

Об утверждении формы индивидуального дневника для заполнения частными медицинскими организациями при реализации пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности

Приказ · № 229н · от 24.03.2020 · Министерство здравоохранения · Действует без изменений

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

24 марта 2020 г. № 229н

Об утверждении формы индивидуального дневника для заполнения частными медицинскими организациями при реализации пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности

Зарегистрирован Минюстом России 17 июня 2020 г.

Регистрационный № 58672

В соответствии с пунктом 6 Правил реализации в субъектах Российской Федерации пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2019 г. № 1915 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, № 1, ст. 99), приказываю:

Утвердить форму индивидуального дневника для заполнения частными медицинскими организациями при реализации пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности, согласно приложению.

Министр М.А.Мурашко

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 24 марта 2020 г. № 229н

Форма

Индивидуальный дневник

Название частной медицинской организации: _____

Адрес: _____

Дата заполнения индивидуального дневника: число _____ месяц _____ год _____

Фамилия имя, отчество (при наличии) пациента: _____

Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

Диагноз: _____

Дата начала диспансерного наблюдения

Диагноз

Код по МКБ

Рост: _____ Вес: _____

Жалобы: _____

Объективно:

Сознание: _____ Температура тела: _____ °С Уровень глюкозы крови: _____ ммоль/л

Кожные покровы: _____

Костно-мышечная система: _____

Система органов дыхания: ЧД _____

Система органов кровообращения: _____

АД: _____ / _____ мм рт. ст. ЧСС: _____ уд/мин. Ритм: правильный/неправильный

Система органов пищеварения: _____

Стул: _____

Мочевыделительная система: _____

Диурез: _____ мл

Неврологический статус: _____

Эндокринная система: _____

Применение лекарственных препаратов (в случае назначения врачом медицинской организации):

Наименование лекарственного препарата

Доза

Кратность

Путь введения

Исполнение (дата, подпись)

Проведение медицинских манипуляций (в случае назначения врачом медицинской организации):

Наименование медицинской манипуляции

Назначение

Исполнение

уход за уретральным катетером

уход за наложенной стомой

обработка пролежней

забор крови

забор мочи

Заключение:

Подпись медицинского работника: _____

Передано в _____ дата _____
(наименование медицинской организации)