

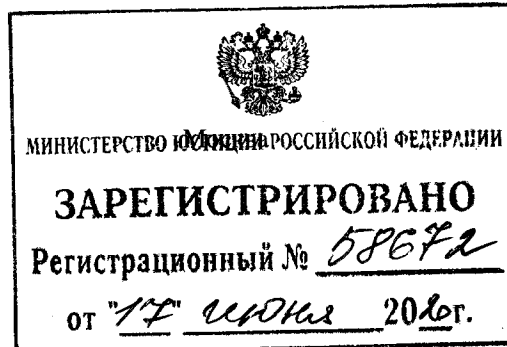


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

П Р И К А З

24 марта 2020г.

№ 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**

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), п р и к а з ы в а ю:

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. № 2294

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)