

„История на заболяването“		ОТДЕЛЕНИЕ:	СТАЯ №
Лечебно заведение		ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:	ЛЕГЛО №
РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение		СЛУЖЕБНО НАЗНАЧЕН ЛЕКУВАЩ ЛЕКАР:	
Гр. ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО №			
ВАЖНО! Алергичен към:		КРЪВНА ГРУПА Rh	Диета: Хранителен режим
Пациент			
РЗОК No. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента		Пол М/Ж	
Идентификационен номер		код на държава	
☐ ЕГН ☐ ЛНЧ ☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)		дата на раждане	
Име		Възраст	
презиме и фамилия по лична карта			
Образование.....			
Месторабота.....			
Професия (длъжност).....			
Местоживеење Гр. (с) Обл.			
Адрес: Ул..... №..... ж. к. бл..... вх..... ап..... тел.....			
Семейно положение.....			
Гржданство.....			
Адрес на близките:..... телефон.....			
Лице за контакт:..... Подпис на пациента:.....			
НАСОЧЕН КЪМ СТАЦИОНАРА ОТ:			
1 - ОПЛ, 2 - специалист, 3 - болница, 4 - спешна помощ, 5 - друго			
УИН на лекаря/ЛПГ на лекаря по дентална медицина			
ПРИЧИНА ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:			
☐ Лечение ☐ Изследване ☐ Експертиза ☐ Социални индикации ☐ Друго:.....			
ДИАГНОЗА			
Изпращащо заведение..... МКБ 10			
Приеман кабинет..... МКБ 10			
Клинична:			
А) предварителна.....			
Б) окончателна.....			
Усложнения:.....			
Придружаващи заболявания.....			
ИЗПРАТЕН "ПО СПЕШНОСТ"			
степен на тежест на състоянието			
Постъпил: ден месец година час минути			
Изписан: ден месец година час минути			
Преведен: ден месец година час минути			
спешен прием ☐ до 6 часа ☐ от 6 до 24 часа ☐ след 24 часа ☐ планов прием			
Източник на финансиране			
бюджет ☐ НЗОК ☐ ДЗОФ ☐ пациент			
Пролегани дни: ☐			
ИЗХОД ОТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА			
Болният е:			
☐ оздравял ☐ с подобрение ☐ без промяна ☐ с влошаване			
починал: ☐ аутопсиран: ☐			
ден месец година час минути ден месец година час минути			
РАБОТОСПОСОБНОСТ:			
☐ възстановена ☐ трайно намалена: ☐ насочен към ТЕЛК			
☐ временно изгубена – отпуск: ☐ частично ☐ пълно			
Болничен лист № дни при изписването дни			
СЛЕД ИЗПИСВАНЕТО БОЛНИЯТ Е НАСОЧЕН ЗА ЛЕЧЕНИЕ:			
☐ амбулаторно:			
☐ болнично:			
☐ санаториално:			
☐ друго:			
Лекуващ лекар:.....		Зав. отделение:.....	
фамилия, подпис		фамилия, подпис	

Медицинският документ "История на заболяването" е съпътстваща лечебно-диагностичният процес документация за всеки пациент постъпил в лечебно заведение за болнична помощ.

Този документ се попълва за всеки преминал през стационара пациент, включително и за всяко новородено дете, освен в случаите определени в НРД.

„Историята на заболяването“ (а при раждащи жени и новородени „История на бременността“ и „История на новороденото“) представлява утвърден от МЗ образец (бл. МЗ-100), който се състои от няколко важни части:

Състои се от: Паспортна част, Анамнеза; Обективен статус; Decursus morbi (развитие на болестта); Изход от лечението/препоръки.

Документът се попълва ясно и четливо, при приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение. След напускане на лечебното заведение Историята на заболяване се архивира и съхранява съгласно законно установеният срок.

Част I.

Блок "История на заболяването"

- На ИЗ се поставя номер от общо болничният журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- Вписва се името на лечебното заведение в което постъпва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационният номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема пациента, стая №, легло №, както и името на лекуващият лекар.

Блок "Важно" - вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.) по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне. Диета и хранителен режим се попълва ако пациента има такава.

Блок "Пациент" – Паспортна част

Този блок се попълва от медицинската сестра от приемното отделение или регистратора, като данните се взимат от документ за самоличност:

- № РЗОК и № здравен район по местоживее – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
- идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СЧН);
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- възраст, навършени години;
- име, презиме, фамилия по лична карта;
- образование;
- месторабота;
- професия (длъжност);
- местоживее;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- семейно положение;
- гражданство;
- адрес на близките – попълва се името, телефон за контакт и/или адрес;
- лице за контакт – попълва се името, телефон за контакт;
- подпис на пациента, че е съгласен да се контактува с лицето посочено за контакт.

Блок "Насочен към стационара"

Отбелязва се с "X" един от възможните варианти. Както и регистрационният номер на изпращащият лекар, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“. Отбелязва се с "X" и причината за хоспитализация.

Блок "Диагноза"

В този блок се попълват диагнозите:

- „Изпращащо заведение“ – попълва се диагнозата, с която пациента е изпратен за хоспитализация, посочва се и МКБ кодът;

- Приеман кабинет – попълва се диагнозата, определена от лекаря, който е приел пациента в консултативен кабинет отбелязва се и МКБ кода;

- Клинична:

- А) предварителна – съпада с приемната;
- Б) окончателна – попълва се при изписване на пациента, съпада с тази отразена в Еликризата, вписва се и МКБ кодът
- Усложнения – отбелязват се, ако има такива, както и МКБ кода;
- Придружаващи заболявания – отбелязва се наличието на придружаващи заболявания, както и МКБ кодовете;

Диагнозите се изписват без съкращения.

Блок "Изпратен по Спешност"

Попълват се всички полета.

- „Вида прием“ – задължително се отбелязва спешен или планов прием;
- Степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

II СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

III СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежачо положение.

IV СТЕПЕН

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ДЕЦА ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Деца от една до три годишна възраст без отклонения в общото развитие. Включва къпане, хранене до 4 пъти в денонощие, преповиване до 3 пъти в денонощие или поставяне на гърне/водене до тоалетна, поставяне в легло и приспиване, раздвижване - пасивно и активно. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до два пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при изхождане по нужда, раздвижване или приспиване по обичаен начин. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 4-6 пъти в денонощие. Поддържане на инфузионно лечение до два пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко нарушено състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването/висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотвявания, кървене и при промяна на положението в леглото, пасивното и активно раздвижване поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

В това състояние детето е напълно зависимо, транспортабилно при специални изисквания, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

Поради много тежко нарушено състояние към грижите за трета степен могат да се добавят продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

Новородени и кърмачета без отклонения от нормата. Включва къпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотвявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувьоз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

- Изминало време в часове от началото на заболяването до постъпването в болнично лечебно заведение – отбелязва се с "Х" в съответното квадратче само при спешните случаи на хоспитализация.

- „Постъпил“ - дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата. При новородено полетата "Дата на приемане" и "Час на приемане" съвпадат с раждането.

- „Изписан“ - дата и час на изписване;

- „Преведен“ – час и дата (изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира: в ИЗ, в част IV на „Направление за хоспитализация“ и в епикризата);

- Отбелязва се кой финансира лечението – бюджет, НЗОК, доброволен ЗОФ или пациентът;

- Посочват се и пролежаните дни в ЛЗ.

-

Блок "Изход от хоспитализацията"

В този блок се отбелязва с "Х" в съответното квадратче, изхода от хоспитализацията:

- Оздравял;

- С подобрение;

- Без промяна;

- С влошаване;

- Починал – посочва се дата, месец, година, час и минути;
- Аутопсиран - посочва се дата, месец, година, час и минути.

Блок “Трудоспособност”

В този блок се отбелязва с “X” в съответното квадратче, трудоспособността (като, ако пациента е пенсионер, не се попълва):

- Възстановена;
- Временно изгубена – когато се издава болничен лист се вписва номера му, както и дните до постъпването и при изписването;
- Изгубена трудоспособност – отбелязва се частично или пълно
- Насочен към ТЕЛК.

Блок “След изписването болният е насочен за лечение”

В този блок се отбелязва с “X” в съответното квадратче, насочен ли е пациента за лечение:

- Амбулаторно;
- Болнично;
- Санаториално;
- Друго.

Блок “Валидиране на документа”

- Лекуващият лекар задължително написват фамилията си и се подписват на документа с което удостоверяват, че посочените в медицинската документация данни са верни;
- Завеждащият отделение удостоверява верността на документацията с фамилията и подписа си.

Стр. 2

Анамнеза

Вписва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;

Вписва се името на лекаря снет анамнезата, дата, час и подпис;

Анамнезата се вписва в свободен текст.

Стр. 3.

Общ статус

Вписва се името на лекаря снет статуса, дата, час и подпис.

Описва се в свободен текст:

1. Общо състояние на пациента (вид, положение, подвижност и други):
 - a. Дихателна система;
 - b. Сърдечно-съдова система;
 - c. Други системи.
2. Специфичен статус;
3. Допълнителни данни, взети от други документи от предшестващо лечение, прегледи и изследвания.

Стр.4

Диагностично-лечебен план:

Вписва се в свободен текст

1. Вероятна диагноза (добавят се данни от оценъчни скали, ако има такива по съответните медицински стандарти и правила за добра практика);
2. Диференциални диагнози;
3. Необходими изследвания, консултации и други;
4. Проблеми за изясняване (диагностични, лечебни, експертизни и други);
5. Синдроми и симптоми, налагащи динамично следене в декурзуса;
6. Прогноза;
7. Срок на лечение (ориентиран);
8. Име на лекуващия лекар съставил диагностично-лечебния план и подпис;
9. Име на началник клиника (отделение) и подпис;
10. Дата и част на определяне на ДЛП.

Стр. 5, 6 и 7

Лист за лабораторни изследвания

Вписват се получените данни или се прибавят съответните медицински документи, свързани с тези изследвания, които съдържат дата на изследването и съответните резултати:

1. Кръвна картина;
2. Урина;
3. Хемостаза;
4. Други изследвания:
 - a. Стомашен сок;
 - b. Жлъчка;
 - c. Изпражнения;
 - d. Пунктати;
 - e. Гръбначно-мозъчна течност;
 - f. Храчки;
 - g. Псевдо-хоммокултурни пунктати, пращи и други;
 - h. Кръвна захар;
 - i. Протеинограма;
 - j. Мастна обмяна;
 - k. Чернодробен клирънс;
 - l. Бъбречен клирънс;
 - m. Други биохимични изследвания

- п. Минерална обмяна;
- о. Ензимна (в международни единици);
- р. Хормони;
- q. Билогични проби;
- г. Кръвнозахарен профил;
- s. Обременяване с глюкоза;
- t. Алергологични проби;
- и. Други изследвания.

Стр. 8

Образни изследвания

Вписват се получените данни или се прибавят съответните медицински документи, свързани с тези изследвания, които съдържат дата на изследването и съответните резултати (разчитания) и от кого са разчетени.

Стр. 9

Процедури:

1. Вписва се вида на процедурата по кодове МКБ 9 и КСМП.

Процедури:	МКБ 9 □□.□□	КСМП □□□□□-□□
.....	МКБ 9 □□.□□	КСМП □□□□□-□□
.....	МКБ 9 □□.□□	КСМП □□□□□-□□
.....	МКБ 9 □□.□□	КСМП □□□□□-□□
.....	МКБ 9 □□.□□	КСМП □□□□□-□□

2. От кого е назначена и подпис на назначилия лекар, дата;

3. От кого е извършена, дата и подпис на извършилия процедурата;

4. Ползван консуматив по вид.

Могат да се прибавят съответните медицински документи, свързани с тези процедури, които съдържат дата на поцедурата и данни за лекаря, който я е извършил с подпис.

Стр. 10 и следващи (колкото са необходими)

Ход на болестта (декурзус):

Описва се в свободен текст, но съдържа следните атрибути:

1. Дата и час;

2. Наблюдение върху състоянието на болния;

3. Специфични симптоми и синдроми изискващи допълнително наблюдение и отчитане;

4. Лечение и препоръки (проведаното лечение се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;

5. Режим, храна, бельо, къпане и други.

След всяко вписване трябва да има име на лекаря и подпис.

Последна страница

Съдържа следните атрибути

1. Изход от лечението (обобщено) – описва се със свободен текст

2. Препоръки – описват се в свободен текст

3. Издадена епикриза – дата и част на връчване на пациента

4. Планирани консултативни прегледи от лекуващия лекар – вписват се датата, часа и консултацията, които се отразяват и в епикризата.

Подписва се от лекуващия лекар и от Началник клиника(отделение)

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на заболяването“ и са неотделима част от самото ИЗ. При приключването на ИЗ се прави опис на всички добавени документи, който се заверява от лекуващия лекар и началник клиника (отделение) със съответния подпис и дата.

„История на бременността и раждането“

..... Лечебно заведение		ОТДЕЛЕНИЕ:		СТАЯ №	
РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение		СЛУЖЕБНО ОПРЕДЕЛЕН ЛЕКУВАЩ ЛЕКАР:		ЛЕГЛО №	
ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО		№ №			

ВАЖНО! Алергичен към:	КРЪВНА ГРУПА Rh	Диета: Хранителен режим
---------------------------------	---------------------------	-----------------------------------

Пациент
 РЗОК No. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента

 Идентификационен номер код на държава

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ
☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

дата на раждане

Име
 презиме и фамилия по лична карта

 Образование
 Месторабота
 Професия (длъжност)
 Местоживееие гр.(с) Обл. бп. вх. ап. тел.
 Адрес: ул. № ж.к.
 Семейно положение
 Гражданство
 Адрес на близките: телефон
 Лице за контакт Подпис на пациента:

 НАСОЧЕНА КЪМ СТАЦИОНАРА ОТ: ☐
 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 - спешна помощ, 5 – друго УИН на лекаря/

 Била под наблюдение на ЖК: ☐ Да ☐ Не Къде: Да се настани в отделение (клиника):

ДИАГНОЗА

 На приемащ лекар (пълна) МКБ 10

 Приемащ лекар (фамилия, подпис):
 Клинична

 А) предварителна МКБ 10

 Б) окончателна МКБ 10

 Усложнения на бременността: МКБ 10

 Придружаващи заболявания: МКБ 10

Наследственост от страна на:					Кръвна група.....Rh.....					
Майката.....										
Коя по ред бременност					Усложнения на бременността.....					
първа; втора и т.н.										
Кое по ред раждане					Продължителност – общо		I период		II период	
първо; второ и т.н.					часа		часа		часа	
Механизъм на раждането:					МКБ 10					
Усложнения:					МКБ 10					
Оперативни процедури:					МКБ 9		КСМП			
					МКБ 9		КСМП			
					МКБ 9		КСМП			
Постъпила:					Починала в:					
Изписана:					Аутопсирана в:					
Прегледана в:					Къде.....					
ИЗХОД ОТ БРЕМЕННОСТТА										
☐ запазена ☐ изк. аборт ☐ спонтанен аборт ☐ мъртво раждане ☐ живо раждане										
НОВОРОДЕНО:										
Изписано:					Преведено:					
Починало в:					Къде.....					
Диагноза					МКБ 10					
Аутопсирано: ☐ НЕ ☐ ДА ..										
Завеждащ отделение.....										
фамилия, подпис										

СТР. 1

Медицинският документ "История на бременността и раждането" е съпътстваща лечебно-диагностичният процес документация за всяка пациентка постъпила в лечебно заведение за болнична помощ по повод състояния свързани с бременността и раждането.

История на бременността и раждането представлява утвърден от МЗ образец (бл. МЗ-100), който се състои от няколко важни части:

Състои се от: Паспортна част, Анамнеза; Обективен статус; Decursus morbi (развитие на болестта); Изход от лечението/препоръки.

Документът се попълва ясно и четливо, при приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение. След напускане на лечебното заведение История на бременността и раждането се архивира и съхранява съгласно законно установеният срок.

Част I.

Блок "История на бременността и раждането":

- На ИЗ се поставя номер от общо болничният журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- Вписва се името на лечебното заведение в което постъпва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационният номер на лечебното заведение;
- Името на отделението (клиниката), в което се приема пациентката, стая №, легло №, както и името на лекуващият лекар.

Блок "Важно" - Вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.) по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне. Диета и хранителен режим се попълва, ако пациентката има такава.

Блок "Пациент" – Паспортна част:

Този блок се попълва се от медицинската сестра от приемното отделение или регистратора, като данните се взимат от документ за самоличност:

- № РЗОК и № здравен район по местоживее – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ);
- идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване;
- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СНН);
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.
- възраст, навършени години;
- име, презиме, фамилия по лична карта;
- образование;
- месторабота;
- професия (длъжност);
- местоживее;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- семейно положение;
- гражданство;
- адрес на близките – попълва се името, телефон за контакт и/или адрес;
- лице за контакт – попълва се името, телефон за контакт;
- подпис на пациента, че е съгласен да се контактува с лицето посочено за контакт.

Блок "Насочена към стационара"

Отбелязва се с "X" един от възможните варианти. Както и регистрационният номер на изпращащият лекар, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“. Отбелязва се с "X" водена ли е ЖК, като се посочва и къде е водена. Посочва се в кое отделение се настанява пациентката.

Блок "Диагноза"

В този блок се попълват диагнозите:

- „Приемащ лекар“ – попълва се диагнозата , определена от лекаря, който е приел пациентката в консултативен кабинет отбелязва се и МКБ кода; приемащият лекар се подписва;
- Клинична:
 - А) предварителна – съвпада с приемната;
 - Б) окончателна – попълва се при изписване на пациентката, съвпада с тази отразена в Епикризата, вписва се и МКБ кодът
- Усложнения – отбелязват се, ако има такива, както и МКБ кода;
- Придружаващи заболявания – отбелязва се наличието на придружаващи заболявания, както и МКБ кодовете.

Блок "Операции"

Попълват се всички полета.

- „Вида операция“ – отбелязва се час, минути, ден, месец, година, както и името на оператора;

Блок “Пролежани дни”

- Посочват се всички пролежани дни;
- След раждане;
- Предоперативни;
- Следоперативни;
- Даден отпуск – всичко;
- От тях домашен в дни;
- Посочва се и № на болничният лист.

Блок “Наследственост от страна на:”

В този блок се попълват всички полета както и диагнозите:

- „Майката“ – в случай на наличие на наследствено заболяване се попълва се диагнозата, като се отбелязва и кръвната група на майката;

- Посочва се коя по ред бременност е;
- Усложнения по време на бременността, при наличие на такива;
- Посочва се кое по ред раждане е;
- Продължителността на раждането в часове, както и през I и II период;
- Посочва се Механизмът на раждане;
- Усложнения – отбелязват се, ако има такива, както и МКБ кода;
- Оперативни процедури – отбелязва се, при необходимост, както и МКБ кодовете на процедурите.

Блок “Последна редовна менструация”

- Посочва се ден, месец, година;
- Отбелязва се и очаквано раждане, ден месец, година;

Блок “ Движение на пациентката ”

Посочват се: час, минути, ден, месец, година;

- Постъпила
- Изписана
- Прегледана в: посочва се и къде е направен прегледа;
- Починала;
- Аутопсирана.

Блок “Изход от бременността”

- Отбелязва се отбелязва с “X” в съответното квадратче;
- При живо раждане се отбелязва и час, минути, ден, месец, година.

Блок “Новородено”

Посочват се: час, минути, ден, месец, година:

- Изписано
- Преведено; трябва да се впише РЗИ номер и евентуално името на другото ЛЗ;
- Починало; отбелязва се и къде;
- Диагноза – отбелязва се диагнозата и МКБ кодът;
- Аутопсирано отбелязва се с „X“, ако е да е посочват и час, минути, ден, месец, година на аутопсия;

Блок “Валидиране на документа”

- Завеждащият отделение(клиника) удостоверява верността на документацията с фамилията и подписа си.

“История на новороденото“

..... <i>Лечебно заведение</i> РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение	ОТДЕЛЕНИЕ: ЛЕКУВАЩ ЛЕКАР:	СТАЯ № ЛЕГЛО №
ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО № ЕГН на новороденото № в актовата книга на ражданията		
ВАЖНО! Алергии:		КРЪВНА ГРУПА Rh
Майка..... Собствено име Бащино име Фамилия Народност..... Възраст Семейно положение..... Професия..... История на заболяването №..... на майката		Дете №.....Име..... Дадено на детето Раждането е станало..... в даденото / извън даденото Лечебно заведение – къде..... Родено/постъпило: час минути ден месец година Изписано: час минути ден месец година Починало: час минути ден месец година Преведено: час минути ден месец година Къде регистрационен номер на лечебното заведение
Наследственост от страна на: Майката.....КРЪВНА ГРУПА.....Rh..... Коя по ред бременностУсложнения на бременността..... първа; втора и т.н. Кое по ред ражданеПродължителност – общо I период II период първо; второ и т.н. часа часа Механизъм на раждането: МКБ 10 Усложнения: МКБ 10 Оперативни процедури: МКБ 9 КСМП МКБ 9 КСМП МКБ 9 КСМП		
Диагноза при изписване:.....МКБ10		
Данни за детето при раждането: Травми:..... МКБ 10 Вродени аномалии:..... МКБ 10 Пол: мъжки/женски Детето е живородено/мъртвородено едноплодно/многоплодно Изплакало: минути; Тегло: кг гр.; Ръст см.; Обиколка на: Глава: см.; Гърди: см.; .. Седалище: см.; Гестационна възраст в седмици: Детето е: доносно/недоносно/преносено Степен на тежест по Клифорд		

Състояние по АПГАР

Показатели	1'	3'	5'	15'	30'
Дишане					
Сърдечна дейност					
Цвят на кожата					
Тонус					
Рефлекторна възбудимост					
Сбор					

Резултат от реанимация с.....
.....
.....
.....

Други данни.....
.....
.....
.....

Водил раждането лекар:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

УИН на лекаря

подпис на лекаря

Акушер: Извършил връзване на пъпчето и Креде:

Фамилия. Подпис

Фамилия. Подпис

Дата :

--	--

 ден

--	--

 месец

--	--	--	--

 година
Предал детето: Приел детето:

фамилия/подпис

фамилия/подпис

Медицинският документ " История на новороденото " е съпътстваща лечебно-диагностичният процес документация за всяко новородено родено/постъпило в лечебно заведение за болнична помощ по повод състояния свързани с наблюдение и проследяване на здрави новородени деца и лечение на недоносени, диагностициране и лечение на заболявания на новороденото.

"История на новороденото " представлява утвърден от МЗ образец (бл. МЗ-100), който се състои от няколко важни части:

Състои се от: Паспортна част, Анамнеза, Обективен статус, Decursus morbi (развитие на болестта), Изход от лечението/препоръки.

Документът се попълва ясно и четливо, при раждането и приемането на новороденото за хоспитализация в лечебното заведение. След напускане на лечебното заведение " История на новороденото " се архивира и съхранява съгласно законно установеният срок.

Част I.

Блок " История на новороденото"

- На ИЗ се поставя номер от общо болничният журнал на лечебното заведение при раждане/постъпване на новороденото;
- Записва се и ЕГН, като за новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане). За новородени, които нямат ЕГН, се попълва и „№ в актовата книга на ражданията“.
- Вписва се името на лечебното заведение, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационният номер на лечебното заведение;
- Името на отделението (клиниката), в което се приема новороденото дете, стая №, легло №, както и името на лекуващият лекар.

Блок "Важно" - Вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.)в случай, че се установят по време на престоя в ЛЗ, попълва се и кръвната група, след нейното определяне.

Блок "Майка" - Паспортна част

Този блок се попълва се от медицинската сестра/акушерка от отделението по неонатология или регистратора, като данните се взимат от документ за самоличност:

- Име, бащино име, фамилия по лична карта;
- възраст, навършени години;
- народност;
- семейно положение;
- професия (длъжност);
- ИЗ № на майката.

Блок "Дете"

Този блок се попълва се от медицинската сестра/акушерка от отделението по неонатология:

- Дете № записва се номерът на детето, което е дадено при раждането;
- Име – записва се името което е дадено на детето;
- Посочва се къде е извършено раждането в даденото или извън даденото ЛЗ, когато раждането не е извършено в същото ЛЗ се посочва къде;

Попълват се всички полета.

- „Родено/постъпило“ – отбелязва се час, минути, ден, месец, година;
- „Изписано“ - отбелязва се час, минути, ден, месец, година;
- „Починало“ - отбелязва се час, минути, ден, месец, година;
- „Преведено“ - отбелязва се час, минути, ден, месец, година;
- „Къде“ – отбелязва се регистрационният номер на лечебното заведение в което е преведено новороденото.

Блок "Наследственост от страна на:"

В този блок се попълват всички полета както и диагнозите:

- „Майката“ – в случай на наличие на наследствено заболяване се попълвадиагнозата, като се отбелязва и кръвната група на майката;

- Посочва се коя по ред бременност е;
- Усложнения по време на бременността, при наличие на такива;
- Посочва се кое по ред раждане е;
- Продължителността на раждането в часове, както и през I и II период;
- Посочва се Механизмът на раждане;
- Усложнения – отбелязват се, ако има такива, както и МКБ кода;
- Оперативни процедури – отбелязва се, при необходимост, както и МКБ кодовете на процедурите.

Блок „Диагноза при изписване“ – вписва се диагнозата при изписване, както и МКБ кода.

Блок "Данни за детето при раждането"

Попълват се всички полета:

- Травми, настъпили по време на раждане, както и МКБ кодовете;
- Вродени аномалии установяване на наличие на фетални аномалии и тяхната съвместимост с живота, отбелязване на МКБ кодовете;
- Отбелязва се полът;

- Отразява се дали новороденото е живо или мъртвородено, отбелязва се и дали бременността е едноплодна или многоплодна;
- Изплакало, отбелязва се минутата/тите на изплакване след раждане;
- Тегло;
- Ръст;
- Обиколка на главата, гърди, седалище в см.;
- Гестационна възраст в седмици;
- Посочва се дали детето е доносно, преносено или недоносно; Степен и степента по Клифорд;
- Оценява се адаптацията на новороденото непосредствено след раждането по АПГАР
- При наличие на реанимационни мероприятия се отбелязва;
- Вписват се и други при необходимост;
- Посочва се УИН на лекарят водил раждането и подпис;
- Акушер – фамилия и подпис;
- Извършил връзване на пъпчето и Креде – фамилия и подпис;
- Дата – ден, месец, година;
- Предал детето – фамилия и подпис;
- Приел детето – фамилия и подпис.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

Новородени и кърмачета без отклонения от нормата. Включва кърпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: кърпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувьоз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето. “