

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.

Орындаған: Мухашева Г.

Тексерген: Нугманова .Г.М

Ақтөбе 2017 жыл

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

- * 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.

Профилактикалық егулер

- 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 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.

«Жұқпалы аурулар жөніндегі хабарлама» №058 / у

233

A5 форматы
Формат А5

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі М.А. 2010 жылғы «23» қарашаның № 907 бұйрығымен бекітілген № 058 / у нысанында медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 058 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907
Уйымның атауы Наименование организации	

КСУЖЖ Бованиши ұйым коды
Код организации по ОКПО

Инфекциялық ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, ескерге әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы
ШҮҒЫЛ ХАБАРЛАМА
ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ
об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

1. Диагнозы
сертификатпен жолмен расталды: иә, жоқ (астың сызыңыз) (подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))

2. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

3. Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность)

4. Жасы (14 жасқа дейінгі балалар үшін – туған күні) (Возраст (для детей до 14 лет – дата рождения))

5. Мекенжайы, елді мекен (Адрес, населенный пункт)

үй № (дом №) пәт. № (кв. №)

жәке, коммуналдық, жатақхана-толықтырып жазыңыз (индивидуальная, коммунальная, общежитие-вписать)

6. Жұмыс орнының (оқу, балалар мекемесі) атауы мен мекенжайы (Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения))

7. Күндер (Дата):
аурулары (заболевания)
алғашқы келу (анықталу күні) (первичного обращения (выявления))
диагноз қойылған (ұстап алынған) күні (дата)
балалар мекемесіне, мектепке келесі баруы (последующего посещения детского учреждения, школы)

емдеуге жатқызу (госпитализация)

8. Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации)

9. Егер уланса – қайда, немен уланғанын 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)

11. СЭС-ка алгашкы сигнал берілген күні, сагаты (телефон аркылы және т.б.) (Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС))

№ 058/с и арткы беті (Оборот ф. № 058/у)

Хабарлаушынын тегі (Фамилия сообщившего) _____
 Хабарламаны кім жіберілді (Кто привел сообщение) _____
 12. Мәлімдемени жіберілген күні мен сагаты (Дата и час отсылки извещения) _____
 Мәлімдемени жіберген адамнын колы (Подпись пославшего извещения) _____
 Тіркеу № (Регистрационный №) _____ журналдан № _____ нысанында (в журнале ф. №) _____
 санэпидстанциида (санэпидстанции) _____
 Мәлімдемени алган адамнын колы (Подпись получившего извещение) _____

Инфекциялык ауруды, тамактан улануды, жети кәсіби улануды аныктаган немесе күдіктенген барлык жагдайларда, сонымен катар диагнозы өзгергенде медициналык қызметкері толтырады. Наукасты аныктаган уақыттан 12 сағатқа дейін наукас табылган аймақтың санэпидстанциясына жіберіледі.

Диагнозы өзгеруі туралы хабарланган жағдайда мәлімдемениң 1 т. өзгерген диагнозы, оның койылган уақыты және алгашкы диагнозы көрсетіледі.

Мәлімдеме сонымен катар үй және жабайы жануарлар тістіген, тырнаған, сілекейін жұқтырған жагдайларда құтырма ауруына күдік туына байланысты толтырылады.

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающих 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, ошарапання, ослонения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

23.1

- * Қазіргі таңда диспансерлік кабинеттің медициналық қызметкерлерімен диспансерлік науқастарды іріктеу мақсатында (қайтыс болған, тіркеуден шыққан), бірыңғай 030/у формалы карта толтырылады.
- * 030/у формасы ҚР ДСМ № 885 бұйрығының диспансеризация протоколына сәйкес негізгі диагнозбен, диспансерлік бақылаудың жүргізілу барысына негізделіп толтырылады.



ЖУМАБЕКОВНА АСТИГУЛЬ	28.11.2001	C94.7	Другие уточненные лейкозы	29.01.2015
----------------------	------------	-------	---------------------------	------------

357

A5 форматы
Формат A5

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО

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

ДИСПАНСЕРЛІК ҚАДАҒАЛАУДЫҢ БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ
КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Дәрігердің 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 салдарынан 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 (астын сызыңыз)
 (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре
 (подчеркнуть))

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

№ 030 / у

А4 форматы
Формат А4

403

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚУЖБ бойынша ұйым коды Код организации по СКТВО
Уйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2010 жылғы «23» қарашаның № 907 бұйрығымен бекітілген № 072/у медициналық құжаттаманы Медицинская документация Формасы № 072/у утверждена приказом и.о. Министром здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

САНАТОРИЯЛЫҚ - КУРОРТТЫҚ КАРТА
САНАТОРИО - КУРОРТНАЯ КАРТА
№ _____
20 ____ жылғы (тазда) _____

Санаториялық немесе амбулаторлық-курорттық емделуге жолдау қағазын қорсеткенде беріледі. Бұл картасыз жолдау қағазы күніне сізбейді. (Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторно-курсовое лечение. Без настоящей карты путевка недействительна)

Карта берген емделу 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 ТАӨ (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 сырқат, анамнез деректері, бұның алдындағы емделуі, оның ішінде санаториялық-курорттық (Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное)

№ 072/у

- 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

Приказом
и приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 06 марта 2015 года № 127
Трассовое 2
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «23» ноября 2010 года № 907

КУЖЖ Бобильна ұйым изем Код организации по ОКПО	Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м. а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088 / е нысанды медициналық қызметіне
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министрство здравоохранения Республики Казахстан Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 088 / у Утверждена приказом м. а. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Денсаулық сақтау ұйымның атауы
(Наименование организации здравоохранения) _____
Мекен-жайы
(Адрес) _____

Мезинналық-алеуметтік сараптамаға жіберу
Направление на медико-социальную экспертизу

1. Аты, текі, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
2. Туған күні (Дата рождения) _____ 3. Жынысы (Пол) _____
4. Тіркеу орны (Адрес
регистрации) _____
5. _____ Топтағы мүгедек (Инвалиды группы). Жалпы еңбекке қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты общей
трудоспособности) _____ Кәсіби еңбекке қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты профессиональной
трудоспособности) _____
6. Жұмыс орны (Место работы) _____
7. Негізгі мамандығы (Основная профессия) _____ 8. Лауазымы (Должность) _____
9. 20 _____ жылғы (год) « _____ » _____
ұйымның бақылауында (Под наблюдением лечебной организации) _____ бастап емдеу
10. Клиникалық-еңбек ақамнезі (Клинико-трудовой анамнез) _____
- 10.1. диагностика, емдік-сің шар.зәр (диагностика, лечебные мероприятия) _____

№088 / у

10.1. травматик – 1, мидрістик – 2, мишедегі (жол-көліктегі) басқа – 3, жол-көліктегі – 4, мектептегі – 5, спорттан – 6, өңір жаратылы болған жағдайда – 7 (көзетінін астын сызыңыз) / при наличии травмы: бытовая – 1, производственная – 2, школьная (кроме дорожно-транспортной) – 3, дорожно-транспортная – 4, школьная – 5, спортивная – 6, прочее – 7 (укажите подробности).

а) жаранаты күні (дата получения травмы): _____ күні/ число _____ айы/ месяц _____ жыл/год.
б) жаранат қайда және қай жағдайда алынды (толық баяндаңыз) (место и обстоятельства, при которых произошла травма (указать подробно).

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

10.4. еңбек жағдайын өзгерту (изменение условий труда)

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

айынан (с) _____ дейін (по) _____ (числа месяца)	Аурудың атауы (Название болезни)

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

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

13.1. терапияның уәжі тексеру мәліметтері (данные объективного обследования терапевта)

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

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

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

14. Қосымша зерттеулердің мәліметтері (данные дополнительных исследований)

15. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования)

_____ кесу сызығы (линия отреза)

МСС қорытынды 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 қабілеттілігі жоғалту дәрежесі (Степень утраты общей трудоспособности) Қасібі еңбекке қабілеттілігі жоғалту дәрежесі (Степень утраты профессиональной трудоспособности)
 - Тіркеу орны (Адрес регистрации)
 - Жұмыс орны (Место работы)
 - Лауазымы (Должность)
16. МСС 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. МСС бағыттау негіздемесі: мүгедектікті белгілеу, қайта қуаландыру, мерзімнен бұрын қайта қуаландыру, жалпы еңбек ету қабілетінен айрылу дәрежесін белгілеу (бастапқы, салдарлық), мүгедектік себебін өзгерту, ЖОБ қалыптастыру немесе түзету, еңбекке уақытша жарамсыздық парағын ұзарту, зардап шеккен жұмыскердің көмектін және күтімін қосымша түрлерін қажет ететіндігі жөніндегі қорытындыны беру қажеттігі (қажетінін 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-сарптамалық диагноз (Клинико-экспертный диагноз)

10.1. негізгі диагноз (Основной диагноз)

10.2 қосалқы аурулардың диагнозы (диагноз сопутствующих заболеваний)

11. МСС қорытындысы (Заключение МСЭ)

11.1 қандай мерзімге (на какой срок)

12. № _____ мүгедектің ИПР әзірленген (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. Қуаландыру күні (Дата освидетельствования)

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

М.о.

М.п.

№ МСС бөлімінің бастығы

Начальник отдела МСЭ

Назар аударғандарыңызға рахмет!!!

ҮКІМЕТІНІҢ 2009 ЖЫЛҒЫ 30 ЖЕЛТОҚСАНДАҒЫ № 2295 ҚАУЛЫСЫНА
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, b түріндегі гемофильді жұқпаға қарсы және полиомиелитке қарсы белсенділігі жойылған вакцина; АБҚДС+Хиб+ИПВ – жасушасыз көкжөтел компоненті бар көкжөтелге, дифтерияға, сіреспеге, b 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