка
21	flac.	flaco	флакон
22	fl.	flos	цветок
23	fol.	folium	лист
24	fruct.	fructus	плод
25	f.	fiat (fiant)	пусть образуется (образуются)
26	gel.	gelia (gelorum)	гель
27	gran.	granulum, orum	гранулы
28	gtt.	gutta, guttae	капля, капли
29	inf.	infusum	настой
30	in amp.	in ampullis	в ампулах
31	in tab.	in tab(u)lettis	в таблетках

32	lin.	linimentum	жидкая мазь
33	liq.	liquor	жидкость
34	lot.	lotions (lotionum)	лосьон
35	m. pil.	massa pilularum	пилюльная масса
36	m. ophthalm.	membranulae ophthalmicae	глазные пленки
37	M.	Misce. Miscetur	Смешай. Пусть будет смешано. Смешать
38	mixt.	mixtura	микстура
39	N.	numero	числом
40	ol.	oleum	масло (жидкое)
41	pil.	pilula	пилюля
42	p. aeq.	partes aequales	равные части
43	pulv.	pulvis	порошок
44	q. s.	quantum satis	сколько потребуется, сколько надо
45	r., rad.	radix	корень
46	Rp.	Recipe	Возьми
47	Rep.	Repete, Repetatur	Повтори, пусть будет повторено
48	rhiz.	rhizoma	корневище
49	S.	Signa. Signetur	Обозначь. Пусть будет обозна- чено
50	sem.	semen	семя
51	simpl.	simplex	простой
52	sir.	sirupus	сироп
53	spec.	species	сбор
54	spir.	spiritus	спирт
55	Steril.	Sterilisa. Sterilisetur; Sterilis	Простерилизуй. Пусть будет простерилизовано; стерильный
56	sol.	solutio	раствор
57	supp.	suppositorium	свеча
58	susp.	suspensio	суспензия, взвесь
59	tab.	tab(u)letta	таблетка
60	t-ra, tinct., tct.	tinctura	настойка
61	STT	Systemae Therapeuticum Transdermale	трансдермальная терапевтиче- ская система
62	ung.	unguentum	мазь
63	vit.	vitrum	склянка
64	ppt., praec.	praecipitatus	осажденный
65	past.	pasta	паста

## ПРИЛОЖЕНИЕ 22

### Основные рецептурные сокращения на белорусском и русском языках

№ п/п	Сокращенное наименование на белорусском / русском языке	Полное наименование на белорусском / русском языке
1	амп. / <b>амп.</b>	ампулы / <b>ампулы</b>
2	аэр. / <b>аэр.</b>	аэразоль для інгаляцый / <b>аэрозоль для ингаляций</b>
3	бут./ <b>бут.</b>	бутэлька / <b>бутылка</b>
4	в-ць / <b>ж-ть</b>	вадкасьць / <b>жидкость</b>
5	з-р / <b>с-р</b>	збор / <b>сбор</b>
6	капс. / <b>капс.</b>	капсулы / <b>капсулы</b>
7	капс. ваг. / <b>капс. ваг.</b>	капсулы вагінальныя / <b>капсулы вагинальные</b>
8	капс. к/р / <b>капс. к/р</b>	капсулы кішэчнарастваральныя / <b>капсулы кишечнорастворимые</b>
9	капс. мадыф. / <b>капс. модиф.</b>	капсулы з мадыфікаваным выслабаненнем / <b>капсулы с модифицированным высвобождением</b>
10	капс. праланг. / <b>капс. пролонг.</b>	капсулы пралангаваныя / <b>капсулы пролонгированные</b>
11	к-лі / <b>к-ли</b>	каплі / <b>капли</b>
12	к-лі вочн. / <b>к-ли глазн.</b>	каплі вочныя / <b>капли глазные</b>
13	к-лі вушн. / <b>к-ли ушн.</b>	каплі вушныя / <b>капли ушные</b>
14	кр. / <b>крем</b>	крэм / <b>крем</b>
15	лін-т / <b>лин-т</b>	лінімент (вадкая мазь) / <b>линимент (жидкая мазь)</b>
16	мікет. / <b>микст.</b>	мікстура / <b>микстура</b>
17	мазь / <b>мазь</b>	мазь / <b>мазь</b>
18	м-ла / <b>масло</b>	масла (вадкае) / <b>масло (жидкое)</b>
19	наст. / <b>настой</b>	настой / <b>настой</b>
20	н-ка / <b>н-ка</b>	настойка / <b>настойка</b>
21	пар. / <b>пор.</b>	парашок / <b>порошок</b>
22	пар. д/інг. / <b>пор. д/инг.</b>	парашок для інгаляцый / <b>порошок для ингаляций</b>
23	паст. / <b>паст.</b>	паста / <b>паста</b>
24	пасц. / <b>п-ки</b>	пасцілкі / <b>пастилки</b>
25	пласт./ <b>пласт.</b>	пластыры / <b>пластыри</b>
26	р-р / <b>р-р</b>	раствор / <b>раствор</b>
27	р-р спірт. / <b>р-р спирт.</b>	раствор спіртавы / <b>спиртовой раствор</b>
28	сіроп / <b>с-п</b>	сіроп / <b>сироп</b>
29	салф. / <b>салф.</b>	салфеткі / <b>салфетки</b>
30	супаз. вагін. / <b>суппоз. вагін.</b>	супазіторыі вагінальныя / <b>суппозитории вагинальные</b>
31	супаз. рэкт. / <b>суппоз. рект.</b>	супазіторыі рэктальныя / <b>суппозитории ректальные</b>

32	сусп./ сусп.	суспензія / суспензия
33	таб. / таб.	таблеткі / таблетки
34	таб. ваг./ таб. ваг.	таблеткі вагінальня / таблетки вагинальные
35	таб. жав./ таб. жеват.	таблеткі жавальня (для разжоўвання) / <b>таблетки жевательные (для разжевывания)</b>
36	таб. мадыф. / таб. модиф.	таблеткі з мадыфікаваным выслабаненнем / таб- <b>летки с модифицированным высвобождением</b>
37	таб. п/аб. кішэчн. / таб. п/об. кішечн.	таблеткі, пакрытыя кішэчнарастваральнай аба- лонкай / <b>таблетки, покрытые кишечнораство- римой оболочкой</b>
38	таб. пад'яз. / таб. подяз.	таблеткі пад'язычныя (сублінгвальня) / <b>таблетки подязычные (сублингвальные)</b>
39	таб. праланг. / таб. пролонг.	таблеткі пралангаваня / <b>таблетки пролонгированные</b>
40	таб. раствар. / таб. раствор.	таблеткі растваральня / <b>таблетки растворимые</b>
41	таб. шыпуч. / таб. шипуч.	таблеткі шыпучыя / <b>таблетки шипучие</b>
42	ТТС / ТТС	транздэर्मальная тэрапеўтычная сістэма / <b>трансдермальная терапевтическая система</b>
43	упак. / упак.	упакоўка / упаковка
44	флак. / флак.	флаконт / флакон
45	эмул. / эмул.	эмульсія / эмульсия

## ПРИЛОЖЕНИЕ 23

### ПЕРЕЧЕНЬ

лекарственных средств и психотропных веществ, не разрешенных к выписке  
в одном рецепте врача больше норм единовременной реализации

№ п/п	Международное непатентованное наименование или торговое название лекарственного средства, наркотического средства и психотропного вещества	Предельно допустимая норма единовременной реализации (граммов, миллиграммов), количество (штук, флаконов, таблеток)
1	Лекарственные средства:	
1.1	Дифенгидрамин раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
1.2	Дифенгидрамин таблетки 50 мг	20 таблеток
1.3	Комбинированные лекарственные средства, содержащие эфедрин и псевдоэфедрин, в виде сиропа или микстуры	2 флакона
1.4	Этанол, раствор для наружного применения 70-процентный во флаконах по 100 мл	2 флакона
2	Психотропные вещества:	
2.1	Алпразолам	45 миллиграммов
2.2	Буторфанол	72 миллиграмма
2.3	Диазепам	0,45 грамма
2.4	Золпидем	0,6 грамма
2.5	Клонидин (Клофелин)	15 миллиграммов
2.6	Клоназепам	240 миллиграммов
2.7	Лоразепам	200 миллиграммов
2.8	Медазепам	1,5 грамма
2.9	Метилфенидат	1,7 грамма
2.10	Мидазолам	0,9 грамма
2.11	Нитразепам	0,6 грамма
2.12	Оксазепам	3 грамма
2.13	Г-Федрин	60 таблеток
2.14	Темазепам	1 грамм
2.15	Теофедрин	30 таблеток
2.16	Гианептин (Коаксил)	2,3 грамма
2.17	Трамадол	5 граммов
2.18	Триазолам	15 миллиграммов
2.19	Феназепам	50 миллиграммов
2.20	Фенобарбитал	1,5 грамма
2.21	Хлордиазепоксид	1,5 грамма

2.22	Эфедрин	0,6 грамма
3	Наркотические средства:	
3.1	Бупренорфин	0,1 грамма
3.2	Декстропропоксифен	1,3 грамма
3.3	Гидроморфон в таблетках пролонгированного действия:	
3.3.1	8 мг	1 блистер
3.3.2	16 мг	1 блистер
3.3.3	32 мг	1 блистер
3.3.4	64 мг	1 блистер
3.4	Морфин	1 грамм
3.5	Морфин раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
3.6	Морфин в таблетках с продолжительностью действия не менее 12 часов:	
3.6.1	10 мг	1 блистер
3.6.2	30 мг	1 блистер
3.6.3	60 мг	1 блистер
3.6.4	100 мг	1 блистер
3.6.5	200 мг	1 блистер
3.7	Тримеперидин (Промедол)	250 миллиграммов
3.8	Тримеперидин (Промедол) раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
3.9	Фентанил в виде трансдермальной терапевтической системы (далее - ТТС):	
3.9.1	12,5 мкг/час	5 ТТС
3.9.2	25 мкг/час	5 ТТС
3.9.3	50 мкг/час	5 ТТС
3.9.4	75 мкг/час	5 ТТС
3.9.5	100 мкг/час	5 ТТС
3.10	Фентанил, таблетки сублингвальные:	
3.10.1	100 мкг	1 блистер
3.10.2	200 мкг	1 блистер
3.10.3	300 мкг	1 блистер
3.10.4	400 мкг	1 блистер
3.10.5	600 мкг	1 блистер
3.10.6	800 мкг	1 блистер

ПЕРЕЧЕНЬ

заболеваний, дающих право гражданам на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, при амбулаторном лечении, а также лечебным питанием

№ п/п	Наименование заболевания	Код по МКБ-10*
1	Туберкулёз	A 15 – A 19
2	Шейно-лицевой актиномикоз	A 42.2
3	Острый вирусный гепатит С****	B 17.1
4	Хронический вирусный гепатит С****	B 18.2
5	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	B 20 – B 24
6	Инфекция COVID -19	B 34.2 B 97.2
7	Злокачественные новообразования	C 00 – C 97
8	Полицитемия истинная	D 45
9	Миелодиспластический синдром	D 46
10	Другие новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	D 47
11	Другие наследственные гемолитические анемии	D 58.0 – D 58.1
12	Приобретённая гемолитическая анемия	D 59
13	Апластические и другие анемии	D 60 – D 61
14	Наследственный дефицит фактора VIII	D 66
15	Наследственный дефицит фактора IX	D 67
16	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	D 69.3
17	Другие нарушения свёртываемости	D 68.0 - D 68.3
18	Первичные иммунодефициты	D 71, D 80 – D 84, G 11.3, Q 87.8
19	Другие уточнённые нарушения с вовлечением им-	D 89.8

	мунного механизма, не классифицированные в других рубриках (антифосфолипидный синдром)	
20	Врождённый гипотиреоз	Е 03.0 – Е 03.1
21	Атрофия щитовидной железы (приобретенная)	Е 03.4
22	Другие уточнённые гипотиреозы	Е 03.8, Е 89.0
23	Сахарный диабет	Е 10 – Е 14, Р 70.2, О 24, Е 89.1
24	Гипопаратиреоз	Е 20, Е 89.2
25	Акромегалия и гипофизарный гигантизм	Е 22.0
26	Гиперпролактинемия	Е 22.1
27	Другие состояния гиперфункции гипофиза	Е 22.8
28	Болезнь Иценко-Кушинга	Е 24.0
29	Недостаточность коры надпочечников	Е 27.1, Е 27.4
30	Гипопитуитаризм	Е 23.0, Е 89.3
31	Несахарный диабет	Е 23.2
32	Врождённые адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов	Е 25.0
33	Тяжёлая белково-энергетическая недостаточность***	Е 43
34	Гликогенозы	Е 74.0
35	Нарушение обмена меди	Е 83.0
36	Кистозный фиброз	Е 84
37	Фенилкетонурия**	Е 70.1
38	Нарушение обмена тирозина***	Е 70.2
39	Другие нарушения обмена ароматических аминокислот***	Е 70.8
40	Болезнь «кленового сиропа», или лейциноз***	Е 71.0
41	Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью***	Е 71.1
42	Нарушение обмена жирных аминокислот***	Е 71.3
43	Нарушение обмена серосодержащих аминокислот***	Е 72.2
44	Шизофрения	F 20

45	Синдром де-ла-Туретта	F 95.2
46	Болезнь Гентингтона	G 10
47	Наследственная атаксия	G 11
48	Детская спинальная мышечная атрофия, 1 тип	G 12.0
49	Болезнь двигательного нейрона	G 12.2
50	Болезнь Паркинсона	G 20
51	Вторичный паркинсонизм	G 21
52	Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев	G 23
53	Дистония	G 24
54	Рассеянный склероз	G 35
55	Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы	G 37.3
56	Эпилепсия	G 40
57	Наследственная и идиопатическая невропатия	G 60
58	Воспалительная полиневропатия (первые 6 месяцев от начала заболевания)	G 61
59	Миастения и другие нарушения нервно-мышечного синапса	G 70
60	Миотонические расстройства	G 71.1
61	Врождённые миопатии	G 71.2
62	Поражение нервно-мышечного синапса и мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках	G 73
63	Детский церебральный паралич	G 80
64	Полисистемная дегенерация	G 90.3
65	Сирингомиелия и сирингобульбия	G 95.0
66	Глаукома	H 40
67	Острый инфаркт миокарда (первые 6 месяцев от начала заболевания)	I 21
68	Повторный инфаркт миокарда (первые 6 месяцев от начала заболевания)	I 22
69	Легочная гипертензия	I 27.0 - I 27.2
70	Цереброваскулярные болезни (первые 6 месяцев от начала заболевания)	I 60 - I 64
71	Астма	J 45

72	Болезнь Крона	K 50
73	Язвенный колит	K 51
74	Аутоиммунный гепатит	K 73.8
75	Первичный билиарный цирроз	K 74.3
76	Первичный склерозирующий холангит	K 83.0
77	Нарушения всасывания после хирургического вмешательства, неклассифицированные в других рубриках	K 91.2
78	Пузырчатка обыкновенная	L 10.0
79	Пузырчатка эритематозная	L 10.4
80	Дерматит герпетиформный (болезнь Дюринга)	L 13.0
81	Генерализованный пустулезный псориаз	L 40.1
82	Псориаз артропатический	L 40.5
83	Другой псориаз	L 40.8
84	Серопозитивный ревматоидный артрит	M 05
85	Другие ревматоидные артриты	M 06
86	Юношеский (ювенильный) артрит	M 08
87	Узелковый полиартериит	M 30.0
88	Полиартериит с поражением легких (Черджа – Стросса)	M 30.1
89	Гранулематоз Вегенера	M 31.3
90	Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией	M 31.5
91	Системная красная волчанка	M 32
92	Полимиозит	M 33.2
93	Системный склероз	M 34
94	Сухой синдром (Шегрена)	M 35.0
95	Другие перекрёстные синдромы	M 35.1
96	Болезнь Бехчета	M 35.2
97	Ревматическая полимиалгия	M 35.3
98	Анкилозирующий спондилит	M 45
99	Нефротический синдром	N 04
100	Терминальная стадия поражения почек	N 18.0
101	Незавершённый остеогенез	Q 78.0

102	Врождённый ихтиоз	Q 80
103	Буллезный эпидермолиз*****	Q 81.0 - Q 81.2 Q 81.8 - Q 81.9
104	Синдромы врождённых аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью	Q 87.1
105	Синдром Тернера	Q 96
106	Синдром Клайнфелтера, кариотип 47, ХХУ	Q 98.0
107	Наличие трансплантированной почки	Z 94.0
108	Наличие трансплантированного сердца	Z 94.1
109	Наличие трансплантированной печени	Z 94.4
110	Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата (в течение 6 месяцев после операции)	Z 95.1
111	Наличие протеза сердечного клапана	Z 95.2
112	Наличие ксеногенного сердечного клапана	Z 95.3
113	Наличие коронарного ангиопластического имплантата и трансплантата (в течение 6 месяцев после операции)	Z 95.5
114	Наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов (в течение 6 месяцев после операции)	Z 95.8

\*Международная классификация болезней

\*\* Детям до 18 лет и беременным женщинам предоставляется бесплатное лечебное питание

\*\*\* Детям до 18 лет предоставляется бесплатное лечебное питание

\*\*\*\* Детям до 18 лет

\*\*\*\*\* Предоставляется бесплатное обеспечение лекарственными средствами для обработки раневой поверхности и обеспечение перевязочными материалами со скидкой 90 процентов от их стоимости.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
Введение	3
Основная медицинская документация врача амбулаторной практики (утвержденные формы)	5
Паспорт терапевтического участка	6
Талон на прием к врачу	10
Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях	10
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	11
Медицинская карта амбулаторного больного	12
Направление на госпитализацию, консультацию, обследование	17
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививок	18
Медицинская справка о состоянии здоровья	19
Выписка из медицинских документов	29
Карта учета прохождения диспансеризации пациентом	31
Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом	32
Листок нетрудоспособности	33
Направление на медико-социальную экспертизу	63
Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)	64
Рецепт врача	68
ЛИТЕРАТУРА	81
ПРИЛОЖЕНИЯ	85
Приложение 1	85
Приложение 2	86
Приложение 3	88

Приложение 4	89
Приложение 5	99
Приложение 6	100
Приложение 7	102
Приложение 8	103
Приложение 9	104
Приложение 10	106
Приложение 11	107
Приложение 12	108
Приложение 13	109
Приложение 14	114
Приложение 15	119
Приложение 16	120
Приложение 17	121
Приложение 18	122
Приложение 19	123
Приложение 20	124
Приложение 21	125
Приложение 22	127
Приложение 23	129
Приложение 24	131