

**Отчётные формы
действующие
в медицинских организациях,
оказывающих медицинскую помощь
пациентам в амбулаторных и
стационарных условиях**

Отчетные формы

- **Форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»**
- **Форма №30 «Сведения о медицинской организации»**
- **Форма №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»**
- **Форма №14ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций»**
- **Форма № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями»**
- **Форма №34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями»**

Приказ Минздрава России от 23.01.2015 N 10

- "Об отмене приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 августа 2003 г. N 403 "Об утверждении и введении в действие учетной формы N 089/у-кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки"



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

02 MAR 2015

№ 13-2/25

На № _____ от _____

Руководителям
органов исполнительной власти
субъектов Российской Федерации в
сфере здравоохранения

Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения в связи с отменой приказа Минздрава Российской Федерации от 12 августа 2003г. № 403 «Об утверждении и введении в действие учетной формы № 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки» для проведения мониторинга эпидемиологической ситуации по вышеуказанным заболеваниям, а также для обеспечения взаимодействия с территориальными органами Роспотребнадзора, рекомендует до утверждения новой учетной формы № 089/у-кв использовать в работе форму Извещения, согласно приложению. Приложение: на 2 л. в 1 экз.

Директор Департамента

Е. П. Какорина

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма №089 / у-кв
Утверждена Минздравом России

Извещение о больном с вновь установленным диагнозом:
сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной
герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки

1. Ф.И.О. или код больного _____
 2. Пол: м , ж 3. Дата рождения
 4. Место постоянной регистрации (населенный пункт, улица, дом) _____
 5. Место временной регистрации (фактического проживания): _____
 6. Житель: города , села
 7. Категория больного: житель данного субъекта РФ , другого субъекта РФ , СНГ ,
иностранец , БИЖ , контингент ФСИН
 8. Социальная группа: работающий , неработающий , дошкольник , учащийся ,
студент , пенсионер , военнослужащий
 9. Диагноз _____ Реинфекция: да нет Код МКБ-Х _____
 10. Лабораторное подтверждение: 1: КСР , РМП , РПР , РПГА , ИФА ,
РИФ , РИБТ , ТПМ , иммуноблот ; бактериоскопическое , бактериологическое ,
молекулярно-биологическое , другое (вписать)
 11. Выявленный возбудитель _____
 12. Путь передачи: половой , в т.ч. при сексуальном насилии , бытовой ,
трансплацентарный , неуточненный
 13. Место выявления заболевания: медицинская организация государственной формы собственности:
КВУ , из них анонимно , амбулаторно-поликлиническое учреждение (указать
специалиста) _____ женская консультация , стационар
(указать профиль койки) _____, другое (вписать)
_____, медицинская организация другой формы собственности
 14. Обстоятельства выявления: а) самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому)
_____, в т.ч. по контакту ;
б) выявлено специалистом: как контакт больного , донор , при медицинских осмотрах
во время родов , другие обстоятельства (вписать)
 15. Срок беременности: I триместр - , II триместр - , III триместр -
 16. Детское учреждение (для детей) _____
 17. Дата установления диагноза:
- Ф.И.О. врача _____ Подпись и печать врача _____

**Форма №9 СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ИНФЕКЦИЯМИ,
ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВОМ ПУТЕМ
и ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ**

**Форма №34 «СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ИНФЕКЦИЯМИ,
ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВОМ ПУТЕМ
и ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ»**

**Отчетные формы представляются в виде сканера со
всеми подписями и правильно оформленном виде, а
также:**

**Эпидрасследование и анкеты на врожденный и детский
сифилис 0-14 лет;**



- **Дополнения , которые необходимо предоставить к формам**

Форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»

К данной форме необходимо предоставить:

- сканер по разделу «болезни кожи и подкожной клетчатке» т. 1000 строки 13,0 – 13,6, т.2000, т. 3000,
- приложить объяснение где наблюдаются дети с псориазом.

-
- Отдельной строкой дать сведения о числе зарегистрированных заболеваний всего «розацеа» и с впервые в жизни установленным DS

Форма №30 «Сведения о медицинской организации» предоставить **сканер по койкам и их работе** т. 3100 строки 13-14

Форма № 9 и № 34

Сопоставить данные таблиц: форма №9 т. 2005 стр. 1 гр.5 и т. 2200 гр. 11 стр.1 – предоставить объяснения по их разнице



-



Форма №34 т. 2400 стр1 гр. 3 – 8

- показать число беременных женщин с вновь установленным DS прибывших или ранее проживавших в республиках СНГ

Спасибо за внимание !