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\_\_\_ годаПациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Прилагаются документы:

Срок актуальности общеклинических анализов не менее 14 дней.

Форма ТБ-01

ЭЛН

Рентген архив

Протокол ЦВКК

Выписки из других стационаров

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