

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «__» _____ 2020 г. № ____

Наименование медицинской организации _____ Адрес _____	Медицинская документация Учетная форма № 111/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от «__» _____ 20__ г. № ____
---	--

Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы

1. Ф.И.О. _____

2. Дата и год рождения ____/____/____ года, полных лет _____

3. Адрес проживания _____

4. Адрес регистрации совпадает с адресом проживания _____

5. Контактные телефоны: мобильный _____ домашний _____

рабочий _____ адрес электронной почты _____ @ _____

6. Брачное состояние: брак зарегистрирован, брак не зарегистрирован, одинокая

7. ФИО и телефон доверенного лица _____

8. Образование: – начальное, – среднее, - высшее

9. Профессия _____

10. Место работы _____

11. Инвалидность: – нет, – группа _____

12. Полис ОМС № _____

13. СНИЛС № _____

14. Декретный отпуск с ____/____/____ года по ____/____/____ года

15. Листок нетрудоспособности № _____

16. Родовой сертификат: серия № _____, дата выдачи ____/____/____ года

17. Аллергические реакции: нет, да (при наличии – выделить цветом) _____

18. Данные о группе крови, Rh-факторе - пациентка				19. Данные о группе крови, Rh-факторе - отец ребёнка			
Группа крови		Rh фактор		Группа крови		Rh фактор	
Дата определения ____/____/____ г.				Дата определения ____/____/____ г.			
Подпись врача _____				Подпись врача _____			
Печать _____				Печать _____			
Данные о введении антител при предыдущих беременностях ____/____/____ г. ____/____/____ г.							
Данные о введении антител при текущей беременности ____/____/____ г. ____/____/____ г.							

20. Данная беременность по счету _____

21. Данные роды по счету _____

22. Срок и дата первой явки (взятия на учет) _____

23. Роды: дата _____ при сроке беременности _____ медицинская организация _____

24.1 Высокий акушерский риск по результатам скрининга в 11-14 нед. (выделить цветом)

Риски осложнений (преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода)	Значение индивидуального риска

24.2 Акушерский риск (на основе клинических рекомендаций)

Риск осложнений (высокий выделить цветом)	При 1-й явке	В 11–13 недель	В 18–20 недель	В 30-34 недели
Тромбоэмболические осложнения	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий
Другие (указать) _____	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий

25. Диагноз:

Основной _____

Осложнения данной беременности _____

Сопутствующие заболевания:

Соматические _____

Гинекологические _____

Обменно-уведомительную карту № _____ получила _____ (дата, подпись)

Родовой сертификат серия [] № _____ получила _____ (дата, подпись)

Инфекции, передаваемые половым путём: нет; да (дата, лечение) _____
 Последнее обследование молочных желёз _____ год, _____ метод,
 результат _____
 Последнее цитологическое исследование микропрепарата шейки матки _____ год,
 _____ метод, результат _____

Исходы предыдущих беременностей

№	Год	Наступила: 1-самопроизвольно; 2- индуцирована 3-ВРТ (уточнить программу)	Исход: 1-роды: срочные, преждевременные, (дата, срок беременности) 2-кесарево сечение (дата, срок беременности) 3-самопроизвольный выкидыш, искусственный аборт, неразвивающаяся беременность (срок беременности) 4-внематочная беременность (вид операции) 7-пузырный занос (срок беременности)	Число родившихся (живыми, мертвыми), пол, рост (см), масса тела (г) ребенка.	Осложнения предыдущих беременностей и родов
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Сведения о рубце на матке (при наличии)

Дата операции	Медицинская организация	Название операции	При кесаревом сечении - срок беременности, показания	Локализация рубца на матке	Особенности операции, п/о периода

Сведения об отце ребёнка:

Возраст _____ лет Рост _____ см Масса тела _____ кг ИМТ _____ кг/м²

Вредные привычки: нет; курение; алкоголь; наркотики

Хронические заболевания: нет; да _____

ИППП: нет; да (дата, лечение) _____

Социально значимые инфекции: нет; ВИЧ; туберкулёз, гепатит В; гепатит С;
 сифилис; другие _____

Последняя флюорография, дата _____ результат _____

Сведения о прививках: столбняк дифтерия корь краснуха грипп.

С моих слов записано верно. Подпись и ФИО беременной _____ (_____)

Дата заполнения _____ / _____ / _____ года.

Подпись и Ф.И.О. врача _____ (_____)

СВЕДЕНИЯ О НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность: первая; повторная наступила; спонтанно; индуцирована; с помощью ВРТ

Предгравидарная подготовка нет да _____

Если ВРТ, то номер попытки _____, перенос эмбрионов нативного криоконсервированного

Дата переноса эмбриона(ов) ___/___/___ года

Число перенесенных эмбрионов _____

Возраст матери/донора на дату криоконсервации _____

Предстоящие роды: первые, повторные

Беременность: одноплодная, многоплодная; количество плодов _____

Взята на учёт по беременности ___/___/___ года, в сроке ___ недель

Последняя менструация ___/___/___ года

Дата 1-го УЗИ _____ срок беременности _____ недель

Первое шевеление плода ___/___/___ года

Предполагаемая дата родов ___/___/___ года

Первое обследование беременной

Дата осмотра ___/___/___ года.

Жалобы: нет; да _____

Состояние кожных покровов: чистые; высыпания _____

Распределение и выраженность подкожной жировой клетчатки: по женскому типу;
 по мужскому типу; недостаточно выражена; нормально выражена; избыточно выражена

Отеки: нет; да (локализация, выраженность) _____

Варикозное расширение вен нижних конечностей: нет; да

Увеличение лимфатических узлов: нет; да (локализация, болезненность) _____

Осмотр и пальпация молочных желез: патологических изменений нет; признаки ФКМ;

пальпируется узловое образование _____; безболезненны

масталгия; соски: сформированы правильно; втянуты; другие изменения _____

Тоны сердца: ясные; _____

Пульс _____/мин

АД: на правой руке ___/___ мм рт.ст., на левой руке ___/___ мм рт.ст.

Аускультация лёгких: дыхание везикулярное; _____

Шевеления плода: ощущает; не ощущает (после 16 недель)

Сердцебиение плода (уд/мин) _____ (после 12 недель)

Окружность живота _____ см (после 20 недель)

Высота дна матки _____ см (после 20 недель)

Положение плода: 1-продольное; 2-косое; 3-поперечное (после 34 недель)

Над входом в малый таз определяется: -головка, -тазовый конец,
-другое _____ (после 34 недель)

Предлежащая часть: прижата; подвижна (после 34 недель)

Гинекологический осмотр

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки: визуально не изменена; _____

Влагалищное исследование: наружные половые органы: развиты правильно,
 указать отклонения _____;
 влагалище: без патологии; указать отклонения _____;
 шейка матки: плотная; размягчена; мягкая; длиной _____ см _____;
 отклонена кзади, кпереди, расположена по центру, слизистая _____;
 наружный зев: сомкнут; пропускает кончик пальца; пропускает палец;
 тело матки: увеличено до _____ недель беременности, подвижное, _____,
 безболезненное, болезненное;
 околоматочное пространство _____;
 придатки слева: без особенностей;
 особенности: _____;
 придатки справа: без особенностей,
 особенности: _____;
 экзостозы: нет,
 обнаружены: _____;
 отделяемое из цервикального канала _____, влагалища _____.

Диагноз:

Срок беременности _____ недель.

Анализы:

Назначения:

Рекомендованный срок следующего посещения: _____

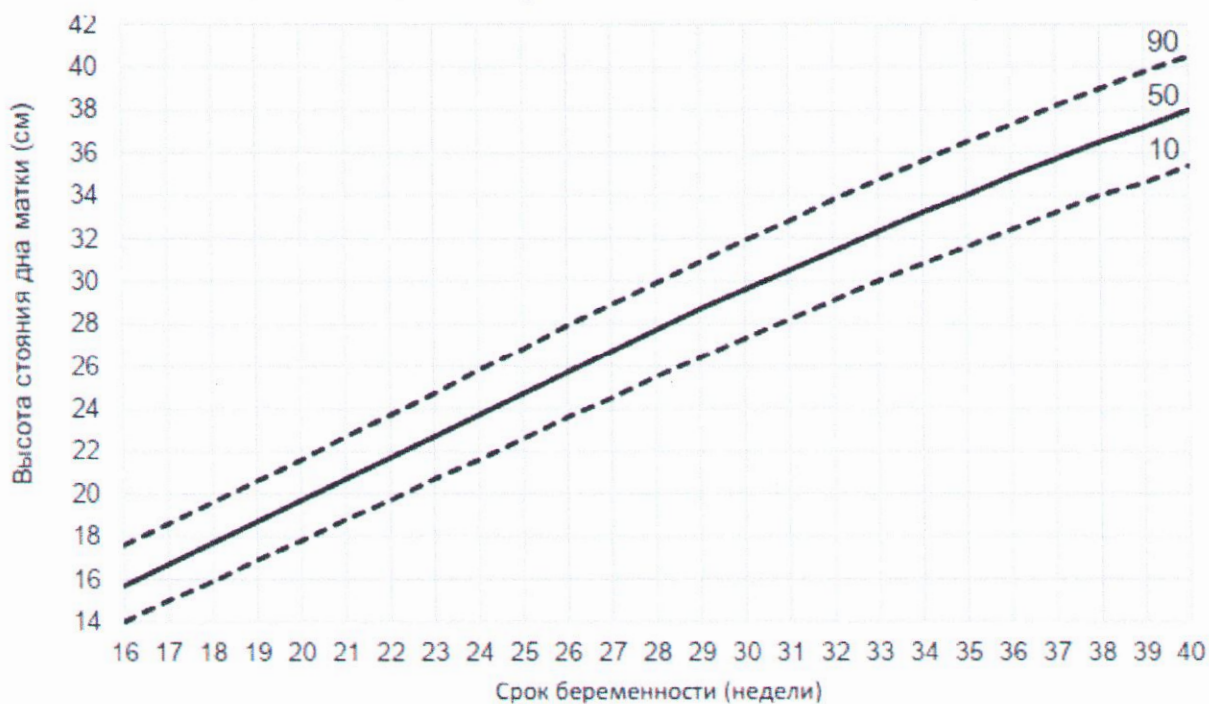
Дата заполнения ____ / ____ / ____ года.

Подпись врача _____ (_____)

Подпись беременной _____ (_____)

НАБЛЮДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Гравидограмма – после 20 недель беременности



2. Пельвиометрия

D. sp. ____ см,

D. cr. ____ см,

D. troch. ____ см,

C. ext. ____ см,

C. vera ____ см,

C. diag. ____ см,

индекс Соловьёва _____,

ромб Михаэлиса ____ см × ____ см.

Дополнительные размеры таза (по показаниям) _____

Дата заполнения ____ / ____ / ____ года.

Подпись врача _____ (_____)

7. Лист обследования

Определение антител

Дата		
Антитела к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>)	№ _____ Подпись _____	№ _____ Подпись _____
Антитела классов М, G к ВИЧ ½ и антиген р24	№ _____ Подпись _____	№ _____ Подпись _____
HBsAg или антитела к HBsAg		
anti-HCV IgG и anti-HCV IgM		

от обследования отказалась ___/___/___ г. Подпись _____ (_____)

Дата	
Вирус краснухи	IgM IgG

от обследования отказалась ___/___/___ года. Подпись _____ (_____)

Дата			
Антирезусные антитела			

от обследования отказалась ___/___/___ года. Подпись _____ (_____)

Анализ крови

Общий анализ крови

Дата				
Гемоглобин, г/л				
Эритроциты, $10^{12}/л$				
Цветовой показатель, %				
Ретикулоциты, %				
Тромбоциты, $10^9/л$				
Лейкоциты, $10^9/л$				
Лейкоциты (%)	Миелоциты			
	Метамиелоциты			
	Палочкоядерные			
	Сегментоядерные			
	Эозинофилы			
	Базофилы			
	Лимфоциты			
Моноциты				
СОЭ, мм/ч				

Биохимический анализ крови

Дата		
Общий билирубин, мкмоль/л		
Прямой билирубин, мкмоль/л		
Общий белок, г/л		
АЛТ, ЕД/л		
АСТ, ЕД/л		
Глюкоза, ммоль/л		

Коагулограмма

Дата		
Количество тромбоцитов, $10^9/л$		
АЧТВ, сек.		
Фибриноген, г/л		
Протромбиновое время, %		

Пероральный глюкозотолерантный тест, ммоль/л (при нарушении углеводного обмена)

___/___/___ года. Срок _____ недель	
-------------------------------------	--

Уровень тиротропного гормона (ТТГ), мкМЕ/л

___/___/___ года. Срок _____ недель	
-------------------------------------	--

Мазки

Определение стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала или ректо-вагинальном отделяемом (в 35-37 недель беременности) ____ / ____ / ____ года.

Результат _____

от обследования отказалась ____ / ____ / ____ года. Подпись _____ (_____)

Бактериоскопическое исследование мазков

Дата						
Локусы	C	V	U	C	V	U
Лейкоциты						
Эпителий						
Ключевые клетки						
Кандиды						
Трихомонады						
Гонококки						
pH						

Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) ____ / ____ / ____ года

Результат _____

Анализ мочи

Общий анализ мочи

Дата													
Количество, мл													
Цвет													
pH													
Плотность													
Лейкоциты													
Эритроциты													
Белок, г/л													
Цилиндры													
Соли													

Посев мочи на бессимптомную бактериурию (при 1-м визите)

____ / ____ / ____ года

Результат _____

Оценка антенатального состояния плода

Ультразвуковое исследование (11-14 недель)

УЗИ 1 триместра ____ / ____ / ____ года.

Кол-во плодов ____ Хориальность/амниальность ____ (указать)

Диаметр плодного яйца ____ мм, КТР ____ мм,

СБ эмбриона ____ /мин; не определяется

Хорион расположен (указать) _____

Патология: нет; да (указать) _____

Заключение: срок беременности ____ недель _____

Оценка антенатального развития плода:

Комплексная оценка рисков (11-14 недель)

Дата ____ / ____ / ____ года.

УЗИ:

Количество плодов ____ Хориальность/амниальность ____ (указать)

КТР ____ мм, ТВП ____ мм, СБ эмбриона ____ /мин, не определяется.

Цервикометрия ____ (мм)

ПИ маточных артерий: правая ____ /левая ____ ВПР: нет, да

указать _____

Другая патология: _____

БХМ:РАРР-А ____ мЕД/мл, ____ /МОМ/β-ХГЧ ____ мЕД/мл, ____ /МОМ/

Комплексный индивидуальный риск:

21 трисомии: низкий высокий,

18 трисомии: низкий, высокий

13 трисомии: низкий, высокий

ЗРП: низкий, высокий

ПР: низкий, высокий

ПЭ ранней (до 34 недель): низкий, высокий

ПЭ поздней (до 37 недель): низкий, высокий

Заключение: срок беременности ____ недель _____

Ультразвуковое исследование (19-21 неделя)

УЗИ ____ / ____ / ____ года.

Количество плодов ____

ПМП ____ (г) Сердцебиение плода ____ /мин. ВПР: нет, да (указать) _____

Эхо-маркеры ХА (указать) _____

Риск ХА (перерасчет при эхо-маркерах ХА) _____

Околоплодные воды: норма, маловодие, многоводие.

Плацента расположена _____

Особенности _____

УЗИ-цервикометрия: длина сомкнутой части цервикального канала ____ мм, в/зев закрыт,

Заключение: срок беременности ____ недель _____

Инвазивная пренатальная диагностика (при высоком риске ХА) ____ / ____ / ____ года

Срок беременности : _____ (указать)

Вид процедуры _____ (указать)

Кариотип/другое _____ (вписать)

Заключение консилиума (при ВПР и ХА) ____ / ____ / ____ года

Ультразвуковое исследование (30-34 недели) – по показаниям

УЗИ ____ / ____ / ____ года.

Предлежание: головное, тазовое.

Околоплодные воды: норма, маловодие, многоводие.

Плацента расположена _____

Сердцебиение плода _____ /мин.

Заключение: срок беременности _____ недель _____

УЗИ-цервикометрия ____ / ____ / ____ года

(в группе риска позднего выкидыша и преждевременных родов) _____

Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока
____ / ____ / ____ года (в группе риска акушерских и перинатальных осложнений)

норма; _____

Особенности _____

КТГ (после 33 недель) ____ / ____ / ____ года. Срок ____ недель.

КТГ ____ / ____ / ____ года. Срок ____ недель.

КТГ ____ / ____ / ____ года. Срок ____ недель.

КТГ ____ / ____ / ____ года. Срок ____ недель.

КТГ ____ / ____ / ____ года. Срок ____ недель.

Осмотры врачей-специалистов

Осмотр врача-терапевта

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

ЭКГ (по показаниям) ____ / ____ / ____ года. Результат _____

Осмотр врача-стоматолога

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

Осмотр врача-офтальмолога

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

Консультация врачей - специалистов (по показаниям, указать)

Консультация врача - _____

Дата консультации	
Заключение	
Медицинская организация	
Ф.И.О. врача	
Подпись врача	

8. Заключение консилиума (ПК) при ПРП и ХА

Дата проведения	
Состав консилиума (специальность, должность, Ф.И.О.)	
Диагноз. Заключение	
Рекомендации по маршрутизации беременной	
Рекомендации по маршрутизации новорожденного	
Медицинская организация, где проводился консилиум	
Подписи участников консилиума	
Подпись лечащего врача	

9. Консультации в кабинете (центре) медико-социальной помощи

ФИО специалиста-консультанта (психолог, специалист по социальной работе, юрист - указать)	Дата	Подпись консультанта
	/ / года	
	/ / года	
	/ / года	
	/ / года	
	/ / года	

10. Сведения о госпитализации во время беременности

№	Дата	Медицинская организация	Диагноз
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		

Дородовая госпитализация: не показана показана,

Куда: в отделение патологии беременности в отделение акушерского ухода

Основание _____

Дата заполнения ___/___/___ года.

Подпись врача _____ (_____)

11. Результаты консультирования в АДКЦ ___/___/___ года (при необходимости)

Заключение _____

Рекомендации _____

Дневники наблюдения

Дневники наблюдения

**НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ
ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА**

№ визита	1	2	3	4	5
Дата					
Жалобы (да/нет)					
Отёки (-, 1+, 2+, 3+)					
Масса тела (кг)					
АД	систол. (мм рт. ст.)				
	диастол. (мм рт. ст.)				
Пульс (уд/мин)					
Температура тела					
Молочные железы					
Лактация					
Состояние сосков					
Выделения из влагалища					
Половая жизнь					
Контрацепция					
УЗИ малого таза					
Диагноз					
Рекомендации					
Подпись врача					

Исход беременности и родов для матери	Исход беременности и родов для плода		
	Ребенок	Первый	Второй
1. Родами: 1. <i>самопроизвольным, в срок:</i> 1. без осложнений _____ 2. с осложнениями _____ 3. многоплодными _____	живорожденный		
2. <i>оперативными:</i> 1. кесарево сечение _____ 2. другое _____	мертворожденный: антенатально интранатально		
3. Абортом: 1. самопроизвольным _____ 2. искусственным _____ 3. в т.ч. по мед. показаниям _____	Пол: 1. Ж 2. М		
3. Смертью (дата, час, мин) _____ Основная причина смерти _____	Масса тела (г)		
_____ (шифр по МКБ 10)	Длина (см)		
	Оценка (указать шкалу)		
	Дошенность: 1. доношенный 2. недоношенный 3. переношенный		
	Заболевание основное (шифр по МКБ-10)		
	Сопутствующие		
	Умер в возрасте		
	Основная причина смерти:		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

График явок

№	Дата, срок беременности	Подпись беременной	Подпись врача
1	/ / г.		
	нед		
2	/ / г.		
	нед		
3	/ / г.		
	нед		
4	/ / г.		
	нед		
5	/ / г.		
	нед		
6	/ / г.		
	нед		
7	/ / г.		
	нед		
8	/ / г.		
	нед		
9	/ / г.		
	нед		
10	/ / г.		
	нед		
	/ / г.		
	нед		
	/ / г.		
	нед		
	/ / г.		
	нед		
	/ / г.		
	нед		
	/ / г.		
	нед		

Подпись беременной _____ (_____)

Дата заполнения ____/____/____ года.

Подпись врача _____ (_____)

Исход беременности и родов для матери	Исход беременности и родов для плода		
	Ребенок	Первый	Второй
1. Родами: 1. <i>самопроизвольным, в срок:</i>	живорожденный мертворожденный: антенатально интранатально		
1. без осложнений _____			
2. с осложнениями _____			
3. многоплодными _____			
2. <i>оперативными:</i>	Пол: 1. Ж 2. М		
1. кесарево сечение _____	Масса тела (г)		
2. другое _____	Длина (см)		
2. Абортом: 1. самопроизвольным _____	Оценка (указать шкалу)		
2. искусственным _____	Дошенность:		
3. в т.ч. по мед. показаниям _____	1. доношенный		
3. Смертью (дата, час, мин) _____	2. недоношенный		
Основная причина смерти _____	3. переносный		
_____ (шифр по МКБ 10)	Заболевание основное (шифр по МКБ-10)		
	Сопутствующие		
	Умер в возрасте		
	Основная причина смерти:		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

**НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ
ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА**

№ визита	1	2	3	4	5
Дата					
Жалобы (да/нет)					
Отёки (-, 1+, 2+, 3+)					
Масса тела (кг)					
АД	систол. (мм рт. ст.)				
	диастол. (мм рт. ст.)				
Пульс (уд/мин)					
Температура тела					
Молочные железы					
Лактация					
Состояние сосков					
Выделения из влагалища					
Половая жизнь					
Контрацепция					
УЗИ малого таза					
Диагноз					
Рекомендации					
Подпись врача					

Дневники наблюдения

Для анализов