

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «___» _____ 2020 г. № _____

Наименование медицинской организации _____ Адрес _____	Медицинская документация Учетная форма № 003-2/у-20 003/у Утверждена приказом Минздрава России от «___» _____ 20__ г. № _____
--	--

Карта
пациента при искусственном прерывании беременности хирургическим
методом (вкладыш в карту стационарного больного)

Ф.И.О. пациентки _____ № карты _____

Диагноз при поступлении: _____

«___» _____ 20__ г.

Обратилась для искусственного прерывания беременности самостоятельно/направлена
(указать кем) _____

Предоставлено время для обдумывания решения в течение _____ перед направлением
на искусственное прерывание беременности «___» _____ 20__ г. в ___ ч ___ мин.

Получила консультацию психолога/специалиста по социальной работе «___» _____ 20__ г.

Причина отказа от консультации _____

Настоящая беременность по счету _____

В случае повторной беременности: родов _____ абортов _____

Проведена беседа о причине аборта и его последствиях

Настаивает на прерывании беременности _____

Общее состояние удовлетворительное. Т тела _____ Пульс _____ АД _____

Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный _____

Выделения: слизистые/сукровичные/кровяные, скудные/умеренные/обильные _____

Стул _____, мочеиспускание _____

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное

Шейка матки цилиндрической/конической формы _____

Слизистая влагалища и шейка без изменений _____

Наружный зев закрыт, открыт _____

Тело матки в положении _____ не увеличено/увеличено до _____ недель беременности,
туго-эластической/мягковатой консистенции, подвижно/неподвижно, болезненно/безболезненно
при пальпации

Левые придатки без особенностей _____

Правые придатки без особенностей _____

Своды свободны, выделения:

слизистые/гнойные/сукровичные/кровянистые, скудные/умеренные/обильные _____

Заключение: _____

Маточная беременность подтверждена УЗИ от «___» _____ 20__ г.

Срок беременности: _____

Проведена оценка данных лабораторного исследования (прилагаются)

Противопоказаний для прерывания беременности не выявлено

Метод прерывания беременности (указать, если не вакуумная аспирация
и обоснование) _____

Проинформирована о сущности хирургического прерывания беременности, ожидаемых побочных
эффектах и возможных осложнениях

Информированное согласие на прерывание беременности получено (прилагается)

Аллергические реакции: _____

Протокол операции вакуумной аспирации

___ ч ___ мин « ___ » _____ 20 ___ г

Антибиотикопрофилактика за 30-60 мин _____

Шейка матки в зеркалах фиксирована на пулевые щипцы

Проведено обезболивание/без обезболивания _____

Расширение цервикального канала/без расширения _____

В полость матки введена канюля № _____, длина полости матки _____ см

Произведена вакуумная аспирация содержимого полости матки

Аспират _____

Матка сократилась. Кровопотеря _____ мл. Осложнений нет

Ф.И.О. врача (подпись) _____

Протокол наблюдения после хирургического прерывания беременности

« ___ » _____ 20__ г. Время осмотра лечащего врача _____

Жалобы: _____

Общее состояние удовлетворительное. Т тела _____ Пульс _____ АД _____

Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный

Выделения: слизистые/сукровичные/кровяные, скудные/умеренные/обильные

Стул _____, мочеиспускание _____

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное

Шейка матки цилиндрической/конической формы

Слизистая влагалища и шейка без изменений _____

Наружный зев закрыт, открыт

Тело матки в положении _____ не увеличено/увеличено до _____ недель беременности, туго-эластической/мягковатой консистенции, подвижно/неподвижно, болезненно/безболезненно при пальпации

Левые придатки без особенностей _____

Правые придатки без особенностей _____

Своды свободны, выделения:

слизистые/гнойные/сукровичные/кровянистые, скудные/умеренные/обильные.

Диагноз: Состояние после искусственного прерывания беременности

Осложнения _____

Сопутствующие _____

Назначения: _____

Рекомендации: _____

Подпись врача _____

Эпикриз

Дата поступления _____

При сроке беременности _____

Дата искусственного прерывания беременности _____

Метод прерывания беременности _____

Антибиотикопрофилактика _____

Диагноз при выписке _____

Код по МКБ-10 _____

Послеабортное консультирование, включающее информацию о гигиеническом режиме, профилактике ИППП, возобновлении половой жизни, очередном плановом посещении врача, контрацепции проведено

Пациенте предоставлено право выбора контрацепции

Выбранный метод _____

Другие рекомендации _____

Справку/Листок нетрудоспособности с __ по ____ № __ серия ____ получила _____

Врач _____

Зав. отделением _____

Дата выписки (перевода) _____