

Приложение 1
к приказу Минздрава РФ
от 28 сентября 1993 г. N 227

Код формы по ОКУД									
Код учреждения по ОКПО									

Министерство здравоохранения РФ	Медицинская документация
Наименование учреждения	форма N 300-1/у-93 Утверждена Минздравом РФ от 28.09.93 г.

Регистрационная карта воспитанника дома ребенка

Сведения об учреждении	N стро- ки	Фрагмент 1
Город	1	
Область	2	
Дом ребенка N	3	
Тип учреждения: физиологический (1), специализированный (2)	4	
Адрес дома ребенка	5	
Дата заполнения карты	6	
Сведения о ребенке	N стр.	Фрагмент 2
Фамилия	1	
Имя	2	
Отчество	3	
Национальность	4	
Дата рождения	5	
Пол: мужской (1), женский (2)	6	
Дата поступления в дом ребенка	7	
Юридический статус ребенка: полный сирота (1), неполный сирота (2), юридический отказ по заявлению родителей, (3), подкидыш (4), от родителей, лишенных родительских прав (5),		

временно находящийся в доме ребенка (6)	8	
Ребенок поступил в дом ребенка из: родильного дома (1), отделения для выхаживания недоношенных (2), соматического стационара (3), инфекционного стационара (4), неврологического стационара (5), другого дома ребенка (6), карантинного распределителя (7), дома (8), милиции (9), подкинут (10), другое* (11)	9	
Причины направления в дом ребенка: тяжелые материальные условия (1), мать в заключении (2), отец в заключении (3), ребенок-инвалид (4), проведение курса реабилитационного лечения (5), мать-одиночка (6), студентка (7), многодетная семья (8), мать находится в стационаре (9), мать в длительной командировке (10), отец - в армии (11), божж (12), беженцы (13), другое* (14)	10	
Сведения о родителях и других родственниках	№ стр	Фрагмент 3
Сведения о родителях нет (1), есть (2)	1	
Сведения о матери: Фамилия	2	
Имя	3	
Отчество	4	
Дата рождения	5	
Место рождения	6	
Национальность	7	
Работа, учеба (есть - 1, нет - 2)	8	
Место работы, учебы	9	
Профессия	10	
Сведения об отце: Фамилия	11	
Имя	12	
Отчество	13	
Дата рождения	14	
Место рождения	15	
Национальность	16	
Работа, учеба (есть - 1, нет - 2)	17	
Место работы, учебы	18	

Профессия	19	
Братья: возраст	20	
место нахождения	21	
возраст	22	
место нахождения	23	
возраст	24	
место нахождения	25	
Сестры: возраст	26	
место нахождения	27	
возраст	28	
место нахождения	29	
возраст	30	
место нахождения	31	
Вредные привычки матери: наркомания (1), токсикомания (2), алкоголизм (3), курение (4), другие* (5)	32	
Вредные привычки отца: наркомания (1), токсикомания (2), алкоголизм (3), курение (4), другие* (5)	33	
Анамнез заболеваний родителей	Н стр	Фрагмент 4
Нет сведений о заболеваниях матери (1), отца (2), отца и матери (3)	1	
Заболевания матери	2	
	3	
	4	
Заболевания отца	5	
	6	
	7	
Биологический анамнез	Н стр	Фрагмент 5
Сведения о биологическом анамнезе: есть (1), нет (2)	1	
Неблагополучие антенатального периода: нет (1), да* (2)	2	

Неблагополучие интранатального периода: нет (1), да* (2)	3	
Оценка по шкале АПГАР в баллах	4	
Гестационный возраст	5	
Вес при рождении	6	
Длина при рождении	7	
Заболевания периода новорожденности есть (1), нет (2)	8	
Заболевания периода новорожденности	9	
	10	
	11	
Перенесенные заболевания с момента рождения до момента заполнения карты (включая все острые заболевания) шифр по МКБ-1X	Н стро- ки	Фрагмент 6
Первый год жизни	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
Второй год жизни	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
Третий год жизни	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	

Четвертый год жизни	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
Профилактические прививки	№ стр	Фрагмент 7
БЦЖ: есть (проставить дату), нет (1)	1	
Причина медицинского отвода прививки (по МКБ)	2	
Срок отвода прививки в неделях	3	
Полиомиелит: есть (проставить дату), нет (1)	4	
Причина медицинского отвода прививки (по МКБ)	5	
Срок отвода прививки в неделях	6	
Коклюш, дифтерия, столбняк: есть (проставить дату), нет (1)	7	
Причина медицинского отвода прививки (по МКБ)	8	
Срок отвода прививки в неделях	9	
Паротит: есть (проставить дату), нет (1)	10	
Причина медицинского отвода прививки (по МКБ)	11	
Срок отвода прививки в неделях	12	
Корь: есть (проставить дату), нет (1)	13	
Причина медицинского отвода прививки (по МКБ)	14	
Срок отвода прививки в неделях	15	

" _____ " _____ 20____ г.

Подпись главного врача

Фамилия, телефон исполнителя

www.genlayn.ru

www.genlayn.ru

www.genlayn.ru