

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік Медицина
Университеті

Мамандығы: Жалпы тәжірибелік дәрігер



Интерннің Өзіндік Жұмысы

Тақырыбы: Профилактикалық егулерді тіркеу журналының форма № 064/у, жұқпалы аурулар жөнінде жедел хабарлама форма №058/у, медициналық- әлеуметтік комиссияға жолдама 088/у, диспансерлік бақылаудың картасы № 030/у, санаторлы-курорттық карта № 072/у оқу түрін толтыру.

Тексерген: Саулеева Ф.С

Орындаған: Гиниятова А 633 топ

ЖОСПАРЫ:



- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
 - -профилактикалық егулерді тіркеу журналының Форма № 064
 - - жұқпалы аурулар жөнінде жедел хабарлама Форма № 058/у
 - -медициналық – әлеуметтік комиссияға жолдама 088/у
 - -диспансерлік бақылаудың картасы №030/у
 - -санаторлы-курорттық карта № 072/у
- III. Қорытынды

№064



Список В
Диспанс

А1 Форматы
Формат А4

439

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Мемлекеттік заңнамалар бөлімі Республика Қазақстан	ҚС ЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2010 жылғы «23» қарашадғы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064/с нысаны Медициналық құжаттама Медициналық документация Формат №064/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года. №-907
---	--

Профилактикалық екпелерді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛЫ
учета профилактических прививок
за 20__ жыл(год)

№ № №	Тегі, ата, ақпанын ата, бөлеміне, інісі, отбасы	Туған күн Дата рожде- ния	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс немесе оқу орнының ата Название места работы или учебного заведения	Вакцинация, препараттың анатоксиннің және т.б. атылары Название препарата вакцина, анатоксин и пр.	Егу немесе қайталап егу Вакцинация или ревакцинация	Екпе тәсілі: тері астына, тері үстіне, тері арасына және т.б. Метод прививок: подкожно, внутривенно, интрамускулярно и пр.
1	2	3	4	5	6	7	8

№064/с и. артқы беті
Разворот ф. № 064/у

Екпелер Прививки		I тип I - я		II тип II - я		III тип III - я		Реакция экскп жәрде, жалпы, қандай ескелден жасін Реакция местная, общая, после какой прививки	Ескерту примечание	
күн дата	доза	сериясы серия	күн дата	доза	сериясы серия	күн дата	доза			сериясы серия
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Профилактикалық егулер



- * Жоспарлы- ағымдағы инфекциямен ауру кезеңінен тәуелсіз жүргізіледі (жас мөлшеріне, денсаулық жағдайына қарамастан).
- * Эпидемиялық көреткіштер бойынша- қолайсыз ағымды эпидемиялық жағдай (тұмау, қатерлі инфекция т.б) туындағанда немесе пайда болу қаупі төнгенде, қоздырғыш көзімен қарым қатынас кезінде, эпидемиологиялық қолайсыз аумақта жүргенде жасалады.
- * Шұғыл профилактика- сіреспе, құтыру аурулары кезінде жүргізіледі.

№ 064



- Профилактикалық тіркеу журналы - емдік-профилактикалық мекемелердегі жүргізілген ай сайынғы екпелерді тіркеуге арналған.
- Бұл форма жасөспірімдер мен ересек тұрғындарға арналған екпелерді есепке алуға қолданылады.
- Екпе жасалар алдында екпеге патологиялық реакциясын анықтауда жүргізілген аллергологиялық сынамалар көрсетіледі.
- Жүргізілген екпелердің санына байланысты екпенің әр түріне бөлек журналға тіркеледі.
- Журналдағы мәліметтер профилактикалық екпе жөнінде есеп беруге қолданылады.

“Жұқпалы аурулар жөнінде жедел хабарлама № 058”/у



- -жұқпалы ауру, азық-түлік өнімдерімен, жедел, кәсіби улану, егуге организмнің өзгеше жауабы туралы шұғыл хабарлама негізінде бактерия бөлуші науқастар есепке алынады. Шұғыл хабарламаның жіберілу мерзімі- бактерия бөлу анықталғаннан кейін, бір тәулік ішінде.
- -дәрігерлер және орта медициналық қызметкерлерімен, мектеп, балалар үйі, мектепке дейінгі мекемелердің медқызметкерімен, аурудың пайда болу шарттарынан тәуелсіз құрылады: қаралу кезінде, профтексеруде, стационарда емделу кезінде т.б.
- -емдеу – профилактикалық мекемелерінде және санэпид қадағалау орындарында хабарлама қозғалысын тіркеу және қадағалау үшін, әр хабарлама № 060/у “ Инфекциялық ауруларды тіркеу журналына ” тіркеледі.

№058/у



№ 233

А5 форматы
Формат А5

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2010 жылы «23» қарашаны № 907 бұйрығымен бекітілген № 058/у нысанындағы медициналық құжаттың Медициналық документация Форма № 058/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907
--	---

Инфекциялық ауру, тамақтан, кенеттен қасиби ұлану, екітесі әдеттегіден бозек реакция болғаны туралы
ШҮҒЫЛ ХАВАРЛАМА
ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ
об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

1. Диагнозы:
сәртпалық волнен растауды; но, жөк (астың сығылғы) (подтвержден лабораторно; да, нет (подвержен/усть))
2. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)
- Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность)
3. Жынысы (Пол)
4. Жасы (14 жасқа дейінгі балалар үшін-туған күні) (Возраст (для детей до 14 лет-дата рождения))
5. Мекенжайы, елді мекен (Адрес, населенный пункт)
көшесі (улица) _____ үй № (дом №) _____ пәт. № (кв. №)
- жөк, коммуналық, жетекшісі-топқастарып жанығы (индивидуальна, коммунальна, общежитие-визиты)
6. Жұмыс орнының (оқу, балалар мекемесі) атауы мен мекенжайы (Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения))
7. Күнәсір (Даты):
аурулары (заболевания)
алғашқы келу (анықталу күні) (первичного обращения (выявления))
дәлелсіз қойылың (установления диагноза)
балалар мекемесіне, мектепке келесі баруы (последующего посещения детского учреждения, школы)
- смауте жатқызу (госпитализации)
8. Емдеуге жатылау орны (Место госпитализации)
9. Егер ұланса – қайсы, немен ұзданғаны көрсетіңіз (Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший)
10. Жүргізілген алғашқы эпидемияға қарсы іс-шаралар мен қосымша мәліметтер (Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения)

№ 058/с и артка беті (Оборот ф. № 058/с)
11. СЭС-ка алғашқы сигнал берілген күні, сағаты (телефон арқылы және т.б.) (Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС))

Хабарлаушының тегі (Фамилия сообщившего)
Хабарламаны кім қабылдады (Кто принял сообщение)
12. Мәлімдемелі жіберілген күні мен сағаты (Дата и час отсылки извещения)
Мәлімдемелі жіберген адамның қолы (Подпись пославшего извещения)
Тіркеу № (Регистрационный №) журналдың № нысанында (в журнале ф. №)
санэпидстанцияда (санэпидстанции)
Мәлімдемелі алған адамның қолы (Подпись получившего извещение)

Инфекциялық ауруды, тамақтан улануды, жіті кәсіби улануды анықтаған немесе күдіктенген барлық жағдайларда, сонымен қатар диагнозы өзгергенде медициналық қызметкері толтырады.

Наукасты анықтаған уақыттан 12 сағатқа дейін наукас табылған аймақпын санэпидстанциясына жіберіледі.

Диагнозы өзгеруі туралы хабарланған жағдайда мәлімдемелінің 1 т. өзгерген диагнозы, оның қойылған уақыты және алғашқы диагнозы көрсетіледі.

Мәлімдемелі сонымен қатар үй және жабайы жануарлар тістіген, тырнаған, сілскейін жұқтырған жағдайларда құтырма ауруына күдік туына байланысты толтырылады.

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревавших их, а также при изменении диагноза.

Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п.1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапывания, ослюбления домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

- * Қазіргі таңда диспансерлік кабинеттің медициналық қызметкерлерімен диспансерлік науқастарды іріктеу мақсатында (қайтыс болған, тіркеуден шыққан), бірыңғай озо/у формалы карта толтырылады.
- * озо/у формасы ҚР ДСМ № 885 бұйрығының диспансеризация протоколына сәйкес негізгі диагнозбен, диспансерлік бақылаудың жүргізілу барысына негізделіп толтырылады.

**

№ 030/у



Государственное коммунальное предприятие «Сарыарқа поликлиника №5»

ЖУМАБЕКОВНА	26.11.2001	С94.7	Другие уточненные коды	20.01.2015
-------------	------------	-------	------------------------	------------

357

A5 форматы
Формат А5

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030 / с нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года №907

ДИСПАНСЕРЛІК КАДАЛАУДЫҢ БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ
КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Дорігердің тегі (Фамилия врача) _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Есепке алу күні (Дата взятия на учет) _____ Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) _____ Шығарылу себебі (Причина снятия) _____ Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____ _____	Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (история развития ребенка)) _____ Қай сырқаттың сақдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____ _____
_____	Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____ күні (дата)
_____	Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде (астың сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре (подчеркнуть))

1. ТАӘ (ФИО) _____
2. Жынысы: еркек, әйел (астың сызыңыз) (Пол: муж., жен. (подчеркнуть)) _____
3. Туған күні (Дата рождения) _____
4. Мекенжайы (Домашний адрес) _____
5. Үй телефоны (Домашний телефон) _____

қызметтік телефоны (служебный телефон) _____



345.9			
D50.8	Другие железодефицитные анемии		13.01.2015
D50.8	Другие железодефицитные анемии		13.01.2015
D50.8	Другие железодефицитные анемии		02.11.2015

359

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

№ 072/у



А4 форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚУЖЖ бойынша ұйым коды Қолд. организации код ОКЗКО
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашаның № 907 бұйрығымен Бекітілген № 072/у медициналық құжаттама Медицинская документация Формы № 072/у утверждена приказом м.а. Министром здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

САНАТОРИЯЛЫҚ - КУРОРТТЫҚ КАРТА
САНАТОРИО - КУРОРТНАЯ КАРТА
№ _____
20__ жылғы (года) _____

Санаториялық немесе амбулаторлық-курстық емделуге жолдау қағазы көрсеткенде беріледі. Бұл картасыз жолдау қағазы күшіне сілбейді. (Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторно-курсовое лечение. Без настоящей карты путевка недействительна)

Карта берген емдеу ұйымының мекенжайы (Адрес лечебной организации, выдавшей карту):

Облыс (Область) _____
Аудан (район) _____
Қала (город) _____
Көше (улица) _____

Емдеуші дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество лечащего врача) _____

1. Науқастың ТАО (ФИО больного) _____
Жынысы: еркек, әйел (астың сызыңыз), туған жылы (Пол: муж., жен., (подчеркнуть)), год рождения) _____

Науқастың мекенжайы (Адрес больного) _____

2. Жұмыс орны (Место работы) _____

3. Лауазымы (Занимаемая должность) _____

4. Шағым, қашаннан бері сыржат, анамнез деректері, бұның алдындағы емделуі, оның ішінде санаториялық-курорттық (Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное)



464

Клиникалык, зертханалык, рентгенологиялык жана башка зерттеуларди кыскаша деректери (кунари) (Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты))

6. Диагноз: а) негизги (основной) _____
б) кошалым сыркаттары (сопутствующие заболевания) _____

КОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

Курорттук емдүү (Курортное лечение) _____
үсымылган курорттарды көрсөтүңүз (указать рекомендуемые курорты)

а) санаторийде (в санатории) _____
бейини көрсөтүңүз (указать профиль)

б) амбулатордук - курорттук (амбулаторно-курортное)

Жергиликті санаторийде емдүү үсымылады (курорттан тыс) (Рекомендуется лечение в местном санатории (вне курорта)) _____
санаторий бейини көрсөтүңүз (указать профиль санатория)

Жыл мезгілі (Время года) _____

М.О. Емдүүші дәрігер (Лечащий врач) _____
М.П. Болымыс меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

Handwritten notes on the right side of the page:
...медицина
...физика
...негиз
...сан
...кис
...жана
...кис
...жана



- Медициналық – әлеуметтік комиссияға жолдама беру үшін 088/у формасы толтырылады- ол лабораториялық талдау қорытындысы бар қағазбен, қорытынды диагнозбен бірге беріледі. Демек МСӘК келген науқасқа диагноз қоймайды. Сонымен қатар кәсіби аурумен ауыру жағдайын зерттеу актісі қажет етіледі.



10.2. тұрмыстық – 1, өндірістік – 2, көшедегі (жол-көліктіктен басқа) – 3, жол-көліктік – 4, мектептегі – 5, спорттық – 6, ике жаракты болған жағдайда – 7 (қажетін астын сызыңыз) / при наличии травмы: бытовая – 1, производственная – 2, личная (кроме дорожно-транспортной) – 3, дорожно-транспортная – 4, школьная – 5, спортивная – 6, прочее – 7 (укажите подробнее).

а) жаракатты алу күні (дата получения травмы): _____ күні/ число _____ айы/ месяц _____ жылы/год,
б) жаракат қайда және қай жағдайда алынды (толық баындаңыз) (место и обстоятельства, при которых произошла травма (указать подробно): _____

10.3. өткізілген оңалту іс-шараларының нәтижелері (результаты проведенных реабилитационных мероприятий)

10.4. еңбек жағдайының өзгертуі (изменение условий труда)

11. Уақытша еңбекке жарамсыздық (соңғы 12 айдың мәліметтері) (Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев))

айының (с) _____ дейін (по) _____	Аурудың атауы (Название болезни)

12. Оңалту іс-шараларының жоспары (План реабилитационных мероприятий)

13. МСЭ жіберген кездегі науқастың жағдайы. (Состояние больного при направлении на МСЭ)

13.1. терапияға ұжас тексеру мәліметтері (данные объективного обследования терапевта)

13.2. неврологтың ұжас тексеру мәліметтері (данные объективного обследования невролога)

13.3. хирургтың ұжас тексеру мәліметтері (данные объективного обследования хирурга)

13.4. Басқа да мамандардың ұжас тексеру мәліметтері (Данные объективного обследования других специалистов)

14. Қосымша зерттеудің мәліметтері (данные дополнительных исследований)

15. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования)

_____ кесу сызығы (линия отреза)

МСС қорытынаы туралы денсаулық сақтау ұйымының хабарламасы
Извещение организации здравоохранения о заключении МСЭ

- Жіберген денсаулық сақтау ұйымының атауы (Наименование направившей организации здравоохранения) _____
- Жіберген денсаулық сақтау ұйымының мекен-жайы (Адрес направившей организации здравоохранения) _____
- Жіберген күні (Дата направления) _____
- Аты, тегі, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
- Туған күні (Дата рождения) _____
- Топтағы мүгедек (Инвалид группы) Жалпы еңбекке қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты общей трудоспособности) _____ Кәсіби еңбекке қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты профессиональной трудоспособности) _____
- Тіркеу орны (Адрес регистрации) _____
- Жұмыс орны (Место работы) _____
- Лауазымы (Должность) _____

16. МСЭ жіберу кезінде клиникалық-функционалдық диагноз (Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ): _____



16.1 негізгі аурулар (основное заболевание)

16.2 қосалқы аурулар (сопутствующие заболевания)

16.3 асқынулар (осложнения)

17. МСЭ бағыттау негіздемесі: мүгедектікті белгілеу, қайта куәландіру, мерзімнен бұрын қайта куәландіру, жалпы еңбек ету қабілетінен айрылу дәрежесін белгілеу (бастапқы, салдарлық), мүгедектік себебін өзгерту, ЖОБ қалыптастыру немесе түзету, еңбекке уақытша жарамсыздық парағын ұзарту, зардап шеккен жұмыскердің көмектің және күтімнің қосымша түрлерін қажет ететіндігі жөніндегі қорытындыны беру қажеттігі (қажеттінің астын сызыңыз) / (Основание направления на МСЭ: установление инвалидности, пересвидетельствование, досрочное пересвидетельствование, установление степени утраты общей трудоспособности (первично, повторно), изменение причины инвалидности, формирование или коррекция ИПР, продление листа временной нетрудоспособности, необходимость выдачи заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе (нужное подчеркнуть).

ДКК төрағасы (Председатель ВКК) _____)
Мүшелері (Члены) _____)

М.о.
М.п.

20 _____ жылғы (год) « _____ » _____

10. Клиникалық-сараптамалық диагноз (Клинико-экспертный диагноз)

10.1. негізгі диагноз (Основной диагноз)

10.2 қосалқы аурулардың диагнозы (диагноз сопутствующих заболеваний)

11. МСЭ қорытындысы (Заключение МСЭ)

11.1 қандай мерзімге (на какой срок)

12. № _____ мүгедектің ИПР сзрленген (Составлена ИПР инвалида № _____)

13. Оңалту жөнінде ұсынымдар (Рекомендации по реабилитации)

а. медициналық оңалту жөніндегі (по медицинской реабилитации)

б. әлеуметтік оңалту жөніндегі (по социальной реабилитации)

с. кәсіби оңалту жөніндегі (по профессиональной реабилитации)

14. Куәландыру күні (Дата освидетельствования)

15. № _____ медициналық-әлеуметтік сараптама актісі (№ _____ Акта медико-социальной экспертизы)

М.о.
М.п.

№ МСЭ бөлімінің бастығы
Начальник отдела МСЭ

_____)
_____)

Назар аударғандарыңызға рахмет!!!

ҮКІМЕТІНІҢ 2009 ЖЫЛҒЫ 30 ЖЕЛТОҚСАНДАҒЫ № 2295 ҚАУЛЫСЫНА СӘЙКЕС ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЕКПЕЛЕРДІҢ ҰЛТТЫҚ КҮНТІЗБЕСІ



Владислав, 3 ай

ЖАСЫ	БЦЖ	ВГВ	ОПВ/ИПВ	АБҚДС	Хиб	ПКВ	ККП	АДС-М
1-4 күн	☀	☀						
2 ай		☀ + ☀ + ☀ + ☀				☀		
3 ай			☀ + ☀ + ☀					
4 ай		☀ + ☀ + ☀ + ☀				☀		
12-15 ай		У	☀			☀	☀	
18 ай			☀ + ☀ + ☀					
6 жас	☀			☀			☀	
16 жас								☀
10 жыл сайын								☀

ВАКЦИНАЛАРДЫҢ БЕЛГІЛЕРІ:
 АДС-М – дифтерияға, сіреспеге қарсы вакцина; БЦЖ – туберкулезге қарсы вакцина; ПКВ – өкпе қабынуына қарсы вакцина; ВГВ – жұқпалы В гепатитіне қарсы вакцина; ОПВ – полиомиелитке қарсы ауызға тамызатын вакцина; ИПВ – полиомиелитке қарсы белсенділігі жойылған вакцина; ККП – қызылшаға, қызамыққа және эпидемиялы паротитке қарсы вакцина; АБҚДС+ВГВ+Хиб+ИПВ – жасушасыз көкжөтел компоненті бар көкжөтелге, дифтерияға, сіреспеге, жұқпалы В гепатитіне, В түріндегі гемофильді жұқпаға қарсы және полиомиелитке қарсы белсенділігі жойылған вакцина; АБҚДС+Хиб+ИПВ – жасушасыз көкжөтел компоненті бар көкжөтелге, дифтерияға, сіреспеге, В түріндегі гемофильді жұқпаға қарсы және полиомиелитке қарсы белсенділігі жойылған вакцина; АБҚДС – жасушасыз көкжөтел компоненті бар көкжөтелге, дифтерияға, сіреспеге қарсы вакцина

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің тапсырысы бойынша шығарылды