УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФОРМА**

**направления на госпитализацию в стационары фтизиатрического профиля Новосибирской области**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Направление на госпитализацию** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Пациент (Фамилия, Имя, Отчество при наличии) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата рождения (число, месяц, год) | | | | | | |  | | | | | |
| СНИЛС | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес проживания | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес регистрации | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место работы, должность, профессия | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Находился на обследовании и лечении | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диагноз при направлении (основной, осложнения, сопутствующий): | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Анамнез заболевания (с указанием цели госпитализации) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Регистрационный номер ФРБТ | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата ЦВКК и решение | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Эпидемиологический анамнез: | | | | | | | Ранее туберкулезом не болел/болел. Туб. контакт не выявлен/выявлен. При известном туб. контакте указать ФИО контактного, клиническую форму ТБ, спектр ЛУ МБТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Предыдущее ФЛГ обследование без патологии от:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Жалобы и объективный статус на момент направления на госпитализацию:**  **Данные проведённого обследования** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Группа крови | | | | О (I) А(II) В (III) АВ (IV)  Rh – положительный/отрицательный | | | | | | | | | | | | | | | Hbs Ag (дата, результат) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Р. Вассермана (дата, результат) | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | HCV cум (дата, результат) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Анамнез по ВИЧ – инфекции (дата, результат):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата постановки на учет: Иммуноблот N \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата начала АРВТ: \_\_\_\_\_\_\_. Ранее проводимая АРВТ (препараты, дозы): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прием регулярно/нерегулярно. Переносимость АРВТ: удовлетворительная/неудовлетворительная. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата исследования | | | | | | | | | | | Вирусная нагрузка | | | | | | | | | | Уровень CD4+ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Клинический анализ крови при направлении от:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Эр. (х1012/л) | Гем.  (г/дл) | | | | | | Лейк. (х109/л) | | | | | П (%) | | С (%) | | | Tr (%) | | | Э (%) | | | | Б (%) | | | | Л (%) | | | М (%) | | | | | СОЭ (мм/ч) |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
| **Общий анализ мочи при направлении от:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Реакция | | | | Отн. плотность | | | | | Белок | | | | | | | Глюкоза | | | Эритроциты | | | | | | | Лейкоциты | | | | Соли | | | | | Бактерии | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |
| **Биохимические показатели крови при направлении от:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Глюкоза (мМоль/л) | | | Общий белок (г/л) | | | Креатинин (мкМоль/л) | | | | | | | Мочевина (мМоль/л) | | | СКФ | | | Бил-бин общий (мкМоль/л) | | | | Бил-бин прямой (мкМоль/л) | | | | | | АЛТ (ЕД/л) | | | | АСТ (ЕД/л) | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| Калий крови | | | Мочевая кислота | | | Альбумин | | | | | | | СРБ | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| **Микробиологические результаты исследования** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| номер | | материал | | | Бактериоскопия (Ц-Н) | | | ЛМ | | **МГМ** | | | | | | | | **ЖПС** | | | | | | | | | **ППС** | | | | | | | | | | |
| результат | | | | | ЛУ | | | результат | | | | ЛУ | | | | | результат | | | | | | | ЛУ | | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| **Результаты иммунологических методов обследования** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диаскинтест (дата, результат) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IGRA тесты (дата, результат) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Результаты рентгенологического обследования** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Обзорная рентгенограмма + линейные томограммы (срезы см.) от\_\_\_\_\_\_\_\_/ МСКТ ОГК от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Рентгенологическое заключение: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ЭКГ от:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Спирометрия от:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **УЗИ органов брюшной полости от:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ФБС от:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ФГДС от:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Консультации специалистов:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Объём проведённой специфической терапии (вес пациента - ). Лечение не проводилось:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Режим и дата его назначения | | | | | | Фаза | | | | | | | | | | Схема  (с указанием суточной дозы) | | | | | | | | | | | | | Количество принятых доз | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Побочные реакции противотуберкулёзных и др. препаратов** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Препарат | | | | | | Побочная реакция и дата возникновения | | | | | | | | | | Проведённые мероприятия | | | | | | | | | | | | | Результат | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Патогенетическая и симптоматическая терапия:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Результаты обследования и лечения:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Рекомендации:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Первичный листок нетрудоспособности с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Всего\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней.  При выписке выдан на руки ЭЛН №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с\_\_ по\_\_\_\_ с отметкой «продолжает болеть»/ «закрыт»/ «нарушение режима».  За период наблюдения и лечения нарушение режима не зарегистрировано/зарегистрировано. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Инвалидом не признан/признан инвалидом \_\_\_группы. Дата переосвидетельствование на МСЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Явка на дальнейшее место наблюдения и лечения:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.  Лечащий врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заведующий отделением ((Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| С данными направления на госпитализацию ознакомлен. О дате явки на госпитализацию в стационар извещён.  Претензий к проведённым медицинским мероприятиям в отношении меня и медицинскому персоналу не имею.  «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года  Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Прилагаются документы:

Срок актуальности общеклинических анализов не менее 14 дней.

Форма ТБ-01

ЭЛН

Рентген архив

Протокол ЦВКК

Выписки из других стационаров

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_