

Код по ОтКУД _____
Медицинская документация
форма N 025-5/у-88
утверждена Минздравом СССР
N 08-14/17-14 от 26.07.1988 г.

Дата постановки на учет _____
Шифр по МКБ _____
Группа зачета _____

М Ж

Министерство здравоохранения СССР

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

1. Ф.И.О. _____
2. Дата рождения _____ 3. Домашний адрес _____
4. Телефон дом. _____ сл. _____ 5. Семейное положение _____
6. Наличие детей _____ 7. Место работы (учебы) _____

(для неработающих указать: пенсионер, иждивенец, инвалид -
группа инвал. и причина)

8. Должность _____

I. ЛИСТ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Впервые устан. диагноз отм. +	Подпись врача

II. СИГНАЛЬНЫЕ ОТМЕТКИ

1. Аллергии _____
2. Сопутствующие заболевания _____
3. Судимости _____
(дата, срок, статья УК)
4. Принудительное лечение _____
(с _____ по _____, в ЛП, ИТУ, учрежд. здравоохран.-амб., стац.)
5. Увольнение по ст. 33 КЗОТ РСФСР _____
(и соотв. статей союзн. респ.) (дата)

6. Ограничение дееспособности _____
 (дата, сведения о попечителе)
7. Лишение родительских прав _____
8. Психозы _____
 (дата)
9. Рецидивы _____
 (дата)
10. Сведения о нарушении режима трезвости _____
 (дата, где и кем зафиксировано)
- _____
- _____
- _____
- _____

III. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МАРШРУТ

Дата	Место работы (учебы)	Должность	Изменения

IV. ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР НАРКОЛОГА

Дата _____ Время _____

Причина осмотра: _____ самостоятельное обращение; _____ направлен (а) милицией, администрацией, леч.- проф. учреждением, другие _____

(причина направления, кем доставлен)

ЖАЛОБЫ:

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС: Возраст - выглядит старше своих лет, моложе, соответственно возрасту. Телосложение - нормостеническое, астеническое, гиперстеническое (истощение, ожирение)

Кожные покровы: окраска _____; тургор _____;
 влажные, сухие; пигментация, депигментация _____
 (локализация)

высыпания _____
 (локализация, характер)

следы старых и свежих повреждений, инъекций _____
 (характер,

 локализация)

Состояние конъюнктивы: блеск глаз, гиперемия, слезотечение _____;
Состояние слизистых оболочек: влажные, сухие; наличие налета _____

(характер)

Состояние зубов: _____

Сердечно-сосудистая система. АД _____; _____; пульс _____
уд. в мин.; ритм - правильный, аритмия, экстрасистолия; тоны
сердца - звучные, приглушенные, глухие, акцент _____

Дыхательная система. Насморк, кашель, чихание, одышка (___ дых. в
мин.); хрипы сухие, влажные _____.

Желудочно-кишечный тракт. Тошнота, рвота, анорексия, запоры,
поносы; боли при пальпации живота _____

(локализация)

увеличение печени _____; селезенка - не пальпируется,
пальпируется.

Мочевыводящая система. Дизурические расстройства, поллакиурия,
полиурия, анурия.

Симптом Пастернацкого - отрицательный, положительный (справа,
слева).

Половая сфера. Выделения из половых путей _____;
снижение, повышение потенции, либидо _____

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Чувствительность: не нарушена, анестезия, гипо-, гиперестезия,
парестезия _____.

локализация

Двигательная сфера: не нарушена; парезы, параличи, расстройства
походки, координации _____

(характеристика)

Зрачки: в норме; миоз, мидриаз; реакция на свет (в норме, вялая,
отсутствует);

нистагм _____.

(характеристика)

Тремор: век, языка, пальцев рук. Подергивания лицевой
мускулатуры, судороги или подергивания мышц конечностей,
туловища; гипертонус, гиперрефлексия _____;

(локализация)

неточное выполнение координационных проб (пальце-носовой,
пяточно-коленной, указательной); неустойчивость в позе Ромберга;
смазанность речи, заикание, расстройство почерка. Дермографизм:
белый, красный.

Прочие сомато-неврологические нарушения.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:

(продолжение психического статуса)

АНАМНЕЗ СУБЪЕКТИВНЫЙ
(при первичном осмотре)

АНАМНЕЗ ОБЪЕКТИВНЫЙ

Дата _____

Диагноз: _____

Трудоспособность:

- сохранена;
- нетрудоспособен (а)

с _____ по _____

справка ф. 094/у N _____

напр.в. стационар _____

_____ путевка N _____

Группа учета _____

Явка _____

НАЗНАЧЕНИЯ:

Врач _____

V. ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР НАРКОЛОГА

Ф.И.О. _____ Адрес _____

Дата _____ Время _____

Явился (лась) _____ самостоятельно, _____ по вызову; _____ доставлен (а) _____

одственными, милицией, администрацией, др. _____

Причина осмотра: контрольная явка, рецидив, др. _____

ЖАЛОБЫ:

СОМАТО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Диагноз: _____

Трудоспособность: _____ НАЗНАЧЕНИЯ: _____

- сохранена; _____

- нетрудоспособен (а) _____

с _____ по _____ _____

справка ф. 094/у N _____ _____

напр.в. стационар _____ _____

_____ путевка N _____ _____

Группа учета _____ _____

Явка _____ _____

Врач _____

VI. ОСМОТР ПСИХОЛОГА
(первичный, повторный)

Дата _____

УМСТВЕННАЯ РАБОСПОСОБНОСТЬ И ПРОДУКТИВНОСТЬ:

АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА:

ВОЛЕВАЯ СФЕРА:

ЛИЧНОСТЬ И МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ:

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ:

ПОВЕДЕНИЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ:

УСТАНОВКА НА ЛЕЧЕНИЕ:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

РЕКОМЕНДАЦИИ: _____

Психолог _____

VII. ЭПИКРИЗ
(переводной, этапный, для ВКК)

Ф.И.О. больного _____

Состоит на учете по поводу _____

в _____ с _____ 19 ____ г.

(наименование леч. - проф. учреждения) (дата)

Проводилось лечение _____

Отношение к лечению и наблюдению: добросовестное, формальное; уклонение от лечения, от наблюдения.

Наличие сопутствующей патологии: _____

Индивидуальные особенности: _____

(оценка качества ремиссии)

СИГНАЛЬНЫЕ ОТМЕТКИ: _____

Динамика на фоне лечения: _____

Продолжительность ремиссии _____ Группа учета _____

РЕКОМЕНДАЦИИ: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

Дата _____ ВКК _____

_____ (должность) _____ (подпись)

VIII. ДАННЫЕ ПАТРОНАЖА

Дата	Краткие сведения о больном	Кем проведен патронаж	Подпись

IX. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Дата	Организация	Вид взаимодействия	Должность медработн.	Подпись

X. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Дата	Вид исследования	Результат (заключение)

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО
(форма N 025-5/y-88)

Медицинская карта амбулаторного наркологического больного является основным документом, отражающим состояние здоровья пациента, и заполняется на всех впервые обратившихся в данное лечебное учреждение.

Карта заполняется во всех наркологических учреждениях (подразделениях), где организован амбулаторный прием.

Замена уже имеющихся медицинских амбулаторных карт на новую форму не производится. Сведения о лицах, обратившихся для консультации, для лечения от курения табака, заносятся в "Журнал регистрации амбулаторных больных" (форма N 074/y).

Медицинская карта состоит из десяти разделов. Для V, VI, VII и VIII разделов предусмотрена возможность вклеивания вкладышей. По краю корешка карты возможна цветная маркировка.

I раздел - "Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов" в медицинской карте амбулаторного наркологического больного служит для краткого отражения динамики состояния пациента с момента его первого осмотра врачом психиатром-наркологом. В него вносится каждое наркологическое заболевание, либо случаи злоупотребления алкоголем или одурманивающими средствами без признаков сформировавшегося заболевания, послужившие причиной обращения пациента в данное учреждение в отчетном году.

Заболевание (злоупотребление без признаков заболевания), обнаруженное у пациента впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается знаком "+" (плюс). Заболевания, которые могут возникнуть заново несколько раз в течение года (психозы), каждый раз считаются впервые выявленными и отмечаются знаком "+" (плюс).

Хроническое заболевание, с которым больной обращался в предыдущие годы, в отчетном году вновь вносится в "Лист", но со знаком "-" (минус).

В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом обращении пациента, в разделе IV записывается предполагаемый диагноз, а в I раздел вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

В случаях, когда поставленный и записанный в I раздел диагноз является ошибочным, он зачеркивается, и вписывается новый правильный диагноз без изменения даты.

II раздел - "Сигнальные отметка" заполняется как во время первого осмотра пациента, так и в дальнейшем, по мере поступления информации. В пункте 10 данного раздела "Сведения о нарушении режима трезвости" указываются данные, полученные из медвытрезвителя, отделений милиции, с места работы (учебы) или жительства пациента, из лечебно-профилактических учреждений, ГАИ (если пациент имеет водительские

права); в этом же пункте делается отметка о лишении водительских прав с указанием срока лишения.

III раздел - "Профессиональный маршрут" - первая запись вносится во время первичного заполнения карты. В дальнейшем отражается динамика за весь период наблюдения. В графе "Изменения" указывается дата прекращения работы (учебы) и причина (увольнение - с указанием причины; перевод на другую работу; окончание учебного заведения; отчисление из учебного заведения - с указанием причины). Во всех последующих строках данного раздела в 1-й графе указывается дата начала работы (учебы) на новом месте или в новой должности в том же учреждении (предприятии).

IV раздел - "Первичный осмотр нарколога" - указывается время и дата осмотра и его причина. Если пациент направлен официальной организацией, в тексте подчеркивается - какой именно и указывается причина направления. Если имеются сопровождающие, указывается - кто именно. Отражается субъективный анамнез и, по возможности, объективный. Если при первичном осмотре нет возможности собрать объективный анамнез, он вписывается позднее с указанием даты.

V раздел - "Повторный осмотр нарколога" - Ф.И.О. и адрес указываются, если по каким-либо причинам в момент осмотра у врача нет амбулаторной карты пациента. В типографском тексте подчеркиваются условия явки (самостоятельно, по вызову и т.п.) и причина осмотра. В статусах указывается динамика состояния с момента предыдущего осмотра.

VI раздел - "Осмотр психолога" - заполняется психологом данного наркологического учреждения, либо консультантом, на основании проведенного психологического обследования.

VII раздел - "Эпикриз" - заполняется врачом психиатром-наркологом и заверяется подписями членов ВКК.

По мере необходимости вклеиваются вкладыши. Эпикриз заполняется при переводе пациента в следующую группу диспансерного учета и снятии с учета - этапный; при передаче под наблюдение в другое наркологическое учреждение (подразделение) - переводной; при представлении карты на врачебную комиссию - для ВКК.

VIII раздел - "Данные патронажа" - заполняется средними медицинскими работниками, проводившими патронаж пациента на дому. Указывается дата патронажа, должность проводившего патронаж. Не допускается запись в графе "Краткие сведения о больном, его поведении" формулировок типа "Больного не было дома".

Возможно вклеивание вкладышей.

IX раздел - "Взаимодействие с другими организациями" - заполняется врачом психиатром - наркологом или средними медицинскими работниками, контактировавшими с другими организациями лично или письменно по вопросам, касающимся данного пациента. Указываются: дата встречи или отправки письменного сообщения; организация, с которой осуществляется взаимодействие; вид взаимодействия - сверка списков с горрайорганом внутренних дел, ответ на запрос, вызов больного через отделение милиции, присутствие на заседаниях комиссий, народного суда,

общественных организаций и т.п.; должность, фамилия и подпись медработника, осуществившего взаимодействие.

X раздел - "Результаты диагностических исследований и консультаций специалистов" - возможны как запись данных, так и их подклейка.

Внутренняя часть задней обложки карты может быть оформлена в виде "кармана", либо использована для подклеивания выписок из других наркологических учреждений, запросов, извещений из ЛТП и т.д.

Начальник Отдела наркологии и
психиатрии Главного управления
лечебно-профилактической помощи
Минздрава СССР
В.Ф.ЕГОРОВ

www.genlayn.ru