

Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення

Документ z0230-16, **чинний**, поточна редакція — **Прийняття від 21.01.2016**
(Остання подія — **Набрання чинності**, відбулась 12.04.2016. [Подивитися в історії?](#))

	
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	
НАКАЗ	
21.01.2016 № 29	
	Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 р. за № 230/28360

Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення

Відповідно до [абзацу дев'яносто четвертого](#) підпункту 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267, **НАКАЗУЮ**:

1. Внести до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року [№ 110](#) «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974, такі зміни:

1) форму первинної облікової документації [№ 003/о](#) «Медична карта стаціонарного хворого № ___» та [Інструкцію щодо її заповнення](#) викласти у новій редакції, що додаються;

2) форму первинної облікової документації [№ 066/о](#) «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару, № ___» та [Інструкцію щодо її заповнення](#) викласти у [новій редакції](#), що додаються;

3) [пункт 1](#) доповнити новими підпунктами 1.39, 1.40 такого змісту:

«1.39. Форму первинної облікової документації [№ 096/о](#) «Історія вагітності та пологів № ___» та [Інструкцію щодо її заповнення](#), що додаються.

1.40. Форму первинної облікової документації [№ 097/о](#) «Медична карта новонародженого № ___» та [Інструкцію щодо її заповнення](#), що додаються.».

2. Форму первинної облікової документації [№ 003-1/о](#) «Медична карта переривання вагітності» та [Інструкцію щодо її заповнення](#), затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2013 року № 423 «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27 червня 2013 року за № 1095/23627, викласти у [новій редакції](#), що додаються.

3. Абзаци тридцять дев'ятий, сороковий пункту 1 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року [№ 184](#) «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів» виключити.

4. Департаменту Медичної допомоги забезпечити подання цього наказу в установленому законодавством порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

5. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра І. Перегінця.

6. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

Міністр	О. Квіташвілі
ПОГОДЖЕНО: Президент Національної академії медичних наук України	В.І. Цимбалюк

	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14.02.2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21.01.2016 № 29)
--	---

МЕДИЧНА КАРТА
стаціонарного хворого
(форма № 003/о)

В. о. директора Медичного департаменту	В. Кравченко
	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14.02.2012 № 110 (у редакції наказу

	Міністерства охорони здоров'я України 21.01.2016 № 29)
	Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 р. за № 230/28360

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ____»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ____» (далі - форма № 003/о).

2. Форма № 003/о є основним медичним документом, що заповнюється на кожного хворого, який влаштовується на стаціонарне медичне лікування, та ведеться в усіх закладах охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу, та санаторіях.

3. Форма № 003/о містить всі дані щодо стану хворого протягом усього періоду перебування в стаціонарі, організації та проведення лікування, а також дані об'єктивних, функціональних, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстежень.

4. Форма № 003/о ведеться з метою контролю належної організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо).

5. У пунктах 1-9 форми № 003/о зазначаються дата (число, місяць, рік) та час (години, хвилини) госпіталізації, прізвище, ім'я, по батькові хворого, стать (чоловіча, жіноча), дата народження (число, місяць, рік), вік (кількість повних років, для дітей: до 1-го року - місяців; до 1-го місяця - днів), назва та номер документа, що посвідчує особу, код країни, громадянином якої є хворий (код країни зазначається згідно з [Класифікацією країн світу](#), затвердженою наказом Державної служби статистики України від 30 грудня 2013 року № 426), постійне місце проживання/перебування (у разі якщо стаціонарним хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або її законних представників), місце роботи, посада (для дітей, учнів, студентів - найменування навчального закладу; для інвалідів - вид і група інвалідності), найменування та код закладу охорони здоров'я, який направляє хворого до стаціонару. Зазначені пункти заповнюються медичним працівником у приймальному відділенні закладу охорони здоров'я.

6. У пункті 10 вказуються діагноз при госпіталізації та код захворювання згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (далі - МКХ-10).

7. У пунктах 11, 12 вказуються коди відділень закладів охорони здоров'я при госпіталізації та при виписці відповідно до додатка до форми первинної облікової документації [№ 066/о](#) «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару, № __», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року [№ 110](#), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29) (далі - форма № 066/о).

8. У пункті 13 зазначається вид госпіталізації: ургентна - 1; планова - 2.

9. У пунктах 14-17 зазначаються дата (число, місяць, рік) обстеження на ВІЛ-інфекцію, група крові хворого, резус-приналежність, дата (число, місяць, рік) проведення реакції Васермана.

10. Пункт 18 містить інформацію щодо алергічних реакцій, гіперчутливості чи непереносимості лікарського засобу (вказуються назва лікарського засобу, характер побічної дії).

11. У пункті 19 зазначається госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше - 1; повторно - 2.

У підпункті 19.1 зазначається повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів після виписки.

12. У пункті 20 зазначаються дата (число, місяць, рік) та час (година) виписки/смерті хворого.

13. У пункті 21 вказується кількість проведених хворим у закладі охорони здоров'я ліжко-днів (день госпіталізації і день виписки/смерті рахуються як один день).

14. Пункт 22 містить інформацію щодо заключного клінічного діагнозу хворого при виписці/смерті (у випадку травми зазначається її вид: виробнича - 1; невиробнича - 2). За наявності у хворого ускладнень основного діагнозу або супутніх захворювань лікуючий лікар зазначає їх після основного діагнозу: ускладнення основного діагнозу - 1; супутні захворювання - 2 та проставляє відповідні коди згідно з МКХ-10.

За наявності у хворого побічної дії лікарського засобу лікуючий лікар зазначає прояв побічної дії як основний діагноз або ускладнення основного діагнозу чи супутнє захворювання. У такому випадку проводиться подвійне кодування цього пункту згідно з МКХ-10: кодуються основний діагноз та ускладнення.

У підпункті 22.1 за наявності у хворого діагнозу активної форми туберкульозу (A15-A19, B90) необхідно вказати відповідну категорію резистентності. Цей підпункт є обов'язковим для протитуберкульозних закладів охорони здоров'я.

У підпункті 22.2 лікар зазначає дату запису (число, місяць, рік), свої прізвище, ім'я, по батькові, підпис та реєстраційний номер облікової картки платника податків або серію та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті) (далі - реєстраційний номер).

15. У пункті 23 (якщо хворому проводились хірургічні втручання або процедури) вказуються дата (число, місяць, рік), тривалість проведення (кількість годин, хвилин), код і назва процедури/хірургічної операції згідно з [Тимчасовим галузевим класифікатором оперативних утручань](#), затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2007 року № 67, прізвище, ім'я, по батькові та реєстраційний номер суміжного спеціаліста, вид анестезії (відсутня - 1; місцева - 2; загальна - 3; інша - 4) та реєстраційний номер лікаря-анестезіолога, ускладнення, якщо такі мали місце (код згідно з МКХ-10). Детальний опис операції проводиться в щоденнику за відповідною датою та в формі первинної облікової документації [№ 008/о](#) «Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року [№ 110](#), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - наказ МОЗ України № 110).

16. У пункті 24 вказуються інші види медичного лікування для онкологічних хворих: спеціальне, паліативне, симптоматичне.

17. У пунктах 25, 26 зазначаються дані щодо тимчасової непрацездатності хворого.

18. У пункті 27 вказується висновок для хворих, які потребують проведення медико-соціальної експертизи.

19. У пункті 28 зазначається результат медичного лікування хворого: виписаний(а) з: одужанням - 1; поліпшенням - 2; погіршенням - 3; без змін - 4; помер(ла) - 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я - 6; здоровий(а) - 7.

20. У пункті 29 зазначаються дати (число, місяць, рік) проведення профілактичного медичного огляду на наявність злоякісного новоутворення (онкологічний профілактичний огляд) та профілактичного медичного огляду на виявлення туберкульозу (обстеження органів грудної порожнини) за період стаціонарного лікування.

21. У пункті 30 ставляться відмітки щодо страхування хворого (наявність та номер страхового поліса, найменування компанії-страхувальника).

22. У пунктах 10-30 всі записи здійснює лікуючий лікар. Після цього у пункті 31 він зазначає свої прізвище, ім'я, по батькові, підпис і реєстраційний номер.

23. У пункті 32 завідувач відділення зазначає свої прізвище, ім'я, по батькові, підпис та реєстраційний номер.

24. Пункти 33-39 заповнює лікар приймального відділення.

У пункті 33 зазначаються скарги хворого.

У пунктах 34-36 стисло вказуються дані анамнезу хвороби та життя, об'єктивний стан хворого.

Пункти 37, 38 містять інформацію щодо оглядів на коросту та педикульоз.

У пункті 39 відмічається, чи ознайомлений хворий із режимом дня та заборонаю паління, зазначаються дата (число, місяць, рік) ознайомлення та підпис хворого.

У пункті 40 лікар приймального відділення проставляє свої прізвище, ім'я, по батькові, підпис та реєстраційний номер.

25. У пункті 41 лікуючий лікар зазначає скарги пацієнта, анамнез хвороби, анамнез життя, об'єктивний стан хворого, попередній діагноз, план обстеження та план медичного лікування.

26. У пункті 42 відмічаються результати обстежень (лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні, функціональна діагностика тощо).

27. У пункті 43 лікар здійснює записи про стан здоров'я та медичного лікування хворого або щогодини, або щодня, або щотижня залежно від стану хворого та місця його перебування (палата інтенсивної терапії, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, відділення хірургічного, терапевтичного, психіатричного профілю тощо). Записи повинні у повному обсязі відображати зміни стану хворого (погіршення, поліпшення, повне одужання) та увесь процес медичного лікування чи реабілітації впродовж перебування в стаціонарі. У день виписки хворого зі стаціонару запис лікаря має бути максимально детальним. Щоденникові записи потрібно формулювати стисло і чітко, обов'язково зазначати дату (число, місяць, рік) та час (години, хвилини) проведення медичного огляду пацієнта. Щоденникові записи засвідчуються підписом лікуючого лікаря.

У період перебування хворого в стаціонарі форма № 003/о зберігається у лікуючого лікаря.

28. Призначення лікуючого лікаря записуються у щоденнику форми № 003/о та у [формі первинної облікової документації № 003-4/о](#) «Листок лікарських призначень», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522. Записи ведуться розбірливо, чітко, детально із зазначенням дат призначення та відміни лікарських засобів і засвідчуються підписом лікуючого лікаря.

29. У пункті 44 зазначаються результати оглядів та консультацій хворого лікарями-спеціалістами.

30. У пункті 45 при виписці хворого лікуючий лікар складає виписний епікриз, у якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписці.

31. У пунктах 46-53 зазначаються результати клінічних аналізів крові (загальний, на глюкозу, на амілазу), сечі (загальний, на глюкозу (із добової кількості), на діастазу), копрограма, печінкові проби.

32. У пунктах 54, 55 вказуються заключний клінічний діагноз, проведені обстеження та лікувальні заходи, аналізується їх ефективність.

33. У пункті 56 лікуючий лікар зазначає подальші лікувальні рекомендації та режим хворого.

34. У пункті 57 вказується результат медичного лікування хворого.

При переведенні хворого до іншого закладу охорони здоров'я складається перевідний епікриз, а у випадку смерті - посмертний.

Після заповнення епікризу лікуючий лікар і завідувач відділення зазначають свої прізвища, підписи, реєстраційні номери та дату (число, місяць, рік) заповнення.

У підпунктах 57.1, 57.2 після заповнення епікризу лікар і завідувач відділення зазначають свої прізвища, підписи, реєстраційні номери та дату (число, місяць, рік) заповнення.

35. У пунктах 58-64 у разі смерті хворого лікар-патологоанатом після розтину заповнює виписку з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження.

36. У пункті 65 здійснюється запис згідно з пунктом 11 [форми первинної облікової документації № 106/о](#) «Лікарське свідоцтво про смерть № ___», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 серпня 2006 року [№ 545](#), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024, у якому зазначаються патологічні стани, що призвели до безпосередньої причини смерті (I частина), та інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові) (II частина), які сприяли смерті, але не пов'язані з безпосередньою причиною смерті (вказуються дати інсультів, інфарктів, оперативних утручань). Основна причина смерті підлягає кодуванню згідно з МКХ-10 лікуючим лікарем, лікарем-патологоанатомом або судово-медичним експертом.

37. У пунктах 66, 67 лікар-патологоанатом і завідувач патологоанатомічного відділення зазначають свої прізвища, імена, по батькові, підписи та реєстраційні номери.

38. На підставі даних форми № 003/о лікуючий лікар заповнює форму [№ 066/о](#), після чого форма № 003/о передається в кабінет статистики для обробки, а потім до архіву закладу охорони здоров'я.

39. У разі ведення форми № 003/о в електронному форматі вона повинна включати в себе всі дані, які містяться на паперовому носії інформації.

40. Строк зберігання форми № 003/о - 25 років.

**В. о. директора
Медичного департаменту**

В. Кравченко