

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н
"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и
гинекология"

в редакции Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 г. N 747н

В соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 и пунктом 2 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2019, N 52, ст. 7770) приказываю:

1. Утвердить:

Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" согласно приложению N 1;

форму индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы (форма N 111/у-20) согласно приложению N 2;

форму обменной карты беременной, роженицы и родильницы (форма N 113/у-20) согласно приложению N 3;

форму медицинской карты беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях (форма N 096/1у-20), согласно приложению N 4;

форму карты пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях) согласно приложению N 5;

форму карты пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля (вкладыш в карту стационарного больного) согласно приложению N 6;

форму карты пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного) согласно приложению N 7;

форму карты пациента при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или в карту стационарного больного) согласно приложению N 8;

форму карты пациента при искусственном прерывании беременности хирургическим методом (вкладыш в карту стационарного больного) согласно приложению N 9;

форму карты донесения о случае материнской смерти (форма N 003/у-МС-20) согласно приложению N 10.

2. Настоящий приказ вступает в силу 1 января 2021 г. и действует до 1 января 2027 года.

Министр

М.А. Мурашко

Зарегистрировано в Минюсте РФ 12 ноября 2020 г.
Регистрационный N 60869

Приложение N 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Порядок
оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 1
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Правила
организации деятельности женской консультации

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 2
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Рекомендуемые штатные нормативы
женской консультации

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 3
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Стандарт
оснащения женской консультации**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 4
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Правила
организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 5
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Рекомендуемые штатные нормативы
кабинета (отделения) антенатальной охраны плода**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 6
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Стандарт
оснащения кабинета (отделения) антенатальной охраны плода**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 7

к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Форма протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 11-14 недель
беременности**

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения	
Номер исследования	Дата исследования
Ф.И.О. беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности ____ нед ____ дней
Вид исследования - трансабдоминальный/трансвагинальный (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Хориальность/амниальность при многоплодии (указать) _____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) (указать); отсутствует (подчеркнуть)	
Фетометрия (мм), соответствует сроку беременности:	
Копчико-теменной размер ____ мм, соответствует ____ нед ____ дней	
Бипариетальный диаметр ____ мм, соответствует ____ нед ____ дней	
Окружность головы ____ мм, соответствует ____ нед ____ дней	
Другие фетометрические показатели (по показаниям) _____	
Толщина воротникового пространства _____ мм	
Оценка дополнительных УЗ-маркеров хромосомных аномалий ¹	
Носовая кость : визуализируется; не визуализируется; не удалось оценить (подчеркнуть)	
Трикуспидальная регургитация: да; нет (подчеркнуть)	
Пульсационный индекс (далее - ПИ) в венозном протоке (указать)	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения ² , не удалось оценить)	
Голова: - череп - срединные структуры - сосудистые сплетения	Живот: - желудок - кишечник - передняя брюшная стенка - мочевого пузырь
Лицо: - глазницы ¹ - профиль	Позвоночник:
Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез	Конечности: - правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: не обнаружено (подчеркнуть); обнаружено (описать):	

Особенности строения плода: (указать)
Хорион (плацента) преимущественная локализация: передняя; задняя; дно матки (подчеркнуть), другое (указать) _____
Пуповина: количество сосудов (указать ¹) _____
Место прикрепления к плаценте: центральное; краевое; оболочечное; не удалось осмотреть (подчеркнуть)
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма; выявлены изменения ²) _____
Шейка матки (цервикометрия) _____ (мм)
ПИ в маточных артериях _____ слева _____ справа
Визуализация: - удовлетворительная (подчеркнуть) / затруднена в связи с (указать причину):
Заключение:
Беременность _____ нед _____ дней
Рекомендации:
Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики:

¹ Оценка не является обязательной.

² При выявлении изменений требуется подробное описание.

Приложение N 8
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Форма талона-направления на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии

Данные о пациентке

(заполняются по месту наблюдения беременной) | штрих-код |

ФИО беременной: _____
Дата рождения: _____ Номер карты беременной: _____
Адрес проживания: Улица: _____ Дом: _____ Квартира: _____
Район: _____ Нас. пункт: _____
Телефон: _____ Профессия: _____
Город: _____ Номер Ж/К: _____

ФИО врача _____ Конт. тел.: _____

АНАМНЕЗ: Первый день последней менструации _____

Количество беременностей всего) _____	Количество родов (всего) _____
Количество беременностей (прогрессировавших более 24 нед.) _____	Количество родов в сроки 22-30 недель _____
Количество беременностей завершившихся в 16-30 недель _____	Количество родов в сроки 31-36 недель _____
	Количество родов после 37 недель _____

Этническая группа: _____

Курение: да; нет (подчеркнуть) Индукция овуляции: да; нет (подчеркнуть)
Сахарный диабет: нет, 1 тип, 2 тип, гестационный (подчеркнуть)
Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)
Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)
Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)
Преэклампсия при предыдущей беременности (для повторнородящих):
да; нет (подчеркнуть)
Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности (для повторнородящих):
да, нет (подчеркнуть)
Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да; нет (подчеркнуть)

Зачатие: естественное; экстракорпоральное оплодотворение (далее - ЭКО);
инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть)

Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации _____ лет;
донорская яйцеклетка: возраст донора _____ лет;
донорский эмбрион: возраст донора _____ лет;

Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребенка: трисомия
21; трисомия **18**; трисомия **13** (подчеркнуть)

Данные об обследовании
(заполняются в КАОП 2-го уровня)

Адрес КАОП _____
Ультразвуковая диагностика: дата _____
Врач ультразвуковой диагностики (ФИО) _____ ID _____

Вес (кг) _____ Рост (см) _____
Артериальное давление: правая рука (2 измерения) ____/____; ____/____ мм рт ст
левая рука (2 измерения) ____/____; ____/____ мм рт ст

Количество плодов: _____
Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная

(подчеркнуть)
КТР (мм) плод 1 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР):
КТР (мм) плод 2 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР):
КТР (мм) плод 3 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР):
Биохимический скрининг: Дата взятия крови: _____ Место для наклейки штрих-кода ФИО и подпись медсестры ОК ПД: _____ Штамп КАОП М.П. врача КАОП
Примечание: Талон из КАОП передается в лабораторию для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ вместе с образцом крови беременной для расчета индивидуального риска хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии и статистического учета случаев

Приложение N 9
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Форма протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю
беременности

Номер исследования	Дата исследования
Ф.И.О. беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности _____ нед _____ дней
Срок беременности по скрининговому УЗИ в 1 триместре _____ нед _____ дней (при несоответствии гестационному сроку)	
Вид исследования (трансабдоминальный/трансвагинальный) (подчеркнуть) Количество плодов (указать) _____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) _____ ритмичное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) _____	
Фетометрия (оценить в мм с указанием соответствия процентильным значениям при отклонении)	

Бипариетальный размер (БПР) ____мм ()	Окружность живота (ОЖ) ____ мм ()
Окружность головы (ОГ) ____ мм ()	Длина бедра (ДБ) ____ мм ()
Длина других костей ¹	
Размеры плода соответствуют сроку беременности: да, нет, размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (подчеркнуть)	
Предполагаемая масса плода ____ грамм (указать проценты для данного срока ____)	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения ² , не удалось оценить)	
Голова: - кости свода черепа - полость прозрачной перегородки - срединные структуры - задние рога боковых желудочков: справа ____мм; слева ____мм - мозжечок ____мм, (указать проценты для данного срока ____) - большая цистерна ____мм	Расположение внутренних органов (подчеркнуть) Нормальное (<i>situs solitus</i>), Зеркальное (<i>situs inversus</i>), Неопределенное (<i>situs ambiguous</i>) Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез - срез через 3 сосуда и трахею - левый выносящий тракт ³ - правый выносящий тракт ³
Лицо: - губы - профиль - глазницы - нос, ноздри	
Шея:	
Позвоночник: Грудная клетка:	Брюшная полость - желудок - кишечник - почки - мочевого пузыря - область пупочного кольца
	Конечности: - правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: Не обнаружено (подчеркнуть) Обнаружено (описать):	

Особенности строения плода: наличие эхо-маркеров ХА (подчеркнуть)	
укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в сердце, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренный гидронефроз, вентрикуломегалия, другое (указать)	
Плацента: - расположение: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть) - структура: норма, выявлены изменения (указать)_____. - положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на _____мм, доходит, перекрывает область внутреннего зева) Кесарево сечение в анамнезе: да, нет (подчеркнуть) Если да, перекрывает ли плацента область послеоперационного рубца: да, нет (подчеркнуть)	
Количество вод (подчеркнуть: норма, маловодие, многоводие), при изменении количества вод: ИАЖ_____мм, либо МВК_____мм	
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения ³)	
Шейка матки (цервикометрия)_____ (мм)	Количество сосудов пуповины (указать):_____ Место прикрепления к плаценте: (подчеркнуть) центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть
Визуализация: - удовлетворительная (подчеркнуть), - затруднена в связи с _____(указать)	
Заключение: Беременность _____ нед. _____дней	
Рекомендации:	
Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики	

Настоящая форма протокола УЗИ может быть использована для внескрининговых сроков 2 триместра и 3 триместра.

При многоплодной беременности значения показателей оформляются дробью:

значение показателей верхнего плода

значение показателей нижнего плода

¹ Оценка проводится по показаниям.

² При выявлении изменений требуется подробное описание.

³ Оценка проводится по показаниям.

Приложение N 10
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Правила
организации деятельности отделения акушерского ухода для беременных женщин

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 11
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Рекомендуемые штатные нормативы
отделения акушерского ухода для беременных женщин

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 12
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Стандарт
оснащения отделения акушерского ухода для беременных женщин

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 13
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Правила
организации деятельности дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и
гинекологической патологии

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 14
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Рекомендуемые штатные нормативы
дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 15
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Стандарт
оснащения дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической
патологии

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 16
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Правила
организации деятельности родильного дома (отделения)

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 17
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Рекомендуемые штатные нормативы
родильного дома (отделения)

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 18
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Стандарт
оснащения родильного дома (отделения)

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 19
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",

утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Правила
организации деятельности перинатального центра**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 20
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Рекомендуемые штатные нормативы
перинатального центра**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 21
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Стандарт
оснащения перинатального центра**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 22
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Правила
организации деятельности Центра охраны материнства и детства**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 23
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Правила
организации деятельности ургентного родильного зала**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 24
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Стандарт
оснащения ургентного родильного зала**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 25
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Правила
организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации перинатального центра и
родильного дома**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 26
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Правила
организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра
перинатального центра и родильного дома

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 27
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Рекомендуемые штатные нормативы
акушерского дистанционного консультативного центра перинатального центра и родильного
дома

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 28
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Стандарт
оснащения акушерского дистанционного консультативного центра перинатального центра и
родильного дома

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 29
к Порядку оказания медицинской помощи

по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Правила
организации деятельности выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-
реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н
Приложение N 30
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Рекомендуемые штатные нормативы
выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания
экстренной и неотложной медицинской помощи**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н
Приложение N 31
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Стандарт
оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для
оказания экстренной и неотложной медицинской помощи**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н
Приложение N 32
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Правила
организации деятельности Центра охраны здоровья семьи и репродукции**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 33
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Рекомендуемые штатные нормативы
Центра охраны здоровья семьи и репродукции**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 34
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Стандарт
оснащения Центра охраны здоровья семьи и репродукции**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 35
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Правила
организации деятельности гинекологического отделения**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 36

**к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Рекомендуемые штатные нормативы
гинекологического отделения**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 37
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Стандарт
оснащения гинекологического отделения**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 38
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Правила
организации деятельности кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 39
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Рекомендуемые штатные нормативы
Кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 40
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Стандарт
оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 41
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Правила
организации деятельности Центра охраны репродуктивного здоровья подростков**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 42
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Рекомендуемые штатные нормативы
Центра охраны репродуктивного здоровья подростков**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 43
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Стандарт
оснащения Центра охраны репродуктивного здоровья подростков

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 44
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Правила
организации деятельности гинекологического отделения для несовершеннолетних

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 45
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Рекомендуемые штатные нормативы
гинекологического отделения для несовершеннолетних

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 46

**к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Стандарт
оснащения гинекологического отделения для несовершеннолетних**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 47
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Правила
организации деятельности Центра медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в
трудной жизненной ситуации**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 48
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Рекомендуемые штатные нормативы
Центра медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной
ситуации**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

**Приложение N 49
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю "акушерство и гинекология",
утвержденному приказом**

**Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н**

**Стандарт
оснащения Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в
трудной жизненной ситуации**

Утратило силу с 10 января 2026 г. - Приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. N 747Н

Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации Адрес _____	Медицинская документация Учетная форма N 111/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
---	---

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. Ф.И.О. и телефон доверенного лица _____

8. Образование: ☐ - начальное; ☐ - среднее; ☐ - высшее

9.

Профессия _____

10. Место работы _____

11. Инвалидность: ☐ - нет; ☐ -

группа _____

☐☐

12. Полис ОМС N _____

13. СНИЛС

N _____

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

15. Листок нетрудоспособности

N _____

16. Родовой сертификат: серия N _____; 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 антирезус Ig при предыдущих беременностях ____ / ____ / ____ г. ____ / ____ / ____ г.	
Данные о введении антирезус Ig 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	☐ Низкий	☐ Низкий	☐ Низкий	☐ Низкий
	☐ Высокий	☐ Высокий	☐ Высокий	☐ Высокий
Другие (указать) _____	☐	☐	☐	☐

	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий

25 . Диагноз:

основной _____

—

—

—
осложнения данной
беременности _____

—

—
Сопутствующие заболевания:

соматические _____

—

—

—
гинекологические

—
Обменно-уведомительную карту N _____ получила _____ (дата, подпись)

Родовой сертификат серия N _____ получила _____ (дата, подпись)

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТКЕ

Врождённые пороки развития: ☐ нет; ☐ да _____

Рост _____ см

Масса тела при первой явке _____ кг

Индекс массы тела (далее - ИМТ) при первой явке _____ кг/м²:

☐ - недостаточная масса (<18); ☐ - норма (18-25); ☐ - избыточная масса (25,1-29,9);

☐ - ожирение I (30-34,9); ☐ - ожирение II (35-39,9); ☐ ожирение III (≥ 40)

Другие риски _____ ☐ - низкий, ☐ - высокий (на основе клинических рекомендаций)

Перенесённые заболевания:

Детские инфекции: ☐ - нет; ☐ - да _____

На диспансерном учёте: ☐ -не состояла; ☐ -состояла_____

Травмы, операции: ☐ -нет; ☐ -да_____

Соматические заболевания: ☐ -нет; ☐ -да _____

Социально значимые инфекции: ☐ - нет; ☐ -ВИЧ; ☐ - туберкулёз, ☐ - гепатит В; ☐ -гепатит С;

☐ - сифилис;

☐ -другие_____

ВИЧ-статус: ☐ - негативный, ☐ - позитивный от ____ /____/____г. эпидномер_____

Антиретровирусная терапия во время беременности_____

Наследственные заболевания: ☐ - нет; ☐ - да_____

Гемотрансфузии: ☐ - нет; ☐ - да (год)_____

Последняя флюорография: дата_____; результат_____

Вредные привычки:

☐ - нет;

☐ - курение (в день): ☐ - <1/2 пачки; ☐ - 1/2-1 пачка; ☐ - > 1 пачки, период (годы) _____

☐ - алкоголь: ☐ - каждый день; ☐ - 1-2 раза в неделю; ☐ - 1-2 раза в месяц, вид алкоголя _____

_____, мл в день _____

☐ - наркотики (название) _____

Профессиональные вредности: ☐ - нет; ☐ - да _____

Сведения о прививках (дата последней вакцинации):

☐ - столбняк _____ г. (дату не помнит);

☐ - дифтерия _____ г. (дату не помнит);

☐ - корь _____ г. (дату не помнит);

☐ - краснуха _____ г. (дату не помнит);

☐ - ветряная оспа _____ г. (дату не помнит);

☐ - грипп _____ г. (дату не помнит);

☐ -ВПЧ _____/_____/_____г. (дату не помнит);

☐ -гепатит В _____/_____/_____г. (дату не помнит);

☐ -другие _____/_____/_____г.

Менструации с _____ лет; установились: ☐ -сразу; ☐ -нет (через _____ месяцев), по _____ дней;

через _____ дней; ☐ -скудные; ☐ -умеренные; ☐ -обильные; ☐ -болезненные; ☐ -безболезненные;

☐ -регулярные; ☐ нерегулярные

Половая жизнь с _____ лет

Контрацепция (метод и период применения) _____

Гинекологические заболевания, операции (какие, дата) _____

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 _____

N	Год	Наступила: 1 - самопроизвольно; 2- индуцирована 3- е применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - 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 операци и	Медицинская организация	Название операции	При кесаревом сечении - срок беременности, показания	Локализация рубца на матке	Особенности операции, послеоперационного 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 _____

Инфекции, передаваемые половым путем: ☐ -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 Ф.И.О. 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) ____/____/____г.

Число перенесенных эмбрионов _____

Возраст матери/донора на дату криоконсервации _____

Предстоящие роды: ☐ -первые; ☐ -повторные

Беременность: ☐ -одноплодная; ☐ -многоплодная; количество плодов _____

Взята на учёт по беременности ____/____/____г., в сроке _____ недель

Последняя менструация ____/____/____г.

Дата 1-го УЗИ ____/____/____г.; срок беременности _____ недель

Первое шевеление плода ____/____/____г.

Предполагаемая дата родов ____/____/____г.

Первое обследование беременной

Дата осмотра ____/____/____г.

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 фиброзно-кистозной мастопатии; п-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: ☐ -продольное; ☐ -косое; ☐ -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:

Назначения:

Рекомендованный срок следующего посещения: _____

Рекомендованный срок следующего посещения: _____

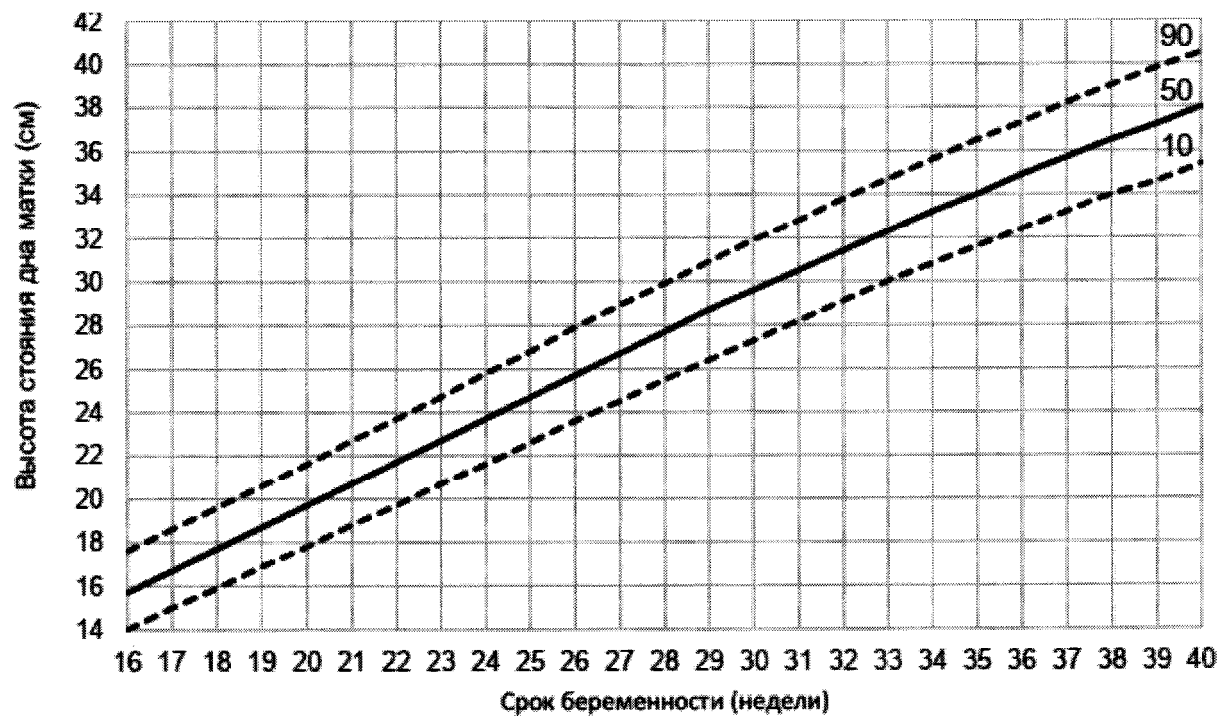
Дата заполнения ____/____/____ года.

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 x _____ см.

Дополнительные размеры таза (по

5. Приём лекарственных препаратов во время данной беременности

Даты периода приема	Наименование лекарственного препарата	Показания	Доза/ длительность	Побочные эффекты

6. Лист заключительных (уточненных) диагнозов

Дата Срок беременности	Специалист	Диагноз	Рекомендации
____/____/____ г. _____нед.			
____/____/____ г. _____нед.			
____/____/____ г. _____нед.			
____/____/____ г. _____нед.			
____/____/____ г. _____нед.			

Дата заполнения ____/____/____г.

Подпись врача_____(_____)

7. Лист обследования

Определение антител

Дата		
Антитела к бледной трепонеме (Treponema pallidum)	N	N
	Подпись	Подпись
Антитела классов M, G к ВИЧ 1/2 и антиген р24	N	N
	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 ____/____/____ г. Подпись_____(_____)

□

Дата			
Антирезусные антитела			

□ - от обследования отказалась ____/____/____ г. Подпись_____(_____)

Анализы 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) ____/____/____ г.

Результат _____

☐ -от обследования отказалась ____/____/____ г. Подпись _____(_____)

Бактериоскопическое исследование мазков

Дата		
------	--	--

Локусы	С	V	U	С	V	U
Лейкоциты						
Эпителий						
Ключевые клетки						
Кандиды						
Трихомонады						
Гонококки						
pH						

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

Результат_____

Анализы 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) ____/____/____г.

Результат_____

Оценка антенатального состояния плода

Ультразвуковое исследование (11-14 недель)

УЗИ 1 триместра ____/____/____г.

Кол-во плодов____ Хориальность/амниальность____(указать)

Диаметр плодного яйца____мм, Копчико-теменной размер плода____мм,

Сердцебиение 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 ____/____/____г.

УЗИ:

Количество плодов ____ Хориальность/амниальность____(указать)

Копчико-теменной размер плода____ мм, Толщина воротникового пространства____мм,

Сердцебиение эмбриона ____/мин, ☐ не определяется.

Цервикометрия____мм

Пульсационный индекс маточных артерий: правая ____/левая____ Врожденные пороки развития (далее -

ВПР): ☐ -нет, ☐ -да (указать)_____

Другая патология:_____

Биохимические маркеры: PAPP-A____мЕД/мл, ____/МОМ/ β -ХГЧ____мЕД/мл, ____/МОМ/

Комплексный индивидуальный риск:

21 трисомии: ☐ -низкий; ☐ -высокий;

18 трисомии: ☐ -низкий; ☐ -высокий;

13 трисомии: ☐ -низкий; ☐ -высокий;

Задержки развития плода: ☐ -низкий; ☐ -высокий;

Преждевременных родов: ☐ -низкий; ☐ -высокий;

Преэклампсии ранней (до 34 недель): ☐ -низкий; ☐ -высокий;

Преэклампсии поздней (до 37 недель): ☐ -низкий; ☐ -высокий;

Заключение: срок беременности _____ недель _____

Ультразвуковое исследование (19-21 неделя)

УЗИ _____/_____/_____г.

Количество плодов _____

Предполагаемая масса плода (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) ____/ ____ / ____ г.

Срок беременности _____ (указать)

Вид процедуры _____ (указать)

Кариотип/другое _____ (вписать)

Заключение консилиума (при ВПР и ХА) ____/ ____ / ____ г.

Ультразвуковое исследование (**30-34** недели) - по показаниям

УЗИ ____/____/____г.

Предлежание: ☐ -головное; ☐ -тазовое

Околоплодные воды: ☐ -норма; ☐ -маловодие; ☐ -многоводие

Плацента расположена _____

Сердцебиение плода _____/мин

Заключение срок беременности _____ недель _____

УЗИ-цервикометрия ____/____/____г.

(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) ____/____/____ г. Срок _____ недель

КТГ ____/____/____г. Срок _____ недель

КТГ____/____/____г. Срок____недель

КТГ____/____/____г. Срок____недель

КТГ____/____/____г. Срок____недель

Осмотры врачей-специалистов

Осмотр врача-терапевта

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

Электрокардиограмма (по показаниям)____/____/____г. 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 при пороках развития плода и хромосомных аномалиях:

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

Ф.И.О. специалиста-консультанта (психолог, специалист по социальной работе, юрист - указать)	Дата	Подпись консультанта
---	------	----------------------

	___/___/___г.	
	___/___/___г.	
	___/___/___г.	
	___/___/___г.	
	___/___/___г.	

10. Сведения о госпитализации во время беременности

N	Дата	Медицинская организация	Диагноз
	С ___/___/___г. по ___/___/___г. ☐ -экстренная; ☐ -плановая		
	С ___/___/___г. по ___/___/___г. ☐ -экстренная; ☐ -плановая		
	С ___/___/___г. по ___/___/___г. ☐ -экстренная; ☐ -плановая		
	С ___/___/___г. по ___/___/___г. ☐ -экстренная; ☐ -плановая		
	С ___/___/___г. по ___/___/___г.		

☐	-экстренная;	☐	-плановая
--------------------------	--------------	--------------------------	-----------

Дородовая госпитализация: ☐ - не показана; ☐ -показана;

Куда ☐ -в отделение патологии беременности; ☐ -в отделение акушерского ухода

Основание_____

Дата заполнения ____/ ____/ ____г.

Подпись врача_____(_____)

11. Результаты консультирования в акушерском дистанционном консультативном центре
____/ ____/ ____г. (при необходимости)

Заключение_____

Рекомендации_____

Дневники наблюдения

Дневники наблюдения

Дневники наблюдения

График явок

N	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 ____/____/____ г.

Подпись врача_____(_____)

Исход беременности и родов для матери 1. Родами: 1.самопроизвольным, в срок: 1 .без осложнений_____ 2. с осложнениями_____ 3. многоплодными_____ 2. оперативными: 1. кесарево сечение_____ 2. другое_____ 2 Аборт: 1. самопроизвольным_____ 2. искусственным_____ 3. в т.ч. по мед. показаниям_____ 3.Смертью (дата, час, мин)_____ Основная причина смерти_____ _____ _____(шифр по МКБ-10)	Исход беременности и родов для плода		
	Ребенок	Первый	Второй
	живорожденный		
	мертвоорожденный: антенатально интранатально		
	Пол: 1. Ж 2. М		
	Масса тела (г)		
	Длина (см)		
	Оценка (указать шкалу)		
	Доношенность: 1. доношенный 2. недоношенный 3. переносенный		
	Заболевание основное (шифр по МКБ-10)		
	Сопутствующие		
	Умер в возрасте		
	Основная причина смерти:		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

N визита		1	2	3	4	5
Дата						
Жалобы (да/нет)						
Отёки (-, 1+, 2+, 3+)						
Масса тела (кг)						
АД	систолическое (мм рт. ст.)					
	диастолическое (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

Дневники наблюдения

Для анализов

Для анализов

Для анализов

Приложение N 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации _____	Медицинская документация
Адрес _____	Учетная форма 113/у-20
	Утверждена приказом Минздрава России от 20
	октября 2020 г. N 1130н

Обменная карта беременной, роженицы и родильницы

выдается беременной при ее первой явке и заполняется при каждом посещении
женской консультации (ВОПа, ФАПа)

**ТАЛОН N 1. Сведения женской консультации о беременной (заполняется на
каждую беременную и выдаётся при постановке на учёт)**

Ф.И.О. _____

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

Адрес проживания _____

Адрес регистрации ☐ совпадает с адресом проживания _____

Контактные телефоны: мобильный _____ домашний _____
рабочий _____ адрес электронной почты _____ @ _____ ; _____ @ _____

Брачное состояние: ☐ брак зарегистрирован ☐ брак не зарегистрирован, ☐ одинокая

ФИО и телефон доверенного лица: _____

Полис ОМС N _____

СНИЛС N _____

Декретный отпуск с ____/____/____ года по ____/____/____ года

Листок нетрудоспособности N _____

Родовой сертификат: серия N _____, дата выдачи ____/____/____ года

Подпись врача _____ (_____)

Аллергические реакции: ☐ нет; ☐ да (при наличии - выделить цветом) _____

Высокий акушерский риск по результатам скрининга в **11-14** недель (выделить цветом)

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

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	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий
Другие (указать) _____	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий	☐ Низкий ☐ Высокий

Дородовая госпитализация: ☐ не показана; ☐ показана, _____

Куда: ☐ в отделение патологии беременности; ☐ в отделение акушерского ухода

Основание _____
срок госпитализации _____ недель.

Рекомендована госпитализация на роды в медицинскую организацию:

☐ 1-й; ☐ 2-й; ☐ 3а; ☐ 3б группы (уровня)

☐ ☐ ☐ ☐

Наименование медицинской организации _____

Дата заполнения ____/____/____ года.

Подпись врача _____ (_____)

Подпись пациентки _____ (_____)

Сведения о беременной

Врождённые пороки развития: ☐ нет; ☐ да _____

Рост _____ см. Масса тела при постановке на учёт _____ кг. ИМТ _____ кг/м².

☐ недостаточная масса (<18), ☐ норма (18-25), ☐ избыточная масса (25,1-29,9),

☐ ожирение I (30-34,9), ☐ ожирение II (35-39,9), ☐ ожирение III (≥ 40).

Риск преэклампсии: ☐ низкий, ☐ высокий. Значение риска _____

Риск преждевременных родов: ☐ низкий, ☐ высокий. Значение риска _____

Риск задержки роста плода: ☐ низкий, ☐ высокий. Значение риска _____

Риск тромбозмболических осложнений: ☐ низкий, ☐ высокий. Значение риска _____

Другие риски _____: ☐ низкий, ☐ высокий. Значение риска _____

Детские инфекции: ☐ нет; ☐ да _____

На диспансерном учёте: ☐ не состояла; ☐ состояла_____

Травмы, операции: ☐ нет; ☐ да_____

Соматические заболевания: ☐ нет; ☐ да_____

Социально значимые инфекции: ☐ нет; ☐ туберкулёз, ☐ гепатит В; ☐ гепатит С; ☐ сифилис;

☐ другие_____

ВИЧ-статус: ☐ - негативный; ☐ - позитивный от ____/____/____г. эпид.номер_____

Антиретровирусная терапия во время беременности_____

Наследственные заболевания: ☐ нет; ☐ да_____

Гемотрансфузии: ☐ нет; ☐ да (год)_____

Последняя флюорография, дата_____результат_____

Вредные привычки: ☐ курение, ☐ алкоголь, ☐ наркотики; ☐ отрицает.

☐ ☐

Профессиональные вредности: ☐ нет; ☐ да _____

Сведения о прививках: ☐ столбняк; ☐ дифтерия; ☐ корь; ☐ краснуха; ☐ ветряная оспа;
☐ грипп; ☐ ВПЧ; ☐ гепатит В ☐ другие _____

Менструации с _____ лет, установились ☐ сразу, ☐ нет, (через _____ месяцев), по _____ дней,
через _____ дней; ☐ скудные ☐ умеренные ☐ обильные; ☐ болезненные ☐ безболезненные;
☐ регулярные, ☐ нерегулярные.

Половая жизнь с _____ лет.

Контрацепция (метод и период применения) _____

Гинекологические заболевания, операции (какие, дата) _____

Инфекции, передаваемые половым путём: ☐ нет; ☐ да (дата, лечение) _____

Последнее обследование молочных желёз _____ год, _____ метод,
результат _____

Последнее цитологическое исследование микропрепарата шейки матки _____ год, _____ метод,
результат _____

История предыдущих беременностей _____

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

Сведения о группе крови и Rh-факторе пациентки и отца ребенка

Беременная				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 антирезус Ig при предыдущих беременностях ____/____/____ г. ____/____/____ г.							
Данные о введении антирезус Ig при текущей беременности ____/____/____ г. ____/____/____ г.							

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

Дата заполнения ____/____/____ года.

Подпись врача _____ (_____)

Сведения о настоящей беременности

Беременность: ☐ первая, ☐ повторная наступила ☐ спонтанно ☐ индуцирована ☐ с помощью ВРТ

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_____



Последняя менструация__/_/___года.

Дата 1-го УЗИ_____срок беременности_____недель.

Взята на учёт по беременности __/_/___года, в сроке_____недель.

Первое шевеление плода __/_/___года.

Предполагаемая дата родов __/_/___года.

Пельвиометрия

D. sp._____см, D. cr._____см, D. troch._____см, C. ext._____см, C. vera_____см,

C. diag._____см, индекс Соловьёва_____, ромб Михаэлиса_____см х _____см.

Дополнительные размеры таза (по показаниям)_____

Лист заключительных (уточненных) диагнозов

Дата Срок беременности	Специалист	Диагноз	Назначения
__/_/___ г. _____нед.			
__/_/___ г. _____нед.			
__/_/___ г. _____нед.			
__/_/___ г. _____нед.			
__/_/___ г. _____нед.			
__/_/___ г. _____нед.			
__/_/___ г. _____нед.			
__/_/___ г. _____нед.			
__/_/___ г. _____нед.			

Данные о состоянии плода (заполняются в 37-38 недель)

Предлежание: ☐ головное, ☐ тазовое, ☐ другое_____

Предлежащая часть: ☐ прижата, ☐ над входом в малый таз, ☐ не определяется.

Сердцебиение плода:_____/мин; ☐ ясное, ☐ ритмичное, ☐ другое.

Предполагаемая дата родов_____/_____/_____/года.

Предполагаемая масса плода_____/г.

Дополнительные сведения_____

Дата заполнения ____/____/_____/года.

Подпись врача _____(_____)

Подпись беременной _____(_____)

ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Дата		
Антитела к бледной трепонеме (Treponema pallidum)	N	N
	Подпись_____	Подпись_____
Антитела классов M, G к ВИЧ 1/2 и антиген p24	N	N
	Подпись	Подпись
HBsAg или антитела к HBsAg		
anti-HCV IgG и anti-HCV IgM		

Дата		
Вirus краснухи (Rubella virus)	IgM	
	IgG	

Дата			
------	--	--	--

Антирезусные антитела			
-----------------------	--	--	--

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

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

Уровень тиреотропного гормона (ТТГ), мкМЕ/л

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

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	С	V	U	С	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 _____

Посев мочи на бессимптомную бактериурию (при первом визите)

____/____/____ года. Результат _____

УЗИ 1 триместра ____/____/____ года.

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

Диаметр плодного яйца ____ мм, КТР ____ мм,

СВ 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, СВ 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.

ПРП: ☐ 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,

☐

Закключение: срок беременности ____недель _____

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

Срок беременности: _____(указать)

Вид процедуры _____(указать)

Кариотип/другое _____(вписать)

Закключение консилиума (при ПРП и ХА) ____/____/____года

Ультразвуковое исследование (30-34 неделя) - по показаниям

УЗИ ____/____/____ года.

Предлежание: ☐ головное, ☐ тазовое.

Околоплодные воды: ☐ норма, ☐ маловодие, ☐ многоводие.

Плацента расположена _____

Сердцебиение плода ____/мин.

Закключение: срок беременности ____недель _____

УЗИ-цервикометрия ____/____/____года

(в группе риска позднего выкидыша и преждевременных родов)

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 _____

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	
---------------	--

Консультации ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ (по показаниям)

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

Сведения о госпитализации во время беременности

N	Дата	Медицинская организация	Диагноз
	С ____/ ____/ ____ г. по ____/ ____/ ____ г. -экстренная; -плановая		
	С ____/ ____/ ____ г. по ____/ ____/ ____ г. -экстренная; -плановая		
	С ____/ ____/ ____ г. по ____/ ____/ ____ г. -экстренная; -плановая		
	С ____/ ____/ ____ г. по ____/ ____/ ____ г.		

	☐ -экстренная; ☐ -плановая		
	С ____/____/____ г. по ____/____/____ г. ☐ -экстренная; ☐ -плановая		

Дата заполнения ____/____/____ года.

Подпись врача _____ (_____)

Результаты консультирования в АДКЦ ____/____/____ года (при необходимости)

Заключение _____

Рекомендации _____

Для документации

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ

Женская консультация N _____ Участок

N _____

Адрес женской

консультации _____

—
сайт в информационно-коммуникационной сети
"Интернет" _____
Телефон руководителя _____ эл.
почта _____
График работы женской консультации: пн-пт с _____ до _____, сб
с _____ до _____
Телефон органа управления здравоохранением, в ведении которого находится женская консультация

—
Ф.И.О. врача, телефон _____

—
электронная
почта _____
Ф.И.О. акушерки, телефон _____

—
электронная
почта _____
График работы врача: чётные с _____ до _____ нечётные с _____ до _____

ТАЛОН N 2. Сведения акушерского стационара о родильнице

Ф.И.О. _____
—

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

Адрес проживания _____

Адрес регистрации ☐ совпадает с адресом проживания _____

Дата поступления ____/____/____ года

Дата родов ____/____/____ года

Время рождения ____ ч ____ мин

Ребёнок родился от ____ беременности по счёту в сроке _____ недель

Предыдущие беременности закончились: ____ абортами (искусственными, самопроизвольными),
____ родами, в т. ч. мёртвым плодом

Роды: ☐ одноплодные; ☐ многоплодные

Особенности родов (длительность, осложнения в родах у матери и плода):

Паспорт кесарева сечения:

Показания к операции кесарева
сечения _____

—

—

Операция: ☐ плановая; ☐ экстренная

Продолжительность безводного промежутка: _____ ч _____ мин.

Разрез матки: ☐ поперечный в нижнем маточном сегменте, ☐ истмикокорпоральный,

☐ корпоральный,
другое _____

—

Зашивание разреза на матке: ☐ непрерывным однорядным швом; ☐ непрерывным многорядным швом,

☐ отдельными швами,
другое _____

—

Шовный материал (указать

какой) _____

Объем кровопотери _____ мл.

Продолжительность операции _____ ч _____ мин.

Дополнительные вмешательства во время

операции _____

Переливание крови и ее компонентов _____ мл

Характер течения послеоперационного периода: ☐ физиологическое течение, ☐ осложнения

Антибиотикопрофилактика/ антибиотикотерапия (подчеркнуть)
(чем) _____

Длительность пребывания в стационаре после операции _____ дней.

Оперативные пособия в родах, кроме кесарева сечения (вид, показания, особенности, осложнения)

Обезболивание: ☐ нет, ☐ применялось,
какое _____

_____ ☐ _____ ☐
эффективность _____

Роды партнёрские: ☐ да, ☐ нет

Течение послеродового периода
(заболевания): _____

Лактация: ☐ да, ☐ нет

Выписана на _____ сутки после родов

Состояние матери при
выписке: _____

Состояние ребёнка при рождении:

в родильном
доме _____

при
выписке _____

Вес ребёнка: при рождении _____ г,

при выписке _____ г.

Рост ребёнка при рождении _____ см.

Баллы по шкале Апгар _____ на 1 мин. _____ на 5 мин.

Маме ☐ не требуется патронаж, ☐ требуется,
показания _____
☐ ☐

Особые
замечания _____

_____/_____/_____ года.

Подпись акушера-гинеколога
_____ (_____)

ТАЛОН N 3. Сведения акушерского стационара о новорождённом

Ф.И.О. _____

Адрес
проживания _____

Адрес регистрации ☐ совпадает с адресом
проживания _____

—
Дата рождения ____/____/____года

Время рождения ____ч ____мин

Ребёнок родился от____беременности по счёту в сроке____недель

Беременность: ☐ спонтанная; ☐ индуцированная; ☐ с помощью ВРТ; ☐ одноплодная;

☐ многоплодная

Особенности родов (длительность, слабость родовой деятельности, родоусиление, вакуум экстракция
плода, наложение акушерских щипцов,
др.):_____

—
Обезболивание: ☐ нет, ☐ применялось,
какое_____

эффективность_____

—
Роды партнёрские: ☐ да, ☐ нет

Течение послеродового периода у матери
(заболевания):_____

—
Мать выписана на____сutki после родов
Состояние матери при

выписке: _____

Пол ребёнка: ☐ мальчик, ☐ девочка; рост при рождении _____ см,

вес при рождении _____ г, при выписке _____ г., окружность головы при выписке _____ см

Физиологическая потеря массы тела _____ г, стабилизировалась на _____ день.

Состояние ребёнка при рождении - оценка по шкале _____ (указать): на 1-й мин _____, на 5-й мин _____

Закричал: ☐ сразу, ☐ нет; ☐ проведены реанимационные мероприятия,
какие _____
☐ ☐ ☐

_____ Совместное пребывание с матерью с _____ часа после родов

Прикладывание к груди на _____ часу после родов.

Вскармливание: ☐ грудное, лактация ☐ достаточная, ☐ недостаточная ☐ сцеженным молоком

матери, в случае ☐ перевода на искусственное вскармливание указать
причину _____
☐

_____ Течение периода

адаптации _____

Дополнительные
обследования _____

Терапия,
режим_____

Вакцинация БЦЖ ____/____/____года 0,05 мг в 0,1 мл;

серия_____

контроль_____

—
БЦЖ-М ____/____/____ года 0,025 мг в 0,1 мл

серия_____

контроль_____

—
☐ Вакцинация не проводилась,
причина_____

☐ Вакцинация против гепатита В ____/____/____года серия_____

Срок годности ____/____/____ года, производитель_____

Неонатальный скрининг, дата забора крови ____/____/____года,
результат_____

—
Кардиологический скрининг, дата ____/____/____года, результат:

☐ отрицательный, ☐ сомнительный, ☐ положительный, ☐ не проведен,

причина_____

—
Аудиологический скрининг, дата ____/____/____ года,

результат_____

—/

☐ не проведен,
причина _____

Отказ матери (вид скрининга,
причина) _____

Лекция по уходу за ребёнком и грудному вскармливанию проведена ____/____/____года,
провёл

☐ врач-
неонатолог _____

☐ медицинская
сестра _____

Ребёнок выписан в удовлетворительном состоянии на _____сутки, с массой
тела _____ г.

Диагноз _____
—

—
☐ Рекомендован осмотр участкового врача в первые 2 суток после выписки,

☐
консультации _____

Группа
здоровья _____

Рекомендации _____

Особые
замечания _____

____/____/_года

Подпись акушера-гинеколога _____(_____)

Подпись неонатолога _____(_____)

Приложение N 4
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации _____ Адрес _____	Медицинская документация Учетная форма N 096/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
---	---

Медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях

N _____

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
3. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
 район _____ город _____ населенный пункт _____
 улица _____ дом _____ квартира _____ телефон _____
4. Адрес фактического места жительства _____
5. Местность: городская - 1, сельская - 2
6. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3
7. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6
8. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2, пенсионерка - 3, студентка - 4, не работает - 5, прочее - 6
9. Место работы _____
10. Родовой сертификат: серия _____ N _____ выдан _____
11. Полис ОМС: серия _____ N _____ 12. СНИЛС _____
13. Наименование страхования медицинской организации _____
14. Дата поступления в медицинскую организацию: число _____ месяц _____ год _____
15. Роды вне медицинской организации: да - 1, нет - 2
16. Направлена: медицинской организацией - 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи - 2, полицией - 3, обратилась самостоятельно - 4
17. Отделение _____ палата N _____
18. Наименование направившей медицинской организации _____
19. Диагноз направившей медицинской организации:
 основной _____ код по МКБ - 10 _____
 осложнения основного _____
 сопутствующие заболевания _____
20. Опьянение: алкогольное - 1, наркотическое - 2
21. Диагноз клинический: Дата установления: число _____ месяц _____ год _____
 основной _____ код по МКБ - 10 _____
 осложнения основного _____
 конкурирующее заболевание _____

фоновое заболевание_____

сопутствующие заболевания_____

внешняя причина при травмах (отравлениях)_____

_____ код по МКБ - 10_____

22. Диагноз заключительный клинический Дата установления: число_____

месяц _____ год_____

основной_____

_____ код по МКБ - 10_____

осложнения основного_____

конкурирующее заболевание_____

фоновое заболевание_____

сопутствующие заболевания_____

внешняя причина при травмах (отравлениях)_____ код по МКБ - 10_____

23. Осмотр на заразные кожные болезни: педикулез, чесотка, микроспория -

выявлены: да -1, нет -2

24. Группа крови_____ 25. Резус - принадлежность_____

26. Титр антител_____

27. Аллергические реакции на лекарственные препараты в анамнезе_____

28. Обследование: на ВИЧ_____, на сифилис_____, на гепатиты

В, С_____

29. Поступила для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в

данном году:

по поводу родов: впервые - 1, повторно - 2, _____ раз

по экстренным показаниям: да - 1, нет - 2, через _____ часов после

начала родовой деятельности

в плановом порядке да - 1, нет - 2

30. Роды произошли: число_____ месяц_____ год_____ время_____

31. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные

осложнения: _____

Наименование операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.			
2.			
3.			

Оперировал (Ф.И.О., подпись врача)_____

32. Наблюдалась в женской консультации_____

33. Посещала врача-акушера-гинеколога или акушерку во время беременности:

да - 1, нет - 2

сколько раз посещала _____ патронажи:

да -1 , нет - 2

сколько патронажей_____

34. Исход заболевания: выписана - в удовлетворительном состоянии;

переведена в другую медицинскую организацию_____

35. Длительность родов по периодам: I период_____, II период_____,

III период_____

36. Выписана: число_____ месяц_____ год_____ время_____

37. Проведено койко - дней _____

38. Выписана: в дневной стационар - 1, в другую медицинскую организацию -

2 , переведена в другую медицинскую организацию - 3

39. Умерла беременная: до 22 недель беременности, после 22 недель

беременности, роженица, родильница (подчеркнуть) число _____
месяц _____ год _____ время _____

40. Код категории льготы _____

41. Лицо, подвергшееся радиационному облучению - 1, в том числе в Чернобыле - 2

42. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

N _____ с _____ по _____

N _____ с _____ по _____

N _____ с _____ по _____

43. Информированное добровольное согласие пациентки на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства получен (о):
число _____ месяц _____ год _____ время _____

44. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1,
недостаточный объем клинико-диагностического обследования - 2,
неправильная тактика лечения - 3, несовпадение диагноза - 4

45. Особые отметки _____

Наименование медицинской организации _____	Вкладыш в медицинскую карту беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях Учетная форма N 096/1у-20
Адрес _____	

ИСТОРИЯ РОДОВ N _____

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Дата и время поступления в отделение _____

3. Госпитализация плановая/экстренная (подчеркнуть) _____

ОСМОТР БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА РОДЫ (при переводе из ОПБ)

Дата, время _____

Врач акушер-гинеколог _____

Совместно с _____

Доставлена: самостоятельно, санитарным транспортом, переведена из _____

Первобеременная / повторнобеременная

Первородящая / повторнородящая

Возраст: _____ лет

Страховой анамнез

Имеет (не имеет) листок нетрудоспособности по беременности и родам с _____

Жалобы при обращении: отсутствуют _____

Шевеление плода ощущает: хорошо _____
Головная боль: нет _____
Изменения зрения: нет _____
Тошнота, рвота, боли в эпигастрии: нет _____
Сон: не нарушен _____

Анамнез жизни

Общие заболевания _____

Детские инфекции _____

Эпидемиологический анамнез

туберкулез _____ гепатит _____ венерические заболевания _____

Вредные привычки

	У матери	У отца ребенка
1. Курение		
2. Алкоголь (частота, количество)		
3. Наркотики (название, частота)		

Вредности (факторы риска)

1. Профессиональные		
2. Экологические		
3. Социальная отягощенность		

Наследственность

1. Многоплодие		
2. Наследственные заболевания		

Операции, травмы:

Переливания крови и препаратов крови : _____

Аллергологический анамнез:

Гинекологический анамнез

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: комбинированные оральные контрацептивы / барьерная / спермициды / внутриматочная контрацепция

Гинекологические заболевания: _____

Акушерский анамнез

Исходы предыдущих беременностей

N п/п	Год	Чем кончилась беременность и при каком сроке					Операции		Срок гестац ии	Ослож нения береме нносте й, аборто в, родов	Сведения о детях		
		Абортами		Неразв ивающ аяся береме нность	Родами		Выскабл ивание полости матки	Вакуум - аспира ция			Масса тела	Патологи я плода и новорожд енного	Мертворождения, умер, (основная причина смерти)
		медикам ентозны й	самопр оизвол ьный		срочн ые	прежде времен ные							
1													
2													
3													
4													
5													

Течение настоящей беременности

На учете в женской консультации N (медицинский центр): _____с: _____недель
_____дней

Дата постановки на учет: _____

Первое движение плода: не помнит _____

Общая прибавка в весе + : _____кг (не)равномерная / патологическая

Динамика АД : _____мм.рт.ст.

	Iтр.	IIтр.	IIIтр.		Iтр.	IIтр.	IIIтр.
1. Без патологии				10. Патология, выявленная при лабораторных исследованиях			
2. Угроза прерывания				1. биохимии крови			
3. Анемия				2. мочи			
4. Отеки, протеинурия, гипертензия				3. свертывающей системы крови			
5. Плацентарная недостаточность				4. антитела к Rh-фактору			
				12. Патология, выявленная при УЗИ:			

6. Инфекции, передаваемые половым путем				1. матери
7. Острые и инфекционные/вирусные заболевания				2. плаценты
				3. плода
8. Обострение хронических заболеваний				13. Патология плода, выявленная при генетическом обследовании
9. Операции, травмы				14. Другое
15. Предполагаемая дата родов: 1. первый день последней менструации 2. по УЗИ 3. по дате переноса и возрасту эмбриона (с применением вспомогательных репродуктивных технологий)				

Лекарственные препараты в I триместре беременности:

Объективный статус:

Сознание _____ Температура тела _____С

Общее состояние: удовлетворительное _____

Кожные покровы и видимые слизистые: нормальной окраски и влажности

Телосложение: правильное нормостеническое ИМТ _____

Ожирение: _____ Гирсутизм: _____ Стрии: _____ Послеоперационный рубец: _____

Сердечно-сосудистая система

Пульс _____ уд./мин

ритмичный удовлетворительного наполнения, не напряжен _____

АД на правой руке _____ мм рт. ст.

АД на левой руке _____ мм рт. ст.

Шоковый индекс _____

Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы (да/нет) _____

Легкие: дыхание везикулярное _____

Живот: увеличен соответственно сроку беременности; мягкий, безболезненный во всех отделах, участвует в акте дыхания _____

Печень: _____
Селезенка: _____
Почки: _____
Поколачивание по пояснице с обеих сторон безболезненное _____
Регионарные лимфатические узлы: не увеличены _____
Молочные железы: мягкие, безболезненные _____
Отеки: _____
Периферические вены: _____
Мочеиспускание: свободное _____
Стул: нормальный, оформлен _____
Наружное акушерское исследование:
Живот: форма овоидная _____
Матка: в нормальном тонусе _____
Окружность живота _____ см
Высота дна матки _____ см
ПО _____ см
Предполагаемый вес плода: По Жордания _____ г, По Рудакову _____ г

Размеры таза
Ромб Михаэлиса: (не) правильной формы _____
размеры _____ х _____ см
Родовая деятельность: нет _____
Положение плода: продольное / поперечное / косое
Предлежащая часть: головка / тазовый конец / не определяется
Предлежащая часть: баллотирует / прижата к плоскости входа в малый таз _____
Сердцебиение плода: ясное, ритмичное / приглушено / не выслушивается
ЧСС _____ ударов в мин.
Околоплодные воды: не изливались _____
Патологические выделения из половых путей: нет _____

Внутреннее акушерское исследование:
Осмотр "в зеркалах":
Слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки:
покрыта неизменной слизистой _____

Выделения: умеренные, слизистые_____

Произведен забор материала: мазки на м/флору / ПЦР_____

Бактериологическое исследование_____

Вагинальное исследование

Вход во влагалище: (не) рожавшей

Влагалище: узкое/емкое

Шейка матки: _____см, плотная / мягкая; размягчена (не) равномерно / по
проводной оси малого таза / отклонена к крестцу

Наружный зев: закрыт

Цервикальный канал: диаметр _____см.

Проходим для_____п/п за / до внутреннего зева

Плодный пузырь: цел / отсутствует

Предлежит: головка / тазовый конец плода

Отношение предлежащей части к плоскости входа в малый таз:

баллотирует / прижата к плоскости входа в малый таз

Мыс: (не) достижим. **Conjugata diagonalis:**_____см **Conjugata vera**_____см.

Деформации малого таза: нет_____

Боковые размеры малого таза_____

Клинический диагноз:

Беременность_____недель_____дней.

Заключение: на данном этапе показано полное клинико-лабораторное
обследование,

Начать преиндукцию родов:_____

План ведения родов:

Лечащий врач: _____/_____/

Заведующий акушерским отделением патологии беременности:_____/_____/

Аллергические реакции в анамнезе_____

	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 родов

N _____)

Партограмма

ФИО

Беременность _____ Роды

Дата родов _____ Время начала родов

Время отхождения вод

сердцебиение плода	180 170 160 150 140 130 120 110 100	
Околоплодные воды		
Конфигурация головки	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	
Раскрытие шейки матки		
Прохождение головки плода		
время		
Маточные сокращения каждые 10 мин.	5 4 3 2 1	
Вводимые лекарственные средства		
Окситоцин и в/в вливание		
Пульс и АД	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60	
Температура		
Моча, объем		
Подпись		

Латентная фаза

Линия функциональности

Линия действия

КАРТА ВЕДЕНИЯ РОЖЕНИЦЫ В РОДИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Активное ведение 3-го периода родов		Активно-выжидательное ведение 3-го периода родов		
Проверка наличия 2-го плода		Ожидание не более 30 минут	Есть признаки отделения плаценты	
В/м инъекция 10 МЕ окситоцина время :				
После рождения плода профилактика кровотечения			Нет признаков отделения плаценты	
Контролируемая тракция за пуповину с контртракцией матки				
Рождение последа				
Да		Нет		
Контроль тонуса матки (ручной)		Ручное выделение плаценты		
		Контроль тонуса матки (ручной)		

Плодные оболочки все	
Да	Нет
Если нет, ревизия стенок полости матки: ручная	инструментальная

Наличие дефектов плаценты Да ☐ Нет ☐ если да, ревизия стенок полости матки: ручная ☐ инструментальная ☐
Особенности строения, аномалии плаценты Да ☐ Нет ☐ Если да, уточнить _____ Вес плаценты _____
Пуповина нормальная Да ☐ Нет ☐ Если нет, уточнить _____

Оценка последа

Осмотр половых путей Да ☐ Нет ☐

Разрывы	Да	Нет	Шовный материал
промежности, степень I II III IV			
влагалища			
шейки матки степень I II III			

Эпизиотомия, шовный материал _____ Кровопотеря: _____ мл

Анестезия Не было ☐ Местная ☐ В/в ☐ Региональная ☐

Мониторинг состояния роженицы в течение 2 часов

	Минуты после рождения							
	15	30	45	60	75	90	105	120
Кровопотеря (мл)								
Контроль тонуса матки (ручной)								
Пульс уд/мин								
АД								
Шоковый индекс								
Диурез (самостоятельное мочеиспускание по постоянному катетеру)								
Температура °С								

Общая кровопотеря: <500 мл ☐ 500 - 999 мл ☐ >1000 мл ☐

%ОЦК

АД, пульс, шоковый индекс _____

Комментарии/вмешательства: _____

Акушерка _____ Подпись _____

Врач-акушер-гинеколог _____ Подпись _____

ЭПИКРИЗ РОДОВ

Дата родов: / / 20
N

Время :

Беременность N _____ Роды

Индикаторы	Да	Нет	Показания к анестезии _____
Преждевременные роды (< 37 недель)	1	2	_____
Роды в срок (37-41 неделя)	1	2	
После 41 недели	1	2	Анесте- ☐ ☐
Партнерские роды	1	2	зия ☐ Не было ☐ В\В ☐
			☐

					ТВА+ИВЛ		
Ведение партограммы	1	2					
					Местная		
Вагинальные роды в головном	1	2					
предлежании							
					Эпидуральная		
					Спинальная		
Вагинальные роды в тазовом	1	2					
предлежании					Наркотические анальгетики		

					активно-выжидательное ведение		
	Дистресс плода	1	2				
	Клинически узкий таз	1	2				
					Кесарево сечение	Да	Нет
	Преэклампсия/эклампсия	1	2				
	Разрыв промежности	1	2				
	I II III IV ст.						
					<500 мл [1]	500-999 мл [2]	>1000 мл [3]
	Разрыв влагалища/шейки	1	2				
					Осложнения в раннем послеродовом		

матки I II III ст		
Разрыв матки	1	2
Кровотечение	1	2
Объем: _____		
Другое (уточнить) _____		

Амниотомия	1	2

Опе -	Родовозбуждение	1	2
рации			

периоде_____

Примечания_____

Расширение объема операции_____

Гемотрансфузии_____

Антибактериальная профилактика/терапия

Физиологические роды Да [1] Нет [2]

и вме-	Стимуляция родов	1	2		
шате-	Эпизиотомия / перинеотомия	1	2		В послеродовую палату
льств					совместного пребывания с
а					ребенком
	Вакуум-экстракция/акушерс-	1	2		В послеродовое отделение
	кие щипцы (подчеркнуть)				одна
	Ручное отделение плаценты	1	2		В отделение реанимации,
	и выделение последа				пост интенсивной терапии
	Ревизия полости матки	1	2		В другую медицинскую
					организацию
	Кесарево сечение	1	2		Умерла

ПИТ/Реанимацию			
Другую медицинскую организацию			

Акушер-гинеколог:_____Подпись_____Акушерка:_____Подпись_____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ (РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА; РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СТЕНОК ПОЛОСТИ МАТКИ; БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ)

1 .Ф.И.О. родильницы_____2. _____
 N _____
 3. Время начала операции_____4. Время окончания_____5. Продолжительность операции_____
 6. Показания к операции:

1. Гипотоническое маточное кровотечение		4. Полное плотное прикрепление плаценты	
2. Дефект плаценты (плодных оболочек)		5. Контрольное ручное обследование стенок полости матки	
3. Сомнение в целостности матки			

7. Общее состояние больной

1. Удовлетворительное	
2. Средней тяжести	
3. Тяжелое	
4. Крайне тяжелое	

8. Исходная кровопотеря_____мл
 9. Исходное АД_____мм.рт.ст.
 10. Пульс_____уд/мин
 11. После обработки рук хирурга и наружных половых органов рукой, введенной в полость матки произведено:

1. Ручное обследование стенок полости матки	
2. Удаление остатков плацентарной ткани	
3. Удаление плодных оболочек	
4. Удаление сгустков крови	
5. Бимануальная компрессия	

12. Стенки полости матки

--

13. Плацентарная площадка располагалась на:

1. передней стенке полости матки	
2. задней стенке полости матки	
3. другое (указать)	

14. Матка

1. плотная	
2. хорошо сократилась	
3. гипотоничная	
4. расслабляется	

15. Осложнения и особенности

операции _____

16. Кровопотеря при операции _____ мл 17. Общая кровопотеря _____ мл

18. Дополнительная

фармакотерапия _____

19. В/в инфузия _____

20. Состояние родильницы в первые 2ч. после операции:

1. удовлетворительное		7. АД	
-----------------------	--	-------	--

21. Выделения из родовых путей _____

2. средней тяжести		8. Пульс	
3. тяжелое		9. Шоковый индекс	
4. крайне тяжелое		10. Кожные покровы	
5. жалобы _____		розовые	
6. сознание		бледные	
		11. Частота дыхания	
ясное		12. Матка	
заторможенное		плотная	
		гипотоничная	

кровяные скудные	
кровяные умеренные	
в значительном количестве	
со сгустками	
без сгустков	

22. Назначения 1. установка второго венозного

23. Оперировал _____ (ФИО, подпись врача-акушера-гинеколога)

Операционная сестра (акушерка) _____ (ФИО, подпись)

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

1. Показания к операции: со стороны матери _____ со стороны плода _____ комбинированные _____	2. Виды щипцов полостные выходные
---	---

3. Время и дата начала операции _____ час. _____ мин. _____ . _____ 200 _____ г., 4. извлечения ребенка
_____ час. _____ мин. _____ . _____ 200 _____ г.

5. Состояние матери перед операцией

6. Состояние плода перед операцией

1 общее состояние _____	1 звучность сердечных тонов _____
-------------------------	-----------------------------------

2 период родов_____	2 ЧСС _____ 3. КТГ _____ 4 аритмия_____
3 безводный промежуток до операции_____	5 предлежание_____
4 характер околоплодных вод_____	6 положение_____
5 соответствие размеров таза матери и головки плода_____	7 позиция _____ 8 вид_____
6 плодный пузырь_____	9 отношение головки к спинальной плоскости_____
7 открытие маточного зева_____	10 положение стреловидного шва_____
8 состояние промежности_____	11 положение малого родничка_____
9 достижение седалищных остей_____	12 положение большого родничка_____
10 характер выделений_____	13 предполагаемые размеры плода_____

└

7. Анестезия

1 В/В _____ 2. регионарная_____
3. Другое:_____
Подписи: врача анестезиолога-реаниматолога_____

медицинской сестры-анестезиста

8. Ход операции

9. Состояние женщины после операции

1 после обработки рук хирурга_____	1 общее состояние
2 введена _____ложка	2 AD dex/_____, 3 AD sin/ _____(мм.рт.ст)
3 введена _____ложка	4 Осмотр родовых путей_____
4 щипцы наложены в _____размере	
Ложки щипцов замкнуты. Пробная тракция_____	5 общая кровопотеря_____
5 направление тракций_____	6. дополнительные мероприятия:_____
6 сколько тракций_____	
7 головка выведена_____	
8 особенности операции _____	

10. Профилактика

11. Послед, оболочки, пуповина

1 кровотечения _____	1 послед удален _____
2 инфекции _____	2 особенности последа _____
	3 особенности оболочек _____
	4 особенности пуповин _____

12. Осложнения операции

1. для матери	2. для плода

--	--

13.Ф.И.О., подпись	1-Врач	2-Средний медработник
1. Оперировал		
2. Восстанавливал целостность		
3. Проводил обезболивание		

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА

1. Показания к операции: со стороны матери _____
со стороны плода _____
комбинированные _____

3. Время и дата начала операции _____ час. _____ мин. _____ . _____ 200 _____ г., 4. извлечения ребенка _____ час. _____ мин. _____ . _____ 200 _____ г.

5. Состояние матери перед операцией

6. Состояние плода перед операцией

1 общее состояние _____	1 звучность сердечных тонов _____
2 период родов _____	2 ЧСС _____ 3 КТГ _____
3 безводный промежуток до операции _____	4 аритмия _____
4 характер околоплодных вод _____	5 предлежание _____
5 соответствие размеров таза матери и головки плода _____	6 положение _____
6 плодный пузырь _____	7 позиция _____ 8 вид _____
7 открытие маточного зева _____	9 отношение головки к спинальной плоскости _____

8 состояние промежности_____	10 положение стреловидного шва_____
9 достижение седалищных остей_____	11 положение малого родничка_____
10 характер выделений_____	12 положение большого родничка_____
	13 предполагаемые размеры плода_____

7. Анестезия

1 В/В _____	2. регионарная_____
3. Другое:_____	
Подписи: врача анестезиолога-реаниматолога_____	
медицинской сестры-анестезиста_____	

8. Ход операции

1 после обработки рук хирурга_____
2 введение чашечки в родовой канал внутренней стороной к головке_____
3 установление чашечки относительно родничков, стреловидного шва, проводной оси малого таза_____
4 _____рукой создано разряжение в системе вакуум-экстрактора _____мм.рт.ст.
5 направление тракций_____
6. количество попыток наложения чашечки вакуум-экстрактора_____
7. количество тракций_____
8. головка выведена_____
9. особенности операции_____

9. Состояние женщины после операции

1 общее состояние_____
2 AD dex/ _____, 3 AD sin/_____ (мм.рт.ст)
4 осмотр родовых путей_____
5 общая кровопотеря_____
6 дополнительные мероприятия:_____

10. Профилактика

- | |
|----------------------|
| 1. кровотечения_____ |
| 2. инфекции_____ |

11. Осложнения операции

1. для матери	2. для плода

12.Ф.И.О., подпись	1-Врач	2-Средний медработник
1. Оперировал		
2. Восстанавливал целостность		
3. Проводил обезболивание		

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 (1да 2нет)

2. общее обезболивание (1да 2нет)

3. гемотрансфузии (1да 2нет)

4. применение гормональных препаратов (1да 2нет)

5. сопутствующие заболевания (какие)_____

6. длительный прием лекарственных средств (каких)_____

7. Анатомические особенности для эндотрахеального наркоза (какие):

1. наличие зубных протезов (1да 2нет)

2. изменение шейного отдела позвоночника (1да 2нет)

3. рубцовые изменения дыхательных путей (1да 2нет)

8. Исходное состояние пациента:

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

9. Кожные покровы: обычной окраски (1да 2нет)

10. Видимые слизистые розовые (1да 2нет)

11. Отеки есть (1да 2нет)

12. Сознание_____

13. Органы дыхания:

1. ЧД_____ в мин.;

2. характер легочного дыхания_____

3. хрипы_____

4. данные рентгенологического обследования_____

14. Система кровообращения:

1. АД_____мм.рт.ст.

2. ЧСС_____в мин.

3. Сердце тоны_____ (ритмичные, звучные);

4. шумы_____

5. Данные ЭКГ _____

15. Органы пищеварения:

1. язык (1. влажный _____ 2. сухой _____)

2. живот (1. мягкий, 2. вздутый, 3 др. _____)

3. печень выступает на _____ см.

16. Почки: 1. дизурия _____ (1 есть , 2 нет)

2. синдром "поколачивания" (1 есть , 2 нет) _____

18. 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 КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

1. Ф.И.О. _____ 2. Срок беременности _____ нед. 3.

Отделение _____

4. Время и дата начала

операции _____ час. _____ мин. _____ 20 _____ г. |

5. Группа крови матери _____ подпись _____

извлечения ребенка ____ час. ____ мин. 20 ____ г.	
окончания операции ____ час. ____ мин. ____ . ____	
20 ____ г.	6. Rh фактор матери ____ подпись _____

└

7. Диагноз матери:

основной _____

сопутствующий _____

8. Показания к операции со стороны

матери
плода
комбинированные

Операция			
9. плановая		10. неотложная/экстренная (подчеркнуть)	
до начала родовой деятельности	с начала родовой деятельности	до начала родовой деятельности	с начала родовой деятельности

11. Согласие женщины (ее родственников) получено _____ (подпись)

12. Особые отметки

1. Отягощенный акушерский анамнез: _____
2. Аномалии половых органов _____
3. Анатомические особенности таза _____

4. Кесарево сечение в анамнезе: когда _____
5. Показания _____
6. Тип операции _____
7. Расположение плаценты _____
8. Обработка влагалища _____
9. Катетеризация мочевого пузыря _____

13. Ход операции

1. Послойный разрез передней брюшной стенки (вид)		
2. Состояние и размеры матки		
3. Разрез тела матки: тип		
4. Вскрытие плодного пузыря	количество вод	характер вод
5. Извлечение плода: за 1. головку ; 2. ножку; 3. тазовый конец	1-I	2-II
6. Особенности извлечения		
7. Сведения о детях 1. живой; 2. мертвый; 3. доношенный; 4. недоношенный; 5. переносный; 6. пол. (М Ж); 7. масса тела 8. длина; 9. Оценка по Апгар (на 1 мин на 5 мин)		
8. Видимая патология		
9. Время пережатия пуповины		
10. Удаление последа		
11. Ревизия полости матки	12. Общая кровопотеря _____ мл	
13. Введ. средств, сокращ-х матку		
14. Зашивание разреза на матке		
15. Стерилизация мат. труб		
16. Ревизия брюшной полости		
17. Туалет брюшной полости		
18. Рапорт операц. м/с		
19. Послойное восстановление передней брюшной стенки		

20. Асептическая повязка	
21. Моча (кол-во, цвет)	
22. Осложнен. операции у матери (травмы, кровотечение и др.)	
23. у плода (асфиксия, травма, др)	
24. Расширение объема операции (гистерэктомия др.)	
25. Особенности последа	
оболочек	

Хирург _____ Ассистент _____ Операционная медицинская сестра _____
 Анестезиолог-реаниматолог _____ Медицинская сестра - анестезист _____

ЭПИКРИЗ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ф.И.О. _____ Возраст _____
 Дата рождения _____ Адрес _____
 Дата операции кесарева сечения _____ Дата выписки _____

Дата

Разрез матки

Беременность N _____

В нижнем сегменте

Роды N _____

Корпоральный

Преждевременные (до 37 недель)		Другое _____ _____	
Срочные (37-42 недели)			
После 42 недель			
Плановое кесарево сечение		Антибиотикопрофилактика	
Ургентное кесарево сечение (категория ургентности: 1,2,3)		Препарат, доза	

Показания_____		Кратность	
_____		Ушивание разреза матки	
_____		Шовный материал_____	
Анестезия		Однорядовый шов	
Общая		Двухрядный шов	
Спинальная		Отдельные швы	
Эпидуральная		Непрерывные швы	
Другое _____		Общая кровопотеря	
_____		500-900 мл	
Осложнения		>1000 мл	
Кровотечение		Трансфузия	
Другое_____		Плазмы	
_____		Эритроцитарной массы	
Длительность операции_____		В п/б прежде находилась	
		В отделении реанимации (ПИТ) _____дней _____часов	
		В палате _____дней _____часов	
		Родильница переведена из ПИТ	

В палату совместного пребывания "Мать и дитя"
В послеродовую палату без ребенка
Другая медицинская организация

Информация о новорожденном

Новорожденный		1-й ребенок			2-й ребенок			3-й ребенок		
Состояние при рождении		живой	антенатальная гибель плода	Интранатальная гибель плода	живой	антенатальная гибель плода	Интранатальная гибель плода	живой	антенатальная гибель плода	Интранатальная гибель плода
Оценка по Апгар	1 мин									
	5 мин									
Первичная реанимация		да нет			да нет			да нет		
При наличии видимых пороков развития, уточнить:										
Масса/длина тела										
Пол		М Ж			М Ж			М Ж		
Новорожденный переведен в:										
Отделение совместного пребывания										
Палату интенсивной терапии										
Отделение 2-го этапа										
Другой стационар										

Течение послеоперационного периода

Длительность пребывания в стационаре	Температура тела >37.6 С позднее 48 часов после	Назначение антибиотиков более одних суток	Дренирование брюшной полости	Инфекция ран	Кюретаж матки
--------------------------------------	---	---	------------------------------	--------------	---------------

	операции				

Комментарий

Клинический диагноз

Осложнения

Другие вмешательства

Рекомендации по планированию семьи

Ф.И.О, подпись врача

Медицинская организация	Ф.И.О.	Состояние больного	Вид
анестезии			
Отделение	Дата	Премедикация	Наркозный
аппарат			
Диагноз	Возраст	N н/б	в палате
Контур			
	Рост	масса	Эндотрахеальная
трубка			
Операция	Группа крови	Rh	в операционной
столе			Положение больного на
	Аллергические реакции		
плановая экстренная (подчеркнуть)			

ИТОГИ	Газы	0_2
Расход медикаментов		N_20
Перелито внутривенно		

П/п	Наименование	Единица измерения	Время	Данные
1.	Капельно	мл	0	0
2.		мл	0	0
3.	В/в струйно	мл	0	0
4.		мл	0	0
5.		мл	0	0
6.		мл	0	0
7.		мл	0	0
8.		мл	0	0
9.	Гемотранфузия	мл	0	0
10.	Всего перелито	мл	0	0
11.	внутривенно	мл	0	0
12.	Кровопотеря	мл	0	0
13.	Выделено мочи	мл	0	0
14.	Объем	мл	0	0
15.		мл	0	0
16.	Объем	мл	0	0
17.		мл	0	0
18.	Значок	0	0	0
19.	0.2 sat	0	0	0
20.	ЦВД	0	0	0

Этапы операции		t	
I			
II	35	250	
III			
IV	30	200	
V			
VI	ЧД 25	АД 150	
VII			
VII	20	100	
	15	50	
	10	0	
	Этап анестезии		
	Этап операции		
	Хар-ка дыхания		
Сведения о детях	Параметры ИВЛ		
первый	второй		
	Диурез		
пол	Этапы анестезии	Характеристика дыхания	Заключение:
реаниматолог			Врач анестезиолог-
масса тела			Медицинская сестра-

анестезист				А - Премедикация	С - спонтанное	Операционная бригада:
рост				Вв - Вводный наркоз	В - вспомогательное	Врач-
хирург				Т - Интубация	П - принудительное	Врач-
оценка по ассистент				Пв - Поворот		Операционная
шкале Апгар сестра				Э - экстратубация		
на 1/5				Д - Декураризация		
мин				Б - блокада		

КАРТА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

" " 20_г.

отделение N палаты

Ф.И.О. пациентки возраст N истории родов гр. крови Rh

Диета Вес Рост

Диагноз основной

Диагноз

сопутствующий

Осложнения

Операция

СРЕДЫ		ИНФУЗИЯ		ГЕМО-ГИДРО БАЛАНС	
Название	Объём	Кратность	Часы	ВВЕДЕНО	ВЫВЕДЕНО
				Парентерально мл	Диурез мл

				Энтерально _____мл	По дренажам_____мл.
				Итого _____мл	Диарея, рвота _____мл
					Кровопотеря _____мл
					Итого _____мл.
				СУТОЧНЫЙ БАЛАНС:_____	
				МАНИПУЛЯЦИИ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ВРЕМЯ
				Профилактика пролежней	
				Санация ТБД	
				Промывание зонда	
Аминокислоты				Ингаляции	
				Клизма	
				Уход за подключичным катетером	
				ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ	
				Подпись врача /	Подпись медицинской сестры /

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНОЙ В ОТДЕЛЕНИИ (ПАЛАТЕ) ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Дата	1	2	3	4
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 назнач.)				
4. в т. ч. - наркотические препараты				
Подпись				

ДНЕВНИК ПРЕБЫВАНИЯ РОДИЛЬНИЦЫ В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПАЛАТЕ

1. Дата							
Сутки после родов (операции кесарева сечения)	1 у / в	2 у / в	3 у / в	4 у / в	5 у / в	6 У/в	7 у / в
ЧСС t							
160 41							
140 40							

[illegible]

1. промежности							
2. передней брюшной стенке							
8. Лохии							
9. Отеки							
10. Геморроидальные узлы							
11. Вены нижних конечностей							
12. Лонное сочленение							
13. Осложнения							
14. Влагалищное исследование (по показаниям)							
15. УЗИ органов малого таза							
16. Назначения:							
1. ОАК							
2. ОАМ							
3. бакт. исследование							
17. Лечение:							
1. утеротоники							
2. антибиотики							
3. физиотерапия							
18. Хирургическое лечение							
19. Состояние швов, заживление							
20. Где находится ребенок							
21. Свободное посещение родственников							

Подпись врача _____ Подпись акушерки _____

КОНСУЛЬТАЦИИ

Ф.И.О.	Диагноз	Рекомендации
1. Терапевта		
Дата		
2. Хирурга		
Дата		
3. Врача-реаниматолога-анестезиолога		
Дата		
4. Физиотерапевта		
Дата		
5. Других специалистов		
Дата		

АНАЛИЗЫ
(место вклеивания)

ЭПИКРИЗ выписной

1. Пребывание в стационаре с _____ по _____ в том числе в отделении патологии беременности с _____ по _____
2. Экстрагенитальная патология:

1. сахарный диабет (О24-ч.); 2. недостаточность питания (О25); 3. анемия (О99.0-Ч.); 4. болезни щитовидной железы (О99.2-4.); 5. болезни системы кровообращения (О99.4-); 6. пиелонефрит 7. другое:

3. Акушерская патология при беременности:

1. отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, 010-016); (в т.ч. преэклампсия, эклампсия 011, 013, 014, 015);
2. угрожающий аборт (020.0);
3. истмико-цервикальная недостаточность (034.3);
4. плацентарные нарушения (043),
5. кровотечение: (в связи с предлежанием плаценты 044.1; нарушением свертываемости крови 045.0; 067.0; преждевременной отслойкой плаценты 045.8,9)

4. Особенности родов

1. Самопроизвольные нормальные (080)	
2. Индуцированные	
3. Затрудненные (064-066)	
4. Затяжные (063)	
5. Стремительные (062.3)	
6. Многоплодные (084 - 035)	
7. Неправильное предлежание плода (032)	
8. Анатомически узкий таз (033.01-033.04)	
9. Рубец на матке (034.2)	
10. Другое	

5. Осложнения родов

1. Эклампсия (015.1 -2)	
2. Нарушения родовой деятельности (062)	
3. Осложнения при анестезии в родах и послеродовом периоде (074, 078)	
4. Разрыв промежности III-IV ст.(070.2-3)	
5. Разрыв матки (071.0-1)	
6. Расхождение лонного сочленения (071.6-4.)	
7. Кровотечение в последовом и послеродовом периоде (072.0-1)	
8. Септицемия в родах, послеродовой сепсис (075.3; 085)	
9. в т.ч. после кесарева сечения (085-ч.)	
10. Послеродовая инфекция половых и мочевых путей (086.2,3)	
11. Венозные осложнения (087)	
12. Инфекции молочной железы (091.1,2ч.)	
13. Другое	

6. Пособия и операции в родах

1. Эпизиотомия/рафия	
2. Перинеотомия/рафия	
3. Разрыв промежности I-II ст. (070.1)	
4. Разрыв шейки матки (071.3)	
5. Ручное обследование СПМ	
6. Ручное отделение и выделение последа	
7. Акушерские щипцы (081.0-3)	
8. Вакуум-экстракция (081.4)	
9. Кесарево сечение (082)	
10. Гистерэктомия при кесаревом сечении (082.2)	
11. Плодоразрушающая операция (083.4)	
12. Другое	

7. Исходы родов для матери и плода

1. Роды	нормальные	своевременные	преждевременные	запоздалые
2. Мать	выписана	переведена	на какой день после родов	
3. Диагноз при переводе				
4. Состояние при выписке/переведе				
5. Смерть матери в родах (день _____ час _____ минута)				
6. Заключение ВК	непредотвратима	предотвратима	условно предотвратима	
7. Ребенок	1- первый			2-второй
1. пол (М Ж) 2. масса тела 3. длина тела	1	2	3	1 2 3
рожден: 1. живорожденным 2. мертворожденным	1	2		1 2
мертворожденный погиб: 1. антенатально 2. интранатально	1	2		1 2

ОСМОТР БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОПБ

Дата
время_____

Врач акушер-
гинеколог_____

Совместно
с_____

Доставлена: самостоятельно, сантраспортом, переведена
из_____

Первобеременная / повторнобеременная

Первородящая / повторнородящая

Возраст:_____лет

Страховой анамнез

Имеет (не имеет) листок нетрудоспособности по беременности и родам
с_____

Жалобы при обращении:
отсутствуют_____

Шевеление плода ощущает:
хорошо_____

Головная боль:
нет_____

Изменения зрения:
нет_____

Тошнота, рвота, боли в эпигастрии:

нет_____

Сон: не

нарушен_____

Анамнез жизни

Общие

заболевания_____

—

Детские

инфекции_____

—

—
Эпидемиологический анамнез

туберкулез_____гепатит_____венерические заболевания_____

Вредные привычки

	У матери	У отца ребенка
1. Курение		
2. Алкоголь (частота, количество)		
3. Наркотики (название, частота)		

Вредности (факторы риска)

1. Профессиональные		
2. Экологические		
3. Социальная отягощенность		

1. Многоплодие		
2. Наследственные заболевания		

Переливания крови и препаратов крови:_____

Гинекологический анамнез

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

Акушерский анамнез

N п/п	Год	Чем кончилась беременность и при каком сроке			Операции		Срок гестации	Осложнения беременности, аборт, родов	Сведения о детях				
		Абортами		Неразвивающаяся беременность	Родами				Выскабливание полости	Вакуум - аспирация	Масса тела	Патология плода и новорожденного	Мертворождения, умер, (основная причина смерти)
		медицинский	самопроизвольный		срочные	преждевременные							

Лекарственные препараты в I триместре беременности:

Объективный статус:

Сознание_____Температура тела_____С

Общее состояние: удовлетворительное

Кожные покровы и видимые слизистые: нормальной окраски и влажности

Телосложение: правильное нормостеническое , ИМТ_____

Ожирение: _____Гирсутизм:_____Стрии:_____Послеоперационный рубец:

Сердечно-сосудистая система

Пульс_____ уд./мин ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен

АД на правой руке_____мм рт. ст.

АД на левой руке_____мм рт. ст.

Тоны сердца ясные, чистые

Легкие: дыхание везикулярное

Живот: увеличен соответственно сроку беременности; мягкий, безболезненный во всех отделах, участвует в акте дыхания

Печень:_____

Селезенка:_____

Почки: Поколачивание по пояснице с обеих сторон безболезненное.

Регионарные лимфатические узлы: не увеличены

Молочные железы: мягкие безболезненные

Отеки:_____

Периферические вены: _____
Мочеиспускание: свободное _____
Стул: нормальный, оформлен _____

Наружное акушерское исследование:

Живот: форма овоидная _____
Матка: в нормальном тонусе _____
ОЖ _____ см
ВДМ _____ см
ПО _____ см
Предполагаемый вес плода: _____

Размеры таза

Ромб Михаэлиса: (не) правильной формы _____
размеры _____ х _____ см
Родовая деятельность: нет _____
Положение плода: продольное / поперечное / косое
Предлежащая часть: головка / тазовый конец / не определяется
Предлежащая часть: баллотирует / прижата к плоскости входа в малый таз

Сердцебиение плода: ясное, ритмичное / приглушено / не выслушивается

ЧСС _____ ударов в мин.

Околоплодные воды: не изливались _____

Патологические выделения из половых путей: нет

Внутреннее акушерское исследование:

Осмотр "в зеркалах":

Слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки:

покрыта неизменной слизистой _____

Выделения: умеренные, слизистые _____

Произведен забор материала: мазки на микрофлору / ПЦР _____ /

Бактериологическое исследование _____

Вагинальное исследование

Вход во влагалище: (не) рожающей

Влагалище: узкое / емкое

Шейка матки: _____см, плотная / мягкая; размягчена (не) равномерно / по проводной оси малого таза / отклонена к крестцу.

Наружный зев: закрыт.

Цервикальный канал: диаметр _____см. Проходим для _____ п/п за / до внутреннего зева

Плодный пузырь: цел / отсутствует

Предлежит: головка / тазовый конец плода

Отношение предлежащей части к плоскости входа в малый таз:

баллотирует / прижата к плоскости входа в малый таз

Мыс: (не) достижим. **Conjugata diagonalis:**_____см **Conjugata vera**_____см.

Деформации малого таза: нет_____

Боковые размеры малого таза_____

Клинический диагноз:

Беременность_____недель_____дней.

Заключение: на данном этапе показано полное клинико-лабораторное обследование,

План ведения:

Лечащий врач: _____/ _____/ _____/

Заведующий акушерским отделением патологии беременности: _____/ _____/ _____/

ПРЕБЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Дата							
2. День пребывания							
3. Срок гестации							
4. Жалобы							

5. Общее состояние							
головная боль							
нарушение зрения							
6. Кожные покровы							
окраска							
сухость							
сыпь							
кровоизлияния							
7. Язык и зев							
8. Отеки							
9. Сердечно-сосудистая система							
ЧСС							
АД на правой руке							
АД на левой руке							
Тоны сердца							
10. Дыхательная система							
ЧД							
11. Живот							
вздутие							
болезненность							
симптомы раздражения брюшины							
12. Акушерский статус							
окружность живота							
высота дна матки							
тонус матки							
болезненность							
характер выделений							
13. Состояние плода:							
ЧСС							
КТГ							
шевеление							

положение							
предлежащая часть							
расположение предлежащей части							
14. Вес							
15. Мочеиспускание							
Диурез							
16. Стул							

Ф.И.О. и подпись врача _____

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Ф.И.О. _____ палата _____

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

ОСМОТР ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

[illegible]

2. Подпись лечащего врача

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ (место вклеивания)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Вид исследования 2. Дата 3. Ф.И.О. лица, проводившего исследование	4. Срок гестации	5. Результаты исследования

ВЫПИСНОЙ (ПЕРЕВОДНОЙ) ЭПИКРИЗ

1. Дата поступления в отделение патологии беременности (далее - ОПБ)_____
2. Дата выписки (перевода на роды)_____
3. Состояние женщины при поступлении_____
4. Состояние плода при поступлении_____
5. В ОПБ выявлены нарушения:

- | |
|-----------------------------------|
| 1. состояния здоровья матери_____ |
| 2. акушерская патология_____ |
| 3. патология: плаценты_____ |
| 4. пуповины_____ |
| 5. плода_____ |

6. Проведено обследование_____
7. Проведено лечение_____

8. Состояние женщины при выписке_____

9. Состояние плода при выписке матери_____

10. Заключительный диагноз

1. основной_____

2. осложнения основного_____

Код МКБ-10_____

3. сопутствующие_____

11. Рекомендации_____

12. Ф.И.О. и подпись врача_____

13. Ф.И.О. акушерки_____

14. Листок нетрудоспособности N _____получила (подпись беременной)_____

Приложение N 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации _____	Медицинская документация
Адрес _____	Учетная форма N 025/у Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н

**Карта пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях)**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ N карты _____

Первичный осмотр

1. Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее

2. _____

Жалобы _____

3. Репродуктивный анамнез

половое развитие	соответствует возрасту	опережающее	запоздалое
менструальная функция с ____ лет	регулярность	боли	кровопотери
начало половой жизни			
контрацепция			
беременности	число	год	осложнения
роды	число	год	осложнения
эктопические беременности	число	год	осложнения
бесплодие	длительность	причины _____ _____ _____	первичное/вторичное
медицинские аборты	число	год	осложнения
самопроизвольные аборты	число	год	осложнения
несостоявшиеся выкидыши	число	год	осложнения
мертворождения	число	год	осложнения
овуляторный статус с указанием исследования:			
проходимость маточных труб с указанием вида и даты исследования			
спермограмма мужа (партнера) (заключение, дата)			
результаты последнего УЗИ (заключение, дата)			

4. Гинекологические заболевания

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

--	--	--	--

5. Заболевания молочных желез

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

6. Хирургические операции

год	диагноз	метод лечения	продолжительность

7. Анамнез жизни

Перенесенные заболевания

Социально значимые		Детские инфекции		Заболевания по органам и системам			
1. туберкулез		1. корь		1. болезни органов дыхания		8. болезни костно-мышечной системы	
2. гепатит		2. коклюш		2. болезни щитовидной железы		9. болезни нервной системы	
3. инфекции, передаваемые половым путем		3. скарлатина		3. болезни системы кровообращения		10. психические болезни	
4. ВИЧ-инфекция		4. паротит		4. болезни крови		11. травмы	
5. сахарный диабет		5. дифтерия		5. болезни системы		12. операции	

				пищеварения			
6. ожирение		6. краснуха		6. болезни почек и мочевыводящих путей		13. профессиональное заболевание	
7. злокачественное новообразование		7. частые ОРВИ		7. болезни кожи и подкожной клетчатки		14. другие	

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 _____

8. Гинекологический осмотр

1. Наружные половые органы: без особенностей _____ особенности: _____
2. Паховые лимфоузлы: пальпация _____ размеры: _____ особенности _____

3. В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищная часть шейки матки без видимых патологических изменений _____ изменена: _____ выделения _____
4. Влагалищное исследование: влагалище _____ особенности _____ форма шейки матки _____ особенности _____ форма зева _____ особенности: _____
5. Тело матки: положение _____ размеры _____ форма матки _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____
6. Правые придатки матки: пальпация _____ размеры _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____ особенности _____
7. Левые придатки матки: пальпация _____ размеры _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____ особенности _____
8. Своды: пальпация _____ инфильтраты _____ особенности: _____

9. Осмотр и пальпация молочных желез

симметричность _____
особенности _____
Правая молочная железа: пальпация _____ наличие деформаций или втяжений _____

консистенция _____	выделения из сосков _____
болезненность _____	особенности _____
Левая молочная железа: пальпация _____	
наличие деформаций или втяжений _____	
консистенция _____	выделения из сосков _____
болезненность _____	особенности _____

10. Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

осложнения _____

сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

внешняя причина при травмах (отравления) _____

_____ код по МКБ-10 _____

группа здоровья _____ диспансерная группа _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

11. Медицинское наблюдение в динамике

Дата
Жалобы
Данные наблюдения в динамике

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

12. Медицинское наблюдение в динамике

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

13. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней)

Жалобы и динамика

состояния _____

Проведенное обследование и лечение_____

Диагноз основного заболевания_____код по МКБ -
10_____

Осложнения_____

Сопутствующие заболевания_____код по МКБ -
10_____

_____код по МКБ -
10_____

_____код по МКБ -
10_____

Внешняя причина при травмах
(отравления)_____

_____код по МКБ -
10_____

Рекомендации_____

Листок

нетрудоспособности

Врач

14. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней)

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравления) _____

код по МКБ-10 _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, обследованию и лечению _____

Листок нетрудоспособности

Заведующий отделением _____ Лечащий врач _____

15. Заключение врачебной комиссии

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней)

Жалобы и динамика

состояния _____

Проведенное обследование и
лечение _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-

10 _____

Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-

10 _____

_____ код по МКБ-

10 _____

_____ код по МКБ-

10 _____

Внешняя причина при травмах
(отравления) _____

_____ код по МКБ-

10 _____

Заключение врачебной
комиссии _____

Рекомендации _____

Председатель _____

Члены
комиссии _____

16. Диспансерное наблюдение

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____

Гинекологический осмотр

1. Наружные половые органы: без особенностей _____ особенности: _____
2. Паховые лимфоузлы: пальпация _____ размеры: _____ особенности _____
3. В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищная часть шейки матки без видимых патологических изменений _____ изменена: _____ выделения _____
4. Влагалищное исследование: влагалище _____ особенности _____ форма шейки матки _____ особенности _____ форма зева _____ особенности: _____
5. Тело матки: положение _____ размеры _____ форма матки _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____
6. Правые придатки матки: пальпация _____ размеры _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____ особенности _____

7. Левые придатки матки: пальпация _____ размеры _____ консистенция _____ подвижность _____ болезненность _____ особенности _____
8. Своды: пальпация _____ инфильтраты _____ особенности: _____

Осмотр и пальпация молочных желез

симметричность
особенности
Правая молочная железа: пальпация _____ наличие деформаций или втяжений _____ консистенция _____ выделения из сосков _____ болезненность _____ особенности _____
Левая молочная железа: пальпация _____ наличие деформаций или втяжений _____ консистенция _____ выделения из сосков _____ болезненность _____ особенности _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____
Осложнения _____
Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
Внешняя причина при травмах (отравления) _____
_____ код по МКБ-10 _____
Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации _____

17. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана медицинская помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

18. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

19. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

20. Результаты профилактических осмотров (приемов)

Наименование исследования	Дата	Заключение
Маммография		
УЗИ органов малого таза		
Цитологическое исследование шейки матки		
Кольпоскопия		
ВПЧ-скрининг		
Биопсия шейки матки		
Биопсия эндометрия		

21. Результаты лабораторных методов исследования:

Наименование исследования	Дата	Заключение

22. Эпикриз

Приложение N 6
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации Адрес _____	Медицинская документация Учетная форма N 003-2/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
---	---

Карта
пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля
(вкладыш в карту стационарного больного)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ N карты _____
2. Страховой анамнез
лист нетрудоспособности на момент поступления
3. Дата поступления "____" _____ 20__ г. ____ час ____ мин

да	нет
----	-----

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Возраст _____ лет

Жалобы _____

куда обращалась, чем
лечилась_____

—

—

—

—
Эпидемиологический анамнез

контакт с инфекционными больными в течение 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	да	нет
за последние 2 недели		

пребывание в транспортном средстве, следовавшем из эпидемически	да	нет
неблагополучной местности за последние 2 недели		

|

--	--

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, гепатита В, и др.) _____

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 _____ Индекс массы тела кг/м² _____

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. 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_____

Диагноз при поступлении (предварительный)_____

Обоснование предварительного диагноза_____

План обследования_____

Назначения_____

Аллергические реакции в анамнезе_____

Ф.И.О. _____отделение_____палата_____

[illegible]

Лабораторные обследования:												
Физиотерапевтические процедуры												
Подписи: врача												
медицинской сестры												

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О.

пациента _____

Медицинская карта

N _____

Дата, время					
День пребывания в стационаре	2	3	4	5	6
Жалобы					
Общее состояние					
Кожные покровы					
Периферические лимфоузлы					
Органы дыхания					
1. ЧДД					
2. Характер легочного дыхания					
3. Хрипы					
Органы кровообращения					
1. Тоны					
Органы пищеварения:					
1. аппетит					

2. живот					
3. перистальтика					
4. селезенка					
5. печень					
6. стул					
7. газы					
Система мочевыделения					
1. характер мочеиспускания диурез					
2. отеки					
Динамика состояния:					
Подпись врача					

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

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 врачебно-экспертной комиссии/врачебно-консультационной комиссии

1. смерть предотвратима _____ 2. непредотвратима _____ 3. условно
предотвратима _____

Ф.И.О., подпись лечащего

врача _____
Ф.И.О., подпись заведующего
отделением _____

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

[illegible]

ЗАПИСЬ КОНСУЛЬТАЦИЙ КОНСИЛИУМА

Ф.И.О. пациента _____

Медицинская карта N _____

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

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

1. Дата операции: число _____ месяц _____ год _____

2. Время начала операции _____ время окончания операции _____

3. Продолжительность операции: _____ час. _____ мин.

4. Наименование операции по номенклатуре _____ код _____

5. Премедикация _____

Наркоз:_____

6. Ход операции_____

7. Подсчет операционного материала: 1. инструменты_____

2. салфетки_____

Диурез_____

Кровопотеря_____

8. Диагноз после операции (основное заболевание)_____

_____код по МКБ-10

9. Взят операционный материал на патоморфологическое диагностическое исследование_____

10. Операционный материал направлен_____

Ф.И.О., подпись операционной медицинской сестры_____

Ф.И.О. и подписи медработников, принимавших участие в проведении операции:

1. врача-хирурга_____2. врача-хирурга ассистента_____

3. врача-анестезиолога-реаниматолога_____4. операционной медицинской сестры_____

Назначения_____

Лечащий врач_____

Заведующий отделением_____

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ (ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ) ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ф.И.О. пациента_____

_____Медицинская карта N_____

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. N_____ 3. "_____"_____ 20____ г.

4. Основная причина смерти:_____

_____ Код по МКБ-10_____

Ф.И.О. врача-патологоанатома_____ подпись_____

Приложение N 7
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации	Медицинская документация
	Учетная форма N 003/у
Адрес	Утверждена приказом Минздрава России от 20
	октября 2020 г. N 1130н

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

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ N карты _____
2. Страховой анамнез _____
- листок нетрудоспособности на момент поступления _____
3. Дата поступления "____" _____ 20____ г. _____ час _____ мин

да	нет
----	-----

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 течение 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

гепатит В

гепатит С

туберкулез

ВИЧ

венерические заболевания

парентеральные вмешательства за последние 6 месяцев

были ли травмы, ожоги, раны

флюорография (дата, номер)

да	нет
да	нет
да	нет
да	нет
да	нет
да	нет
да	нет
да	нет
да	нет

сведения об иммунизации (против кори, дифтерии, гепатит В, и др) _____

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 аборты: 1. число _____ 2. год _____ 3. осложнения _____

самопроизвольные аборты: 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_____ Индекс массы тела кг/м²_____

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. 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

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, гиперермирована, 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;

Аллергические реакции в анамнезе_____

N карты

ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

N карты

N палаты

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

[illegible]

[illegible]

	медицинская сестра															
	врач															
	медицинская сестра															

(вкладыш к истории болезни

N _____)

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 -

анесетезист _____

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) _____

6. 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_____

—

		Б - блокада		
--	--	-------------	--	--

КАРТА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

" " _____ 20____ г. отделение _____ N палаты _____
 Ф.И.О. пациентки _____ возраст _____ N истории родов _____ гр. крови
 Rh _____
 Диета _____ Вес _____ Рост _____
 Диагноз основной _____

Диагноз _____
 сопутствующий _____
 Осложнения _____

 Операция _____

СРЕДЫ	ИНФУЗИЯ			ГЕМО-ГИДРО БАЛАНС	
(нужное подчеркнуть)	Объем	Кратность	Часы	ВВЕДЕНО	ВЫВЕДЕНО
Ringeri				Парентерально _____мл	Диурез _____мл
Natriichloridi 09%					
Kaliichloridi 4%				Энтерально _____мл	По дренажам _____мл.
ГЭК					
Glucosi 5%				Итого _____мл	Диарея, рвота _____мл
Glucosi 10%					
					Кровопотеря _____мл
					Итого _____мл.
				СУТОЧНЫЙ БАЛАНС:	
				МАНИПУЛЯЦИИ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ВРЕМЯ
				Профилактика пролежней	

				Санация ТБД	
				Промывание зонда	
Аминокислоты				Ингаляции	
				Клизма	
				Уход за подключичным катетером	
				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				
Частота дыхания				
Температура тела				
ЧСС				
АД				
Кожные покровы				
Отеки				
Дыхательные нарушения				
Сердце:				
1. аритмии				
2. тоны, шумы				
Вегетативные реакции (рвота, диарея)				
Живот (перистальтика 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 том числе - 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. непредотвратима_____

3. условно предотвратима_____

Ф.И.О., подпись лечащего врача_____

Ф.И.О., подпись заведующего отделением_____

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

[illegible]

ЗАПИСЬ КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Ф.И.О. пациента _____

2. Медицинская карта N _____

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 N _____

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 N_____

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. N _____ 3. " _____ " _____ 20 _____ г.

4. Основная причина смерти: _____

_____ Код по МКБ-10 _____

Ф.И.О. врача-патологоанатома _____ подпись _____

Приложение N 8
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации _____	Медицинская документация Учетная форма N 025/у 003-2/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
Адрес _____	

Карта
пациента при искусственном прерывании беременности медикаментозным
методом (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего
медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или в карту
стационарного больного)

Ф.И.О. пациентки _____ N карты _____
Диагноз _____

Первое посещение

" ____ " _____ 20__ г.

Обратилась самостоятельно/направлена (указать кем) _____

В случае направления из женской консультации психолога/специалиста по социальной работе " ____ " _____ 20__ г.

причина отказа от консультации _____

Проведена беседа о причине аборта и его последствиях.

" ____ " _____ 20__ г. в ____ ч ____ мин предоставлено время для обдумывания решения в течение _____ перед искусственным прерыванием беременности

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 _____

Назначено обследование (при отсутствии):

1. УЗИ органов малого таза

2. Мазок на флору

3. Группа крови, резус фактор

4. Другое _____

Явка _____ Врач _____

Второе посещение

" _____ " _____ 20 ____ г.

Обсуждение проблемы. Пациентка настаивает на прерывании беременности.

Жалобы _____

Общее состояние удовлетворительное

Т тела _____ Пульс _____ АД _____

Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный

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

Стул _____, мочеиспускание _____

Наличие плодного яйца в полости матки подтверждено УЗИ

от " ____ " _____ 20 ____ г.

Проведена оценка данных лабораторного исследования

Противопоказаний для прерывания беременности не выявлено

Проинформирована о сущности метода медикаментозного прерывания

беременности, ожидаемых побочных эффектов, о возможных осложнениях,

симптомах, требующих немедленного обращения к врачу

Информированное согласие на прерывание беременности получено (прилагается)

Название препарата _____ серия _____ доза _____ способ введения _____

Назначение выполнено в моем присутствии в _____ ч _____ минут

Пациентка наблюдалась в течение _____

Отпущена домой в _____ ч _____ минут.

Рекомендации даны

Контактный телефон для связи предоставлен

Явка _____ Врач _____

Третье посещение

" _____ " _____ 20 ____ г.

Жалобы _____

Общее состояние удовлетворительное

Т тела _____ Пульс _____ АД _____

Живот мягкий/напряжен, безболезненный/болезненный. Выделения: слизистые/сукровичные/кровяные, скудные/умеренные/обильные

Стул _____, мочеиспускание _____

Назначения:

Название препарата _____ серия _____ доза _____ способ введения _____

Назначение выполнено в моем присутствии в _____ ч _____ минут

Пациентка наблюдалась в течение _____

Отпущена домой в _____ ч _____ минут

Рекомендации даны

Контактный телефон для связи предоставлен

Явка _____ Врач _____

Четвертое посещение

" _____ " _____ 20 ____ г.

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

По данным УЗИ от " _____ " _____ 20 ____ г. плодное яйцо в полости матки отсутствует/визуализируется

Диагноз _____

Осложнения _____

Сопутствующие _____

Послеабортное консультирование, включающее информацию о гигиеническом режиме, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, возобновлении половой жизни, контрацепции, очередном плановом посещении врача

проведено/не проводилось

Другие рекомендации _____

Справку/Листок нетрудоспособности с _____ по _____ N _____ серия _____ получила _____

Врач _____

Заведующий отделением _____

Приложение N 9
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации	Медицинская документация
Адрес _____	Учетная форма N 003-2/у-20 003/у
	Утверждена приказом Минздрава
	России
	от 20 октября 2020 г. N 1130н

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

Ф.И.О. пациентки _____ N 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 N _____, 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 _____ величено/увеличено до _____ 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 инфекций, передаваемых половым путем, возобновлении половой жизни, очередном плановом посещении врача, контрацепции проведено

Пациентке предоставлено право выбора контрацепции

Выбранный метод _____

Другие рекомендации _____

Справку/листок нетрудоспособности с по _____ N _____ серия _____ получила _____

Врач _____

Заведующий отделением _____

Дата выписки (перевода) _____

Приложение N 10
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2020 г. N 1130н

Наименование медицинской организации	Медицинская документация Учетная форма N 003-2/у-МС Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
Адрес _____	

Карта
донесения о случае материнской смерти

Идентификационный номер случая смерти: _____

Дата смерти: _____

Возраст женщины: _____

Место постоянного проживания (наименование субъекта Российской Федерации и населенного пункта): _____

Место наступления смерти (наименование медицинской организации с указанием группы (уровня), вне медицинской организации (на дому), на этапе медицинской эвакуации выездной бригадой скорой медицинской помощи (выездной бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи): _____

N	Показатели	Шифр
1.	МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: 0 - нет данных; 1 - город; 2 - село.	
2.	ВОЗРАСТ (лет): 0 - нет данных; 1 - до 14 лет; 2 - 15-16; 3 - 17; 4 - 18-19; 5 - 20-24; 6 - 25-29; 7 - 30-34; 8 - 35-39; 9 - 40-44; 10 - 45-49; 11 - 50 и более.	
3.	СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: 0 - нет данных; 1 - занятая, в том числе в отрасли: 1.1 - сельского хозяйства, 1.2 - обрабатывающего производства, 1.3 - торговли, 1.4 - финансовой деятельности, 1.5 - образования, 1.6 - здравоохранения, 1.7 - прочее (указать) _____; 2 - безработная; 3 - школьница; 4 - студентка образовательной организации высшего образования; 5 - учащаяся профессиональной образовательной организации; 6 - пенсионер по инвалидности: 6.1 - с детства, 6.2 - профессиональное заболевание, 6.3 - общее заболевание; 7 - домохозяйка; 8 - прочее (указать)	
4.	ОБРАЗОВАНИЕ: 0 - нет данных; 1 - высшее профессиональное; 2 - неполное высшее профессиональное; 3 - среднее профессиональное (среднее специальное); 4 - начальное профессиональное (профессионально-техническое); 5 - среднее (полное) общее; 6 - основное общее (неполное среднее); 7 - начальное.	
5.	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (брачное состояние): 0 - нет данных; 1 - состоит в зарегистрированном браке; 2 - состоит в незарегистрированном браке; 3 - вдова; 4 - разведена; 5 - никогда не состояла в браке (одинокая).	
6.	ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ: 0 - нет данных; 1 - проживает в отдельной квартире (доме); 2 - проживает в коммунальной квартире; 3 - проживает в общежитии; 4 - жилье снимает; 5 - бездомная; 6 - прочее (указать)	

7.	ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ: 0 - нет данных; 1 - отсутствуют; 2 - курение; 3 - алкоголизм; 4 - наркомания; 5 - токсикомания; 6 - прочее (указать)	
8.	ОТНОШЕНИЕ К ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - беременность желательная; 2 - беременность нежелательная.	
9.	НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ: 0 - нет данных; 1 - не наблюдалась; 2 - медицинским работником со средним медицинским образованием: 2.1 - медицинской сестрой, 2.2 - акушеркой, 2.3 - фельдшером; 3 - медицинским работником с высшим медицинским образованием: 3.1 - врачом-акушером-гинекологом, 3.2 - врачом общей практики (семейным); 4 - совместное наблюдение; 5 - прочее (указать)	
10.	ПЕРВАЯ ЯВКА ПО БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - не наблюдалась; 2 - до 12 недель; 3 - в 13-21 неделю; 4 - в 22-27 недель; 5 - в 28 и более недель.	
11.	МЕСТО НАБЛЮДЕНИЯ: 0 - нет данных; 1 - фельдшерско-акушерский пункт; 2 - врачебная амбулатория; 3 - участковая больница; 4 - женская консультация: 4.1 - I группы (уровня), 4.2 - II группы (уровня), 4.3 - III группы (уровня); 5 - прочее (указать)	
12.	ПАРИТЕТ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - первая; 2 - вторая; 3 - третья; 4 - четвертая; 5 - пятая и более.	
13.	ИСХОДЫ ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ: 0 - нет данных; 1 - аборт: 1.1 - самопроизвольный, 1.2 - медицинский (легальный), 1.3 - криминальный, 1.4 - неуточненный (внебольничный), 1.5 - по медицинским показаниям, 1.6 - по социальным показаниям; 2 - внематочная беременность; 3 - роды; 4 - данная беременность первая.	
14.	ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: 0 - нет данных; 1 - отсутствуют; 2 - сердечно-сосудистой системы: 2.1 - гипертоническая болезнь, 2.2 - пороки сердца, 2.3 - варикозная болезнь, 2.4 - другие; 3 - органов дыхания; 4 - крови: 4.1 - анемия, 4.2 - другие; 5 - мочевыделительной системы; 6 - органов пищеварения; 7 - эндокринной системы: 7.1 - ожирение, 7.2 - сахарный диабет, 7.3 - заболевания щитовидной железы; 8 - инфекционные: 8.1 - ВИЧ, 8.2 - туберкулез, 8.3 - гепатиты А, В, С; 9 - аллергические; 10 - онкологические; 11 - нервно-психические; 12 - наркомания; 13 - алкоголизм; 14 - прочие (указать)	
15.	ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫЯВЛЕНЫ: 0 - нет данных; 1 - до беременности; 2 - во время беременности; 3 - во время родов; 4 - после родов; 5 - при аутопсии.	
16.	ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: 0 - нет данных; 1 - отсутствуют; 2 - воспалительные заболевания; 3 - эндометриоз; 4 - нарушения менструаций; 5 - привычное невынашивание; 6 - бесплодие; 7 - миома матки; 8 - доброкачественные новообразования яичников; 9 - злокачественные новообразования половых органов; 10 - прочие (указать) _____; 11 - перенесенные операции на органах малого таза: 11.1 - лапаротомическим доступом _____, 11.2 - лапароскопическим доступом _____, 11.3 - влагалищные	
17.	ОСЛОЖНЕНИЯ ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ: 0 - нет данных; 1 - данная беременность первая; 2 - не было; 3 - существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период; 4 - преэклампсия средней тяжести; 5 - преэклампсия тяжелая; 6 - эклампсия; 7 - угроза прерывания беременности; 8 - кровотечение; 9 -	

	перинатальные потери; 10 - кесарево сечение; 11 - другие родоразрешающие операции; 12 - прочие (указать)	
18.	ОСЛОЖНЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - без осложнений; 2 - рвота беременных; 3 - существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период; 4 - преэклампсия средней тяжести; 5 - преэклампсия тяжелая; 6 - эклампсия во время беременности; 7 - угроза прерывания беременности; 8 - угроза преждевременных родов; 9 - венозные осложнения; 10 - болезни мочеполовой системы; 11 - анемия; 12 - болезни эндокринной системы; 13 - болезни системы кровообращения; 14 - сахарный диабет; 15 - резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации; 16 - многоплодие; 17 - тазовое предлежание; 18 - косое и поперечное положение плода; 19 - внутриутробная гипоксия плода; 20 - задержка роста плода; 21 - анатомически узкий таз; 22 - рубец на матке; 23 - многоводие; 24 - маловодие; 25 - предлежание, низкое прикрепление плаценты; 26 - вращение плаценты; 27 - преждевременная отслойка плаценты; 28 - перенашивание беременности; 29 - беременность, наступившая после экстракорпорального оплодотворения; 30 - прочие (указать)	
19.	ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - в госпитализации не нуждалась; 2 - однократная; 3 - многократная; 4 - отказалась от госпитализации.	
20.	ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ: 0 - нет данных; 1 - плановая; 2 - экстренная; 3 - роды вне медицинской организации.	
21.	МЕСТО ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - вне медицинской организации: 1.1 - на дому, 1.2 - прочее (указать) ____; 2 - на этапе медицинской эвакуации выездной бригадой скорой медицинской помощи (выездной акушерской бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи); 3 - фельдшерско-акушерский пункт; 4 - врачебная амбулатория; 5 - участковая больница; 6 - urgentный родильный зал районной (центральной районной) больницы (при отсутствии родильного отделения); 7 - родильный дом (отделение): 7.1 - I группы (уровня), 7.2 - II группы (уровня), 7.3 - III группы (уровня); 8 - перинатальный центр: 8.1 - II группы (уровня), 8.2 - IIIA группы (уровня), 8.3 - IIIB группы (уровня); 9 - гинекологическое отделение медицинской организации: 9.1 - I группы (уровня), 9.2 - II группы (уровня), 9.3 - IIIA группы (уровня), 9.4 - IIIB группы (уровня); 10 - медицинская организация другого профиля (указать)	
22.	СРОК ГЕСТАЦИИ НА МОМЕНТ ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - указать срок в неделях	
23.	СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР: 0 - нет данных; 1 - удовлетворительное; 2 - средней тяжести; 3 - тяжелое; 4 - крайне тяжелое; 5 - атональное.	
24.	ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР: 1 - из дома; 2 - переведена из другой медицинской организации: 2.1 (указать наименование медицинской организации и группа (уровень), 2.2 - на какие сутки после завершения беременности	
25.	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ДО ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА: 0 - смерть наступила до поступления в стационар; 1 - до 3	

	часов; 2 - от 3 до 6 часов; 3 - от 6 до 12 часов; 4 - от 12 до 24 часов; 5 - от 1 до 2 суток; 6 - 2-5 суток; 7 - 6-10 суток; 8 - 11-20 суток; 9 - более 20 суток.	
26.	ОСЛОЖНЕНИЯ АБОРТА ИЛИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: 0 - нет данных; 1 - инфекции половых путей и тазовых органов: 1.1 - эндометрит, 1.2 - тазовый перитонит, 1.3 - сепсис, 1.4 - септический шок; 2 - длительное или массивное кровотечение; 3 - геморрагический шок; 4 - эмболия: 4.1 - воздушная, 4.2 - эмболия околоплодными водами, 4.3 - тромбоэмболия легочной артерии; 5 - повреждения матки и/или шейки матки; 6 - повреждения смежных органов; 7 - осложнения, связанные с применением анестезии; 8 - анафилактический шок (кроме реакции на анестетики); 9 - прочие (указать)	
27.	ОСЛОЖНЕНИЯ ДАННЫХ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА: 0 - нет данных; 1 - осложнений не было; 2 - преждевременные роды; 3 - нарушения родовой деятельности: 3.1 - слабость родовой деятельности, 3.2 - стремительные роды, 3.3 - дискоординация родовой деятельности; 4 - затрудненные роды; 5 - косое или поперечное положение плода; 6 - тазовое предлежание плода; 7 - клинически узкий таз; 8 - гипоксия плода: 8.1 - острая, 8.2 - хроническая; 9 - существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период; 10 - преэклампсия средней тяжести; 11 - преэклампсия тяжелая; 12 - эклампсия в родах и в послеродовом периоде; 13 - кровотечение: 13.1 - при преждевременной отслойке плаценты, 13.2 - при предлежании плаценты, 13.3 - при врастании плаценты, 13.4 - в последовом периоде, 13.5 - в послеродовом периоде (гипотоническое), 13.6 - кровотечение после кесарева сечения, 13.7 - в связи с нарушением свертываемости крови; 14 - геморрагический шок; 15 - разрыв матки: 15.1 - самопроизвольный, 15.2 - насильственный; 16 - послеродовая инфекция: 16.1 - эндометрит, 16.2 - перитонит, 16.3 - сепсис, 16.4 - септический шок; 17 - венозные осложнения; 18 - акушерская эмболия: 18.1 - воздушная, 18.2 - эмболия околоплодными водами, 18.3 - тромбоэмболия легочной артерии; 19 - осложнения, связанные с применением анестезии; 20 - анафилактический шок (кроме реакции на анестетики); 21 - прочие (указать)	
28.	ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: 0 - нет данных; 1 - не оперирована; 2 - при внематочной беременности: 2.1 - лапаротомическим доступом, 2.2 - лапароскопическим доступом; 3 - методы прерывания беременности до 22 недель: 3.1 - медикаментозный, 3.2 - вакуум-аспирация, 3.3 - кюретаж, 3.4 - гистеротомия; 4 - кесарево сечение: 4.1 - экстренное, 4.2 - плановое, 4.3 - с миомэктомией, 4.4 - с вмешательством на придатках; 5 - наложение акушерских щипцов; 6 - вакуум-экстракция плода; 7 - плодоразрушающая операция; 8 - ручное отделение плаценты и выделение последа; 9 - ручное обследование стенок матки; 10 - надвлагалищная ампутация матки: 10.1 - после аборта, 10.2 - в родах, 10.3 - после родов через ____ часов, ____ суток; 11 - экстирпация матки: 11.1 - после аборта, 11.2 - в родах, 11.3 - после родов через ____ часов, ____ суток; 12 - (ре)лапаротомия; 13 - перевязка внутренних подвздошных артерий; 14 - перевязка магистральных	

	сосудов матки; 15 - управляемая баллонная тампонада матки; 16 - компрессионные маточные швы; 17 - другие операции и пособия (указать)	
29.	ИСХОДЫ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (СМЕРТЬ НАСТУПИЛА ПОСЛЕ): 0 - нет данных; 1 - внематочная беременность; 2 - аборт: 2.1 - самопроизвольный, 2.2 - медицинский (легальный), 2.3 - криминальный, 2.4 - неуточненный (внебольничный), 2.5 - по медицинским показаниям, 2.6 - по социальным показаниям; 3 - умерла беременной: 3.1 - до 12 недель, 3.2 - в 13-21 неделю, 3.3 - в 22-27 недель, 3.4 - после 28 недель; 4 - умерла во время родов; 5 - умерла в послеродовом периоде (указать на какие сутки после родов)	
30.	МЕСТО НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ: 0 - нет данных; 1 - вне медицинской организации: 1.1 - на дому, 1.2 - прочее (указать) _____; 2 - на этапе медицинской эвакуации выездной бригадой скорой медицинской помощи (выездной акушерской бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи); 3 - фельдшерско-акушерский пункт; 4 - врачебная амбулатория; 5 - участковая больница; 6 - районная (центральная районная) больница (при отсутствии родильного отделения); 7 - родильный дом (отделение): 7.1 - I группы (уровня), 7.2 - II группы (уровня), 7.3 - III группы (уровня); 8 - перинатальный центр: 8.1 - II группы (уровня), 8.2 - IIIA группы (уровня), 8.3 - IIIB группы (уровня); 9 - многопрофильная медицинская организация: 9.1 - I группы (уровня), 9.2 - II группы (уровня), 9.3 - III группы (уровня).	
31.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ: 0 - нет данных; 1 - кровотечение: 1.1 - при внематочной беременности, 1.2 - в связи с прерыванием беременности до 22 недель, 1.3 - в связи с преждевременной отслойкой плаценты, 1.4 - в связи с предлежанием плаценты, 1.5 - при вращении плаценты, 1.6 - в последовом периоде, 1.7 - в послеродовом периоде; 2 - преэклампсия, эклампсия; 3 - сепсис (кроме экстрагенитального): 3.1 - после аборта, 3.2 - во время родов и в послеродовом периоде; 4 - разрыв матки; 5 - акушерская эмболия: 5.1 - воздушная, 5.2 - эмболия околоплодными водами, 5.3 - тромбоэмболия легочной артерии; 6 - осложнения анестезии: 6.1 - дефекты анестезии, 6.2 - дефекты реанимации, 6.3 - дефекты инфузионно-трансфузионной терапии; 7 - экстрагенитальные заболевания (непрямые причины акушерской смерти); 8 - другие причины акушерской смерти (указать)	
32.	НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ: 0 - нет данных; 1 - кровоизлияние в мозг; 2 - отек мозга; 3 - отек легких; 4 - острая почечная недостаточность; 5 - острая печеночная недостаточность; 6 - острая сердечно-сосудистая недостаточность; 7 - геморрагический шок; 8 - септический шок; 9 - другие виды шока; 10 - полиорганная недостаточность; 11 - реанимационная болезнь; 12 - прочие (указать)	
33.	ДЕФЕКТЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В	

	АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: 0 - нет данных; 1 - не наблюдалась во время беременности; 2 - дефектов не выявлено; 3 - отсутствие динамического наблюдения (указать причину)_____; 4 - не включена в региональный мониторинг беременных: 4.1 - не проведена оценка группы риска; 4.2 - неправильно оценена группа риска; 5 - недостатки диагностики осложнения беременности: 5.1 - неполная, 5.2 - запоздалая, 5.3 - отсутствие профилактики акушерских осложнений; 6 - недостатки диагностики экстрагенитального заболевания: 6.1 - неполная, 6.2 - запоздалая; 7 - недостатки обследования: 7.1 - не обследована, 7.2 - неполное лабораторное и (или) инструментальное обследование, 7.3 - недостатки консультативной помощи врачей-специалистов; 8 - неадекватная терапия; 9 - отсутствие госпитализации: 9.1 - во время беременности, 9.2 - дородовой; 10 - запоздалая госпитализация; 11 - прочие (указать)	
34.	ДЕФЕКТЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ: 0 - нет данных; 1 - дефектов не выявлено; 2 - дефекты госпитализации: 2.1 - госпитализирована не в профильный стационар (по основному заболеванию), 2.2 - не госпитализирована в стационар соответствующей группы (уровня), 2.3 - задержка с переводом в стационар высокой группы риска; 3 - необоснованно ранняя выписка из стационара при предыдущих госпитализациях, в том числе: 3.1 - во время беременности, 3.2 - после родов (аборта, внематочной беременности); 4 - недостатки диагностики: 4.1 - неполная, 4.2 - несвоевременная, 4.3 - недооценка тяжести состояния, 4.4 - отсутствие динамического наблюдения, 4.5 - недооценка величины кровопотери, 4.6 - ошибка в диагнозе, 4.7 - несвоевременное обращение в акушерский дистанционный консультативный центр; 5 - не установлен диагноз: 5.1 - осложнения беременности, 5.2 - осложнения родов, 5.3 - осложнения послеродового периода, 5.4 - осложнения аборта, 5.5 - осложнения внематочной беременности, 5.6 - экстрагенитального заболевания; 6 - недостатки обследования: 6.1 - недоучет анамнестических и клинических данных, 6.2 - недоучет или переоценка данных лабораторного и (или) инструментального обследования, 6.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов, 6.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов; 7 - неадекватная терапия: 7.1 - инфузионно-трансфузионная, 7.2 - антибактериальная, 7.3 - неадекватное лечение акушерских осложнений, 7.4 - несвоевременное восполнение кровопотери; 8 - своевременно не поставлен вопрос о прерывании беременности (родоразрешении) или ее пролонгировании: 8.1 - до 12 недель, 8.2 - в 13-	

	21 неделю, 8.3 - в 22-27 недель, 8.4 - свыше 28 недель, 8.5 - запоздалое родоразрешение; 9 - неправильный выбор метода завершения беременности: 9.1 - до 12 недель, 9.2 - в 13-21 неделю, 9.3 - в 22-27 недель, 9.4 - свыше 28 недель; 10 - оказание помощи без участия врачей-специалистов; 11 - недостатки при проведении оперативного вмешательства: 11.1 - запоздалое оперативное вмешательство, 11.2 - неадекватный объем и метод оперативного вмешательства, 11.3 - технические дефекты при операции, 11.4 - операции без должных показаний, 11.5 - отсутствие профилактики возможных осложнений; 12 - отсутствие трансфузионных средств; 13 - отсутствие круглосуточного дежурства: 13.1 - врача-акушера-гинеколога, 13.2 - врача анестезиолога-реаниматолога, 13.3 - операционной бригады, 13.4 - позднее прибытие выездной акушерской бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи; 14 - прочие (указать)	
35.	ДЕФЕКТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ И РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: 0 - нет данных; 1 - дефектов не выявлено; 2 - осложнения при проведении общей анестезии: 2.1 - аспирационный синдром, 2.2 - неудачная попытка или трудности при интубации, 2.3 - прочие (указать)_____; 3 - осложнения при проведении регионарной анестезии; 4 - травма при катетеризации подключичной вены; 5 - неправильный выбор метода анестезии; 6 - преждевременная экстубация; 7 - реанимационные мероприятия не в полном объеме; 8 - недостаточная инфузионная терапия; 9 - избыточная инфузионная терапия; 10 - реакции на применение препаратов для анестезии; 11 - прочие (указать)	
36.	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТКИ: 0 - нет замечаний; 1 - во время беременности: 1.1 - не наблюдалась, 1.2 - однократное посещение, 1.3 - нерегулярное наблюдение, 1.4 - невыполнение рекомендаций врача, 1.5 - поздняя первая явка; 2 - внебольничное вмешательство; 3 - отказ от предложенного прерывания беременности по медицинским показаниям; 4 - отказ от госпитализации; 5 - задержка с обращением за медицинской помощью; 6 - самовольный уход из стационара; 7 - прочее (указать)	
37.	ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ МОГЛИ БЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД: 1 - своевременная госпитализация пациентки в акушерский стационар соответствующей группы (уровня); 2 - своевременное обращение в акушерский дистанционный консультативный центр; 3 - своевременное прибытие выездной акушерской бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи; 4 - более ранняя диагностика патологического состояния; 5 - медико-генетическое	

	консультирование; 6 - обследование врачами-специалистами; 7 - дополнительные методы исследования; 8 - правильная трактовка данных клинических, лабораторных и инструментальных исследований; 9 - своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное; 10 - своевременное прерывание беременности; 11 - квалифицированная анестезиологическая и реанимационная помощь; 12 - социальное благополучие; 13 - другие факторы (указать)	
38.	ПРЕДОТВРАТИМОСТЬ СМЕРТИ: 1 - предотвратима; 2 - условно предотвратима; 3 - не предотвратима.	

ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИЙ

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

ДИАГНОЗ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИЙ

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

СОВПАДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

(по основной причине)

1 - да; 2 - нет; категория расхождения: 2.1 - I, 2.2 - II, 2.3 - III;

3 - вскрытия не было.

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ

Диагноз и код по МКБ-10 (указать) _____

Эксперт _____

(подпись)

(Ф.И.О., должность)

Дата заполнения "____" _____ 20____ г.