

Приложение № 7  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_\_

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

**Карта**  
**пациента гинекологического отделения стационара**  
**(вкладыш в карту стационарного больного)**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_ № карты \_\_\_\_\_  
2. Страховой анамнез \_\_\_\_\_  
листок нетрудоспособности на момент поступления 

да	нет
----	-----

  
3. Дата поступления «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

Врач акушер-гинеколог \_\_\_\_\_  
Совместно с \_\_\_\_\_  
Доставлена самостоятельно, санитарным транспортом, переведена из \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_ лет  
Жалобы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Анамнез заболевания (со слов пациента, родственников, медицинских документов)  
заболела остро 

да	нет
----	-----

  
давность заболевания \_\_\_\_\_  
особенности течения (боли внизу живота, иррадиация, нарушения менструального цикла, бели) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

куда обращалась, чем лечилась \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Эпидемиологический анамнез

контакт с инфекционными больными в течении последних 3-х месяцев	да	нет
прибытие из эпидемически неблагополучной страны за последние 2 недели	да	нет
контакт с больным прибывшим из эпидемически неблагополучной местности за последние 2 недели	да	нет
пребывание в транспортном средстве, следовавшем из эпидемически неблагополучной местности за последние 2 недели	да	нет
жидкий стул за последние 3 недели	да	нет

## Анамнез жизни

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

гепатит А	да	нет
гепатит В	да	нет
гепатит С	да	нет
туберкулез	да	нет
ВИЧ	да	нет
венерические заболевания	да	нет
парентеральные вмешательства за последние 6 месяцев	да	нет
были ли травмы, ожоги, раны	да	нет
флюорография (дата, номер)	да	нет
сведения об иммунизации (против кори, дифтерии, гепатит В, и др)	да	нет

документированные сведения не представлены

## Вредные привычки

Вредные привычки	с какого возраста	длительность
1. курение		
2. алкоголь		
3. наркотики		
4. токсические вещества		

## Наследственность

1. со стороны матери	
2. со стороны отца	

## Врожденная патология

1. хромосомные нарушения \_\_\_\_\_  
 2. пороки развития \_\_\_\_\_

## Хирургические операции

Дата	Название	Показание	Осложнения
1			
2			

Менструация: с \_\_\_\_ лет (не) регулярные, (без) болезненные, умеренные/обильные,  
 по \_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_ дней

Дата последней менструации: \_\_\_\_\_ Начало половой жизни с \_\_\_\_ лет

Брак: (не) зарегистрирован

Контрацепция: (не) использует: КОК / барьерная / спермициды / ВМК

Гинекологические заболевания:

---



---

начало половой жизни: _____
контрацепция: _____
беременности: 1. число ____ 2. год _____ 3. осложнения _____
роды: 1. число ____ 2. год _____ 3. осложнения _____
эктопические беременности: 1. число ____ 2. год _____ 3. осложнения _____
бесплодие: 1. длительность ____ 2. причины _____
медицинские аборт: 1. число ____ 2. год _____ 3. осложнения _____
самопроизвольные аборт: 1. число ____ 2. год _____ 3. осложнения _____
несостоявшиеся выкидыши: 1. число ____ 2. год _____ 3. осложнения _____
мертворождения 1. число ____ 2. год _____ 3. осложнения _____

## Гинекологические заболевания

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

## Заболевания молочных желез

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

## Данные осмотра

Общее состояние \_\_\_\_\_

Сознание \_\_\_\_\_

Кожные покровы и видимые слизистые, язык \_\_\_\_\_

Пульс \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_ Шоковый индекс \_\_\_\_\_ ЧДД \_\_\_\_\_

Живот (форма, при пальпации – болезненность, дефанс) \_\_\_\_\_

Стул \_\_\_\_\_

Мочеиспускание (болезненность при поколачивании зоны проекции почек) \_\_\_\_\_

Соматический статус \_\_\_\_\_

Половое развитие \_\_\_\_\_

1. соответствует возрасту      2. опережающее      3. запоздалое

Телосложение \_\_\_\_\_

Масса тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ ИМТ кг/м<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Визуальное наличие варикозной болезни \_\_\_\_\_

Паховые лимфоузлы \_\_\_\_\_

Костно-мышечная система \_\_\_\_\_

Особые замечание (педикулез, чесотка) \_\_\_\_\_

Гинекологический статус: (обвести, подчеркнуть)

Наружные половые органы:

1. без особенностей 2. особенности \_\_\_\_\_

Оволосение:

1. по женскому типу 2. по мужскому типу

Паховые лимфоузлы \_\_\_\_\_

Уретра и парауретральные железы \_\_\_\_\_ отделяемое (есть/нет) \_\_\_\_\_

Бартолиниевые железы:

1. без особенностей 2. особенности \_\_\_\_\_

В зеркалах:

Слизистая влагалища (обычной окраски, цианотична, гиперермирована, субатрофична) \_\_\_\_\_

без видимых патологических изменений

Складчатость: (обычная; сглажена)

Выделения: \_\_\_\_\_

Шейка матки: 1. цилиндрическая 2. коническая 3. гипертрофирована

Слизистая: 1. обычной окраски 2. гиперермирована 3. другое

Наружный зев: 1. точечный 2. щелевидный 3. другое

Выделения \_\_\_\_\_

Тело матки: anteflexio; retroflexio

Занимает срединное положение; смещено влево; вправо.

1. Подвижное / Ограничено в подвижности

2. Безболезненное \_\_\_\_\_ / Болезненное \_\_\_\_\_

3. Форма матки \_\_\_\_\_, консистенция \_\_\_\_\_

Правые придатки матки: \_\_\_\_\_ увеличены \_\_\_\_\_ не увеличены;

Размеры \_\_\_\_\_; болезненны; безболезненны

Левые придатки матки \_\_\_\_\_ увеличены \_\_\_\_\_ не увеличены;

Размеры \_\_\_\_\_; болезненны; безболезненны

Своды: глубокие \_\_\_\_\_, укорочены \_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении (предварительный) \_\_\_\_\_

Обоснование предварительного диагноза \_\_\_\_\_

План обследования \_\_\_\_\_

Назначения \_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись врача \_\_\_\_\_

## СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ И ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

1. Общее состояние пациента \_\_\_\_\_
2. Жалобы, выявленные дополнительно \_\_\_\_\_
3. Особенности анамнеза настоящего заболевания, выявленные дополнительно \_\_\_\_\_
4. Особенности анамнеза жизни пациента, выявленные дополнительно \_\_\_\_\_

Гинекологический статус: (обвести, подчеркнуть)

Наружные половые органы:

1. без особенностей 2. особенности \_\_\_\_\_

Оволосение:

1. по женскому типу 2. по мужскому типу

Паховые лимфоузлы \_\_\_\_\_

Уретра и парауретральные железы \_\_\_\_\_ отделяемое (есть/нет) \_\_\_\_\_

Бартолиниевые железы:

1. без особенностей 2. особенности \_\_\_\_\_

В зеркалах:

Слизистая влагалища (обычной окраски, цианотична, гиперемирована, субатрофична), \_\_\_\_\_  
без видимых патологических изменений

Складчатость: (обычная; сглажена)

Выделения: \_\_\_\_\_

Шейка матки: 1. цилиндрическая 2. коническая 3. гипертрофирована

Слизистая: 1. обычной окраски 2. гиперемирована 3. другое

Наружный зев: 1. точечный 2. щелевидный 3. Другое

Выделения \_\_\_\_\_

Тело матки: anteflexio; retroflexio

Занимает срединное положение; смещено влево; вправо.

1. Подвижное / Ограничено в подвижности
2. Безболезненное \_\_\_\_\_ / Болезненное \_\_\_\_\_
3. Форма матки \_\_\_\_\_, консистенция \_\_\_\_\_

Правые придатки матки: \_\_\_\_\_ увеличены \_\_\_\_\_ не увеличены;

Размеры \_\_\_\_\_; болезненны; безболезненны

Левые придатки матки \_\_\_\_\_ увеличены \_\_\_\_\_ не увеличены;

Размеры \_\_\_\_\_; болезненны; безболезненны

Своды: глубокие \_\_\_\_\_, укорочены \_\_\_\_\_

Осмотр ректальный \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз \_\_\_\_\_

Основной диагноз \_\_\_\_\_

План обследования и ведения \_\_\_\_\_

Назначения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Аллергические реакции в анамнезе \_\_\_\_\_

№ карты
---------

**ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ**

№ палаты
----------

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Назначение	Исполнитель	Отметки о назначении и выполнении											
		дата											
Режим													
Диета													
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												
	врач												
	медицинская сестра												

(вкладыш к истории болезни № \_\_\_\_\_)

## ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Пациентка \_\_\_\_\_  
 поступила в \_\_\_\_\_ отделение «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 Проведено полное клинико-лабораторное обследование в объеме предоперационной подготовки  
 группа крови \_\_\_\_\_, Rh \_\_\_\_\_, Hb \_\_\_\_\_ г/л, Эр \_\_\_\_\_, Ht \_\_\_\_\_ %, Тр \_\_\_\_\_, СВ \_\_\_\_\_,  
 Осмотрена терапевтом, анестезиологом, \_\_\_\_\_  
 Гемотрансфузионный анамнез: \_\_\_\_\_  
 Аллергологический анамнез: \_\_\_\_\_  
 Клинический диагноз: \_\_\_\_\_

Учитывая анамнез, вышеуказанный диагноз показано оперативное вмешательство в объеме:

Вид анестезии: \_\_\_\_\_

Показания к операции

Условия к операции

Возможные осложнения

Операционная бригада

Врач-хирург \_\_\_\_\_

Ассистент \_\_\_\_\_

Операционная медицинская сестра \_\_\_\_\_

Врач-анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_

Медицинская сестра-анестезист \_\_\_\_\_

Врач-трансфузиолог \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_

## ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

1. Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 2. Ф.И.О. \_\_\_\_\_ 3. Возраст \_\_\_\_\_  
 4. Рост (см) \_\_\_\_\_ 5. Масса тела \_\_\_\_\_ г. 6. Группа крови \_\_\_\_\_ 7. Rh-фактор \_\_\_\_\_  
 8. Предполагаемая операция (плановая, экстренная) в объеме \_\_\_\_\_

9. Данные анамнеза: (подчеркнуть)  
 1. аллергия (1. да 2. нет )  
 2. общее обезболивание (1. да 2. нет )  
 3. гемотрансфузии (1. да 2. нет )  
 4. применение гормональных препаратов (1. да 2. нет )  
 5. сопутствующие заболевания (какие) \_\_\_\_\_

б. длительный прием лекарственных препаратов (каких) \_\_\_\_\_

10. Анатомические особенности для эндотрахеального наркоза (какие):

1. наличие зубных протезов (1. да 2. нет )  
 2. изменение шейного отдела позвоночника (1. да 2. нет )  
 3. рубцовые изменения дыхательных путей (1. да 2. нет )

11. Исходное состояние пациента:

1. удовлетворительное, 2. средней тяжести, 3. тяжелое

12. Кожные покровы: обычной окраски (1. да 2. нет )  
 13. Видимые слизистые розовые (1. да 2. нет )  
 14. Отеки есть (1. да 2. нет )

15. Сознание \_\_\_\_\_

16. Органы дыхания:

1. ЧД \_\_\_\_\_ в мин.;  
 2. характер легочного дыхания \_\_\_\_\_  
 3. хрипы \_\_\_\_\_  
 4. данные рентгенологического обследования \_\_\_\_\_

17. Система кровообращения:

1. АД \_\_\_\_\_ мм.рт.ст.  
 2. ЧСС \_\_\_\_\_ в мин.  
 3. Сердце тоны \_\_\_\_\_ (ритмичные, звучные);  
 4. шумы \_\_\_\_\_  
 5. данные ЭКГ \_\_\_\_\_

18. Органы пищеварения:

1. язык (1. влажный \_\_\_\_\_ 2. сухой \_\_\_\_\_ )  
 2. живот (1. мягкий, 2. вздутый, 3 др. \_\_\_\_\_ )  
 3. печень выступает на \_\_\_\_\_ см

19. Почки: 1. дизурия \_\_\_\_\_ ( 1. есть , 2. нет )  
 2. синдром Пастернацкого \_\_\_\_\_ ( 1. есть , 2. нет )

20. Данные лабораторного обследования (указать патологию) \_\_\_\_\_

21. Заключение: \_\_\_\_\_

19. Риск анестезии: \_\_\_\_\_

20. Рекомендации: \_\_\_\_\_

21. Премедикация:

1. Накануне операции  
 2. В \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

22. Назначения \_\_\_\_\_

23. Ф.И.О., подпись врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**  
**(плановая/экстренная)**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Год рождения \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_

Диагноз до операции \_\_\_\_\_

Диагноз после операции \_\_\_\_\_

Хирурги \_\_\_\_\_

Врач анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_

Операционная медицинская сестра \_\_\_\_\_

Вид обезболивания \_\_\_\_\_

Начало операции \_\_\_\_\_ Продолжительность операции \_\_\_\_\_

Характер операции \_\_\_\_\_

Описание операции \_\_\_\_\_

Макропрепарат \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_



# КАРТА ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ

Медицинская организация _____ Отделение _____ Дата _____ Диагноз _____ Операция _____ плановая экстренная (подчеркнуть)	Ф.И.О. _____ Возраст _____ № и/б _____ Рост _____ масса _____ Группа крови _____ Rh _____ Аллергические реакции _____	Состояние больного _____ Премедикация _____ в палате _____ в операционной _____	Вид анестезии _____ Наркозный аппарат _____ Кантур _____ Эндотрахеальная трубка _____ Положение больного на столе _____
---	---	---	---

ИТОГИ	Расход медикаментов		Время																	
	Перелито внутривенно капельно		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
Всего перелито внутривенно _____	_____																			
Кровопотеря _____	_____																			
Выделено мочи _____	_____																			
Этапы операции	_____																			
I _____	_____		35	250																
II _____	_____		30	200																
III _____	_____		25	АД 150																
IV _____	_____		20	100																
V _____	_____		15	50																
VI _____	_____		10	0																
VII _____	_____																			
VIII _____	_____																			

Показатели: масса тела _____ рост _____ оценка по шкале Апгар на 1/5 мин _____	Характеристика дыхания: А-Премедикация _____ В-Вводный наркоз _____ Т-Индикация _____ Цв-Поворот _____ Э-экстратубация _____ Д-Деку раризация _____ В-блокида _____	Характеристика дыхания: С-спонтанное _____ В-вспомогательное _____ П-принудительное _____	Заключение: _____	Врач анестезиолог-реаниматолог _____ М/с анестезистка _____ Операционная бригада: Врач-хирург _____ Врач-ассистент _____ Операционная сестра _____
---	--	--	-------------------	---

## КАРТА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

« \_\_\_\_\_ » 20\_\_ г. отделение \_\_\_\_\_ № палаты \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. пациентки \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_ № истории родов \_\_\_\_\_ гр. крови Rh \_\_\_\_\_  
 Диета \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_  
 Диагноз основной \_\_\_\_\_  
 Диагноз сопутствующий \_\_\_\_\_  
 Осложнения \_\_\_\_\_  
 Операция \_\_\_\_\_

СРЕДЫ (нужное подчеркнуть)	Объём	ИНФУЗИЯ		ГЕМО-ГИДРО БАЛАНС	
		Кратность	Часы	ВВЕДЕНО	ВЫВЕДЕНО
Ringeri				Парентерально _____ мл	Диурез _____ мл
Natrichloridi 09%				Энтерально _____ мл	По дренажам _____ мл.
Kalichloridi 4%				Итого _____ мл	Диарея, рвота _____ мл
ГЭК					Кровопотеря _____ мл
Glucosi 5 %					Итого _____ мл.
Glucosi 10 %					
				СУТОЧНЫЙ БАЛАНС:	
				МАНИПУЛЯЦИИ	
				Профилактика пролежней	
				Санация ТБД	
				Промывание зонда	
				Ингаляции	
				Клизма	
				Уход за подключичным катетером	
Аминоокислоты				ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ	
				Подпись врача _____ /	Подпись медицинской сестры _____ /

**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

(заполняется в случае продления госпитализации сверх срока, предусмотренного стандартом медицинской помощи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

1. Динамика:

*общего состояния пациента* \_\_\_\_\_

*соматического статуса* \_\_\_\_\_

*основных проявлений болезни* \_\_\_\_\_

2. Обоснование необходимости дальнейшего пребывания в стационаре и дообследования пациента \_\_\_\_\_

3. План дальнейшего обследования \_\_\_\_\_

4. Необходимые консультации \_\_\_\_\_

5. Изменения и дополнения в лечении \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНОЙ В ОТДЕЛЕНИИ (ПАЛАТЕ) ИНТЕНСИВНОЙ  
ТЕРАПИИ**

Дата				
Дни (часы) пребывания				
ЧД				
Температура тела				
ЧСС				
АД				
Кожные покровы				
Отеки				
Дыхательные нарушения				
Сердце:				
1. аритмии				
2. тоны, шумы				
Вегетативные реакции (рвота, диарея)				
Живот (перестальтика кишечника)				
Мочеиспускание				
Состояние вен				
Состояние матки				
Выделения из половых путей				
Состояние швов				
Заключение (особые отметки)				
Назначения:				
1. Обследование				
2. Консультации				
3. Лечение: (см. лист назначений)				
4. в т. ч. – наркотические препараты				
Подпись				

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА**

Дата, время					
День пребывания в стационаре					
Температура					
Жалобы					
Общее состояние					
Кожные покровы					
Язык, видимые слизистые					
Дыхание					
Пульс, АД,					
Живот					
Область послеоперационной раны					
Стул, диурез					
Динамика состояния:					
Подпись врача					

**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**  
(место для вклеивания анализов)

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Находился на обследовании и лечении: 1. в отделении \_\_\_\_\_ 2. с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

4. Клинический диагноз:  
основной диагноз \_\_\_\_\_

осложнения основного \_\_\_\_\_

сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

5. Результаты проведенного обследования: \_\_\_\_\_

6. Проведенное лечение и его эффективность: \_\_\_\_\_

7. Рекомендации: \_\_\_\_\_

8. При летальном исходе основная причина смерти: \_\_\_\_\_

(Код МКБ-10) \_\_\_\_\_

9. Заключение ВЭК(ВКК):

1. смерть предотвратима \_\_\_\_\_

2. не предотвратима \_\_\_\_\_

3. условно предотвратима \_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

Дата																										
День болезни																										
Сутки пребывания в стационар.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Пульс, уд/мин	АД,	Т°	У	в	У	в	У	в	У	в	У	в	У	в	У	в	У	в	У	в	У	в	У	в	У	в
140	200	41																								
120	175	40																								
100	150	39																								
90	125	38																								
80	100	37																								
70	75	36																								
60	50	35																								
Частота дыхания																										
Масса тела																										
Выпито жидкости																										
Суточное количество мочи																										
Цвет мочи																										
Стул																										
Подпись медсестры																										



**ЗАПИСЬ КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ**

1. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

2. Медицинская карта № \_\_\_\_\_

3. Дата проведения консультации: \_\_\_\_\_

4. Жалобы пациента: \_\_\_\_\_

5. Краткие анамнестические сведения \_\_\_\_\_

6. Объективные данные \_\_\_\_\_

7. Анализ проведенных исследований: \_\_\_\_\_

8. Заключение: \_\_\_\_\_

9. Коррекция диагноза и проводимого лечения: \_\_\_\_\_

10. Рекомендации: \_\_\_\_\_

11. Специальность врача-консультанта: \_\_\_\_\_

12. Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись: \_\_\_\_\_

## ЗАПИСЬ КОНСУЛЬТАЦИЙ КОНСИЛИУМА

1. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ 2. Медицинская карта № \_\_\_\_\_

Председатель консилиума \_\_\_\_\_

Состав консилиума \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата проведения консилиума: \_\_\_\_\_

Цель консилиума \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Жалобы пациента: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Краткие анамнестические сведения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Объективные данные \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Анализ проведенных исследований: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Коррекция диагноза и проводимого лечения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сведения об участниках консилиума

Ф.И.О.	специальность	место работы	подпись

**ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ (ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ) ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1.Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_  
2. Медицинская карта № \_\_\_\_\_

Морфологическое и гистологическое исследование биопсийного и аутопсийного материала: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.Патоморфологический диагноз:

1. основной: \_\_\_\_\_ Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

2. осложнение основного: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.сопутствующие \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.конкурирующее \_\_\_\_\_

5.фоновые состояния \_\_\_\_\_

3.Выдано медицинское свидетельство о смерти:

1.серия \_\_\_\_\_ 2.№ \_\_\_\_\_ 3.«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

4.Основная причина смерти: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача-патологоанатома \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_