



Министерство здравоохранения
Республики Карелия

ПРИКАЗ

г. Петрозаводск

«08» ноября 2018 года

№ 1612

Об утверждении учетной формы №025-1/у «Талон амбулаторного
пациента»

В целях унификации учета и полноты сведений, представляемых медицинскими организациями Республики Карелия, ведущими амбулаторно-поликлинический прием пациентов, а также для обеспечения персонифицированного учета и формирования государственной статистической отчетности, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить модифицированную учетную форму № 025-1/у "Талон амбулаторного пациента" на территории Республики Карелия (приложение 1).
2. Учетную форму № 025-1/у "Талон амбулаторного пациента" ввести в действие с 1 января 2019 года.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на И.о. Первого заместителя Министра Е.Т.Кузьмичеву.

И.о. Министра

С.В. Седлецкий

Наименование медицинской организации

Медицинская документация
Учетная форма № 025-1/у
Утверждена приказом Минздрава
Республики Карелия
от «_» ноября 2018 г. №

Адрес медицинской организации

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, №

1. Дата открытия талона: число _____ месяц _____ год _____ 2. Код категории льготы _____ 3. Действует до _____

4. Страховой полис ОМС: серия _____ № _____ 5. СМО _____ 6. СНИЛС _____

7. Фамилия _____ 8. Имя _____ 9. Отчество _____ 10. Пол: муж. - 1, жен. - 2 _____ серия _____ № _____

11. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ 9. Документ, удостоверяющий личность _____ район _____ город _____

12. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

13. Местность: городская - 1, сельская - 2 _____

14. Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6 _____

15. Место работы, должность (для детей: дошкольник: организован, неорганизован; школьник) _____

16. Инвалидность: установлена впервые - 1, повторно - 2 _____ 17. Группа инвалидности: I - 1, II - 2, III - 3 _____ 18. Инвалид с детства: да - 1, нет - 2 _____

19. Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь - 1, первичная врачебная медико-санитарная помощь - 2, первичная специализированная медико-санитарная помощь - 3, паллиативная медицинская помощь - 4

20. Место обращения (посещения): поликлиника - 1, на дому - 2, центр здоровья - 3, иные медицинские организации - 4

21. Посещения: по заболеваниям (коды А00 - Т98) - 1, из них: по заболеванию - 1.0; в неотложной форме - 1.1; активное посещение - 1.2; диспансерное наблюдение - 1.3; с профилактической и иными целями (коды Z00 - Z99) - 2; медицинский осмотр - 2.1; диспансеризация - 2.2; комплексное обследование - 2.3; паллиативная медицинская помощь - 2.4; патронаж - 2.5; другие обстоятельства - 2.6.

22. Обращение (цель): по заболеванию (коды А00 - Т98) - 3.0, с профилактической целью (коды Z00 - Z99) - 3.1.

23. Обращение (законченный случай лечения): да - 1; нет - 2 _____ 24. Обращение: первичное - 1, повторное - 2 _____

25.1 Исход обращения: выздоровление - 301, ремиссия - 302, улучшение - 303, без перемен - 304, ухудшение - 305, осмотр - 306.

25.2 Результат: лечение завершено - 301; лечение прервано по инициативе пациента - 302; лечение прервано по инициативе ЛПУ - 303; лечение продолжено - 304; направлен на госпитализацию - 305; направлен в дневной стационар - 306; направлен в стационар на дому - 307; направлен на консультацию - 308; направлен на консультацию в др. ЛПУ - 309; направлен в реабилитационное отделение - 310; направлен на санитарно-курортное лечение - 311; проведена дополнительная диспансеризация - 312, констатация факта смерти - 313; динамическое наблюдение - 314; направлен на обследование - 315.

26. Оплата за счет: ОМС - 1; бюджета - 2; личных средств - 3; ДМС - 4; иных источников, разрешенных законодательством - 5.

27. Даты посещений (число, месяц, год):					

оборотная сторона формы № 025-1/у

28. Диагноз предварительный _____ код по МКБ-10 _____
29. Внешняя причина _____ код по МКБ-10 _____
30. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____ код _____
Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____ код _____
31. Медицинская услуга _____ код _____
Медицинская услуга _____ код _____

32. Диагноз заключительный _____ код по МКБ-10 _____
33. Внешняя причина _____ код по МКБ-10 _____
34. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
35. Заболевание: острое (+) - 1; впервые в жизни установленное хроническое (+) - 2; ранее установленное хроническое (-) - 3.
36. Диспансерное наблюдение: состоит - 1; взят - 2, снят - 3, из них: с выздоровлением - 4, со смертью - 5, по другим причинам - 6.
37. Травма: производственная - 1; транспортная - 2, из нее: ДТП - 2.1; спортивная - 3; уличная - 4; сельскохозяйственная - 5; прочая - 6.

38. Операция: _____ код _____
39. Анестезия: общая - 1; местная - 2 40. Операция проведена с использованием аппаратуры: лазерной - 1; криогенной - 2; эндоскопической - 3; рентгеновской - 4 41. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____ код _____
42. Манипуляции, исследования: _____ кол-во _____ код _____
_____ кол-во _____ код _____
43. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____ код _____

44. Рецепты на лекарственные препараты:

Дата	Рецепт		Лекарственный препарат	льгота (%)	Лек. форма	Доза	Кол-во	код МКБ-10	Код врача
	серия	номер							

45. Документ о временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности - 1; справка - 2. 46. Повод выдачи: заболевание - 1; уход за больным членом семьи - 2 (Ф.И.О. _____); в связи с карантинном - 3; на период санаторно-курортного лечения - 4; по беременности и родам - 5; по прерыванию беременности - 6 47. Дата выдачи: число _____ месяц _____ год _____
48. Даты продления: _____ число _____ месяц _____ год _____
49. Дата закрытия документа о временной нетрудоспособности: число _____ месяц _____ год _____
50. Дата закрытия талона число _____ месяц _____ год _____ 51. Врач (Ф.И.О., подпись) _____