

..... Лечебно заведение <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение гр.																						КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ: ПРИЕМАЩ ЛЕКАР: Име и фамилия на лекаря/ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина																					СТАЯ № ЛЕГЛО №

ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО №/..... НРН №

ВАЖНО! Алергичен към:	КРЪВНА ГРУПА Rh
---------------------------------	---------------------------

ПАЦИЕНТ		☐ ЕГН ☐ ЛНЧ ☐ СНН ☐ Друг	
РЗОК No.	здравен район	ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента	
		☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)	
Идентификационен номер		код на държава	Г/М/Д
		Дата на раждане	Пол М/Ж
		Възраст	Семейно положение
Име		Гражданство	
Име, презиме и фамилия по лична карта			
Постоянен адрес: гр. (с)		обл.	
ул.		№ ж.к.	
Образование		Месторабота	
Лице за контакт		Професия (длъжност)	
Адрес на близките:		тел.	
Родител/настойник. 1.		Връзка с пациента	
Родител/настойник. 2.			

НАСОЧЕН ОТ ☐ 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; 5 ЦКВЗ, 6 КОЦ; 7 лекар по дентална медицина

.....гр/с.....

име на лечебното заведение

име и фамилия на лекаря

Код специалност

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар

РЗОК №. здравен район

регистрационен номер на лечебното заведение

Първи преглед: планов прием: №.
ден месец година ден месец година листа за планов прием

ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Приет Вид прием ☐ спешен ☐ планов по КП № по АПр №

ден месец година час минути

Степен на тежест на състоянието ☐ ☐ до 6 часа ☐ от 6 до 24 часа ☐ след 24 часа ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ЗЗД; 4 пациент; 5 МЗ

деца под 1 г. при прием тегло при прием (грама)

поспелване от началото на заболяването за спешните случаи източник на финансиране

ДИАГНОЗА					
Изпращащо заведение.....	МКБ 10				
.....	МКБ 10				
Приемнен кабинет.....	МКБ 10				
.....	МКБ 10				

Хистология Стадий TNM

[illegible]

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

АНАМНЕЗА

Настоящи оплаквания:

Проведени изследвания:

Проведено лечение:

Минали заболявания

Фамилна обремененост

Рискови фактори (професионални, битови, вредни навици – алкохол, тютюнопушене)

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ

1. Общо състояние на пациента (вид, положение, подвижност и други):

a. Дихателна система:

b. Сърдечно-съдова система:

c. Други системи:

2. Специфичен статус (ако е приложим):

3. Допълнителни данни, взети от други документи от предшестващо лечение, прегледи и изследвания:

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН ПЛАН

- 1. Диагноза:
- 2. Диференциална диагноза:
- 3. Диагностичен план:
- 4. Лечебен план:

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

[illegible]

Дата	Кръвна захар	Холестерол	LDL	HDL	Триглицериди	Урея	Креатинин	Натрий	Калий	Хлориди	Калций	Общ белтък	Протеинограма				
													алб.	α_1	α_2	β	γ
Дата																	

Номер: / , Пациент: , Роден/а на , Пол:

Хемостаза						
Дата, час	Протр.време (s)	Протр.време (%)	aPTT (s)	INR	Фибриноген	D-dimer

Крѣвно-газов анализ						

Дата.....		Час							
КГА	pH								
	BE								
	HCO3								
	StB								
	pCO ₂								
	pO ₂								
	SatO ₂								
tcSatO ₂									

Урина									
Дата	pH	Специфично тегло	Белтък	Захар	Кетонни тела	Билирубин	Уробилиноген	Седимент	Урокултура
Дата									
Дата									
Дата									
Дата									
Дата									

История на заболяването, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/..... , Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата:	Изследване:	Материал:
Резултат		
Микроскопски		
Серологичен		
От посявка		
Изолирани микроорганизми		
No	Микроорганизъм	Микробно число
1		Оценка
2		
Антибиотична чувствителност		
Антибиотик		1234567

Дата:		Изследване:				Материал:						
Резултат												
Микроскопски												
Серологичен												
От посявка												
Изолирани микроорганизми												
No	Микроорганизъм	Микробно число				Оценка						
1												
2												
Антибиотична чувствителност												
Антибиотик						1	2	3	4	5	6	7

Дата:_____ №_____		Изследване:				Материал:			
Макроскопски									
Хистологично									
Диагноза									

Дата:_____ №_____		Изследване:				Материал:			
Макроскопски									
Хистологично									
Диагноза									

История на заболяването, част VII – Образни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата

История на заболяването, част VIII – Протоколи за извършени процедури

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
Име на лекаря УИН на лекаря			
История на заболяването, част IX – Декурзус			
Номер:/..... , Пациент:, Роден/а/ на, Пол:			

ДЕКУРЗУС

Декурзус	Лекарствени назначения
Дата и час _____	
Име на лекаря:..... УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар	

Дата и час _____	
------------------	--

Име на лекаря:.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря /ЛПК на денталния лекар												

Дата и час _____ Консултация:	
-------------------------------	--

Име на лекаря:.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря /ЛПК на денталния лекар												

Дата и час _____	
------------------	--

Име на лекаря:.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря /ЛПК на денталния лекар												

Дата и час _____	
------------------	--

Име на лекаря:.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря /ЛПК на денталния лекар												

Дата и час _____	
------------------	--

Име на лекаря:.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря /ЛПК на денталния лекар												

ИЗХОД ОТ ЗАБОЛЯВАНЕТО	
------------------------------	--

ПРЕПОРЪКИ	
------------------	--

<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ден месец година час минути													Лекуващ лекар:..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря /ЛПК на денталния лекар												

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

Този документ се изготвя електронно за всеки преминал през стационара пациент, насочен за лечение с направление Бл.МЗ-НЗОК №7, както и за пациентите, насочени с направление Бл.МЗ-НЗОК № 8/8А, когато се изисква документиране на диагностиката и лечението в "История на заболяване".

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения след приемането на пациента за хоспитализация, генерира се в окончателен вид в края на хоспитализацията след изписване на пациента, и се подписва от лекуващия лекар и началника на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията „История на заболяването“ се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до „Информираното съгласие“, което е неделима част от „История на заболяването“.

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„Историята на заболяването“ се състои от няколко части

Част I.

Блок “История на заболяването”

- Електронният документ "История на заболяването" се издава от лекар, работещ в лечебно заведение за болнична помощ; КОЦ и ЦКВЗ; друго лечебно заведение за медицинска помощ и ЛЗ за извънболнична помощ с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа. Също се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).
- Вписва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентът, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема пациента, стая №, легло №, както и името на приемащия лекар, който може да не е включен в приложение № 1 от индивидуалния договор.
- В полето „История на заболяването №“ се посочва номер от общоболничния журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- В полето „Направление НРН №“ се посочва НРН номера № на направление Бл.МЗ-НЗОК №7 или 8А от Националната здравно-информационна система, по което се осъществява приема, когато системата има техническа готовност за това;

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 пациентът 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 настоящ адрес – 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 (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, а при деца под една година месеци или дни;
 - име, презиме, фамилия по лична карта;
 - образование;
 - месторабота;
 - професия (длъжност);
 - местоживееене;
 - 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.

Блок “Насочен от”

Отбелязва се с “Х” един от възможните варианти, както и УИН на изпращащия лекар, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“. Име на лечебното заведение, което насочва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение; . Когато пациентът се насочва от “Спешна помощ” се попълва само цифрата “4” в съответното поле, а другите остават празни.

- Код на специалност се посочва само за лекар-специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности на НЗОК или от НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.

Блок “Първи преглед”

В този блок се посочват:

- Дата на първи преглед в болница/МЦ /ДКЦ с разкрити легла;
- Дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;
- № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарната година.

Блок “Постъпил в лечебното заведение”

В този блок се посочват:

- „Приет“ - 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.

- Вид прием – задължително се посочва дали пациентът се приема спешно или планово;
- При спешен прием се посочва брой часове, изминали от настъпване на спешността до приема в лечебното заведение;
- Номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Тегло в грамове за деца на възраст под 1 год. при 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 изпотявания, 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 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.

Блок "Диагноза"

В този блок се посочват диагнозите:

- „Изпращащо заведение“ – наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациентът има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с ****), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Приемен кабинет – наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с ****), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такова при постъпване в лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- TNM стадий на тумор при постъпване в лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен преди постъпване в лечебното заведение).

Част II

Напуснал лечебното заведение

Блок "Изписан на"

- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с "1", посочва се състоянието при изписване – здрав; с подобрение; без промяна; с влошаване.
 - преведен – отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с ***), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал – отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията.
- Посочват се и пролежаните дни в ЛЗ.

Блок "Работоспособност"

В този блок се отбелязва с "X" в съответното квадратче, работоспособността (ако пациентът е пенсионер, не се попълва):

- Възстановена;
- Временна неработоспособност – когато се издава болничен лист се вписва номера му, както и дните до постъпването и при изписването;
- Трайно намалена работоспособност
- Насочен към ТЕЛК.

Блок "Проведено лечение"

В този блок се посочва:

- Код на КПА/Агр, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с """), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10.
При отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с """), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при изписване от лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код по КСМП - колкото реда са необходими;
- Хистологичен резултат (ако има направен по време на хоспитализацията) – описва се с думи хистологичния резултат, а с код по КСМП се отразяват начина на изследване, посочва се номера и датата;
- TNM стадий на тумор, определени при изписване от лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен по време на хоспитализацията).
- Лекуващ лекар – имена, УИН/ЛПГК, подпис
- Началник клиника/отделение – имена, УИН/ЛПГК, подпис

Анамнеза

- Вписва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;
- Вписва се името на лекаря, снет анамнезата, дата, час, идентификация с УИН/ЛПГК;
- Анамнезата се вписва в свободен текст.

Част IV

Обективно състояние

Вписва се името на лекаря снет статуса, дата, час, идентификация с УИН

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.

Част V

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. Диференциална диагноза
 3. Диагностичен план;
 4. Лечебен план;
- Име на лекуващия лекар съставил диагностично-лечебния план, идентификация с УИН/ЛПГК;

Част VI

Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VII

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VIII

Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/интервенционални/ендоскопски процедури.

Част IX

Ход на болестта (декурзус):

Описва се в свободен текст, но съдържа следните атрибути:

1. Дата и час, УИН код и име на лекаря, снет декурзуса;
2. Наблюдение върху състоянието на болния;
3. Лечение и препоръки (проведеното лечение се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;

Консултация

- Консултация – в полето се маркира с надпис „Консултация“ и се описва в свободен текст консултацията;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на консултанта.

Последна страница

Съдържа следните атрибути

1. Изход от -заболяването (обобщено) – описва се със свободен текст след последния декурзус.
2. Препоръки – описват се в свободен текст, както и планирани контролни прегледи след изписването.
3. Издадена епикриза/ще бъде издадена епикриза.

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.

	КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:	СТАЯ №
	ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:	ЛЕГЛО №
Лечебно заведение	Име и фамилия на лекаря/	
РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение	УИН на лекаря	
гр.		

ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО №/.....	НРН №	КРЪВНА ГРУПА Rh
ВАЖНО! Алергичен към:		

ПАЦИЕНТ	☐ ЕГН ☐ ЛНЧ ☐ СНН ☐ Друг ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)	☐ № дата 1 лична карта, 2 паспорт
РЗОК No. здравен район ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента	код на държава	Гражданство
Идентификационен номер	Дата на раждане	Възраст в год.
Име	Име, презиме и фамилия по лична карта	Семейно положение
Постоянен адрес: гр. (с) обл. ул. № ж.к. бл. вх. ап. тел.		
Образование.....Месторабота.....Професия (длъжност).....		
Лице за контакт тел. Връзка с пациента.....		
Адрес на близките:.....		

НАСОЧЕНА ОТ ☐ 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; 5 ЦКВЗ, 6 КОЦ; 7 лекар по дентална медицина	РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение
име на лечебното заведение	име на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар
име и фамилия на лекаря	Код специалност УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

Първи преглед: ден месец година	планов прием: ден месец година листа за планов прием	№.
--	--	---------

ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ	по КП №
Приет ден месец година час минути	Вид прием спешен планов
Степен на тежест на състоянието	☐ до 6 часа ☐ от 6 до 24 часа ☐ след 24 часа ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ЗЗД; 4 пациент; 5 МЗ
Регистрирана в ЖК Не Да,	Къде: регистрационен номер на лечебното заведение

Последна редовна менструация: ден месец година	Вероятен термин на раждане: ден месец година
---	---

ДИАГНОЗА	МКБ 10
Изпращащо заведение.....	МКБ 10
Приемен кабинет.....	МКБ 10
Приемащ лекар.....	УИН на лекаря
Име фамилия /	

История на бременността и раждането, част II – Напуснал лечебното заведение

Номер:/..... , Пациент: , Роден/а на , Пол:

НАПУСНАЛ ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

ИЗПИСАНА НА:

дата на прием

час на прием

дата и час на изписване / превеждане / починал

Пролежани леглодни:

От тях: след раждането

1. изписан оздравял с подобрение без промяна с влошаване предоперативни следоперативни

Статус: 2. преведен в болница РЗИ Диагноза за превеждане: МКБ 10

3. починал аутопсиран ден месец година час минути МКБ 10 причина за смъртта:

ИЗХОД ОТ БРЕМЕННОСТТА

запазена изк. аборт спонтанен аборт мъртво раждане живо раждане

час минути ден месец година

НОВОРОДЕНО

I-во №

Статус: 1. изписан 2. преведен в болница РЗИ Диагноза за превеждане: МКБ 10

3. починал аутопсиран МКБ 10

II-ро №

Статус: 1. изписан 2. преведен в болница РЗИ Диагноза за превеждане: МКБ 10

3. починал аутопсиран МКБ 10

ДАДЕН ОТПУСК:

Болничен лист № бр. дни

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ

по КП №.

ОСНОВНА ДИАГНОЗА: МКБ 10

..... МКБ 10

Усложнения на бременността: МКБ 10

..... МКБ 10

..... МКБ 10

..... МКБ 10

Придружаващи заболявания МКБ 10

..... МКБ 10

..... МКБ 10

..... МКБ 10

Следоперативни усложнения.....

ДИАГНОСТИЧНА/ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:

..... КСМП

..... КСМП

..... КСМП

..... КСМП

..... КСМП

..... КСМП

..... КСМП

..... КСМП

..... КСМП

..... КСМП

Лекуващ лекар:
/име фамилия, подпис/
Началник клиника/отделение:
име фамилия, подпис/

УИН на лекаря

История на бременността и раждането, част III - Анамнеза

Номер:/..... , Пациент: Роден/а/ на Пол:

АНАМНЕЗА

Фамилна обремененост: Не/Да, каква:

Минали заболявания:

Общи и гинекологични операции

Първа менструация на год., установила се през дни, трае дни

Особености
.....
.....
.....

Настоящата бременност е по ред Аборти всичко

Първо движение на плода на г. от тях по желание

Родени деца от тях живи мъртви по мед. показания
в т.ч. недоносени спонтанни

Последно раждане на г. Последен аборт на г.

Детето живо/мъртво, доносено/недоносено

ден	месец	година	час	минути			

Име на лекаря, снел анамнезата:.....

УМН на лекаря									

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ

ОБЩ СТАТУС

Температура..... ПулсАН албумин

Тегло кг. Ръст см. Отоци Не/Да, Къде:

Патологични отклонения по системи и органи: Не / Да, Какви:

.....

.....

.....

АКУШЕРСКИ СТАТУС

Размери на таза

D.sp.	D.cr.	D.tr.	C.ext.

Особености на таза

Обиколка на корема

Височина на матката

Хабитус и ситус на плода

Бременността е едноплодна/многоплодна

Детски сърдечни тонове: удара/мин., ясни / глухи, ритмични / аритмични, със/без шумове

Родова дейност: Не/Да отг.ч. през мин., по сек.

Изследване: вагинално/ректално. Външни полови органи

Шийка на матката Разширение см.

Околоплоден мехур: запазен/отворен, откогаг.ч. Цвят на водите

Предлежаща част /каква, в коя част на таза и как стои/

Особености при протичане на предишни бременности и раждания

.....

.....

.....

.....

Усложнения на настоящата бременност: Не/Да, и оплаквания при постъпването:

.....

.....

.....

.....

.....

ден месец година час минути

Име на лекаря, снел статуса:.....

УИН на лекаря

Забележка: На приетите по спешност и за раждане, анамнезата и статуса се попълват от приемащия лекар.

История на бременността и раждането, част V – Протичане на раждането

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ПРОТИЧАНЕ НА РАЖДАНЕТО

Родова дейност отг.ч. мин.
Изтичане на водите: спонтанно, изкуствено на (дата, час, година)г.ч. мин.
Цвят на водите Количество

РАЖДАНЕ

I-во дете: № наг.ч. мин. Пол мъжки/женски
Положение живо / мъртво: интранатално/антенатално; преди/след постъпване в болницата
тегло кг., ръст см. Апгар: 1 мин. 5 мин. рН 1 мин.
II-ро дете: № наг.ч. мин. Пол мъжки/женски
Положение живо / мъртво: интранатално/антенатално; преди/след постъпване в болницата
тегло кг., ръст см. Апгар: 1 мин. 5 мин. рН 1 мин.
Продължителност: общо ч. II-ри период. мин.

ПЛАЦЕНТАРЕН ПЕРИОД

Раждане на плацентата наг.ч. мин. Спонтанно, по Креде, друго
Метергинова профилактика: не / да Обща кръвозагуба см³

ПЛАЦЕНТА	ЦИПИ	ПЪПНА ВРЪВ
Цяла / задържани части/тегло	Излезли всички	Дължина см
Размер голям см. малък см.	Задържани части	Особености
Особености	Особености	

БЕЛЕЖКИ ПО ПРОТИЧАНЕ НА РАЖДАНЕТО (механизъм, особености, усложнения)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Родова слабост: не / да: първична, вторична
Приложено: сенсibiliзация, индукция, стимулация, с какво монитор: не / да
Приложено обезболяване: не / да, с какво
Разкъсвания: шийка; влагалище; перинеум: не / да: непълно, пълно; степен:
Шев: шийка; влагалище; перинеум.

Акушерка водила раждането: Лекар водил раждането:.....
УИН на лекаря

История на бременността и раждането, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Кръвна картина

[illegible]

Кръв – биохимични изследвания

Дата	Кръвна захар	Холестерол	LDL	HDL	Триглицериди	Урея	Креатинин	Натрий	Калий	Хлориди	Калций	Общ белтък	Протеинограма				
													алб.	α1	α2	β	γ
Дата																	

История на бременността и раждането, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Хемостаза

Дата, час	Протр.время (s)	Протр.время (%)	aPTT (s)	INR	Фибриноген	D-dimer

Кръвно-газов анализ

Дата.....		Час.....						
КА	pH							
	BE							
	HCO3							
	StB							
	pCO ₂							
	pO ₂							
	SatO ₂							
	tcSatO ₂							

УРИНА

Дата	pH	Специфично тегло	Белтък	Захар	Кетонни тела	Билирубин	Уробилиноген	Седимент	Урокултура
Дата									
Дата									
Дата									
Дата									

История на бременността и раждането, част VI – Лабораторни изследвания			
Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:			

ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата:	Изследване:	Материал:						
Резултат								
Микроскопски								
Серологичен								
От посявка								
Изолирани микроорганизми								
No	Микроорганизъм	Микробно число			Оценка			
1								
2								
Антибиотична чувствителност								
Антибиотик		1	2	3	4	5	6	7

Дата:	Изследване:	Материал:						
Резултат								
Микроскопски								
Серологичен								
От посявка								
Изолирани микроорганизми								
No	Микроорганизъм	Микробно число			Оценка			
1								
2								
Антибиотична чувствителност								
Антибиотик		1	2	3	4	5	6	7

Дата: №	Изследване:	Материал:						
Макроскопски								
Хистологично								
Диагноза								

Дата: №	Изследване:	Материал:						
Макроскопски								
Хистологично								
Диагноза								

История на бременността и раждането, част VII – Образни изследвания	
Номер:/..... , Пациент:, Роден/а/ на, Пол:	

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата

История на бременността и раждането, част VIII – Протоколи за извършени процедури

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ПРОТОКОЛИ ЗА ИЗВЪРШЕНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря		 УИИ на лекаря	
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря		 УИИ на лекаря	
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря		 УИИ на лекаря	
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря		 УИИ на лекаря	
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря		 УИИ на лекаря	

История на бременността и раждането, част IX – Наблюдение на бременната/родилката	
Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:	

История на бременността и раждането, част IX – Наблюдение на бременната/родилката	
Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:	

НАБЛЮДЕНИЕ НА БРЕМЕННАТА/РОДИЛКАТА	
------------------------------------	--

Декурзус	Лекарствени назначения
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____ Консултация:	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
ИЗХОД ОТ ЛЕЧЕНИЕТО	
ПРЕПОРЪКИ	

ден
 месец
 година
 час
 минути

Лекуващ лекар:
 УИН на лекуващ лекар

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО

СТР. 1

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

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения след приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение, генерира се в окончателен вид в края на хоспитализацията, след изписване на пациента, и се подписва от лекуващия лекар и началникът на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията "История на бременността и раждането" се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до „Информираното съгласие“, което е неделима част от „История на бременността и раждането“.

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„История на бременността и раждането“ се състои от няколко части:

Част I. История на бременността и раждането:

- При електронно издаване на "История на бременността и раждането" от лекар, работещ в лечебно заведение за болнична помощ: същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН), който се вписва в съответното поле.
- Вписва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентката, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението (клиниката), в което се приема пациентката, стая №, легло №, както и името на лекуващия 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 настоящ адрес – 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);
- местоживееене;
- 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;

Блок "Насочена от"

Отбелязва се с "X" един от възможните варианти. Както и УИН на изпращащия лекар, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“. Когато пациентът се насочва от "Спешна помощ" се попълва само цифрата "4" в съответното поле, а другите остават празни. Име на лечебното заведение, което насочва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;

Код на специалност се посочва само за лекар-специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности на НЗОК или от НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Първи преглед – дата, дата на планов прием и № от листа за планов прием

Блок "Постъпил в лечебното заведение"

В този блок се посочват:

- „Приет“ - 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.
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентката се приема спешно или планово;
- При спешен прием се посочва брой часове, изминали от настъпване на спешността до приема в лечебното заведение;
- Номер на клинична пътека
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

Отбелязва се с "X" водена ли е ЖК, като се посочва и къде е водена. Посочва се в кое отделение се настанява пациентката. Попълва се датата на последната редовна менструация и вероятният термин на раждане.

Блок "Диагноза"

В този блок се попълват диагнозите:

- диагноза на изпращащото заведение с код по МКБ 10
- диагноза в приемния кабинет – попълва се диагнозата с код по МКБ 10, определена от лекаря, който е приел пациентката в приемния кабинет;

Част II – Напуснал лечебното заведение

Блок "Изписана на"

В този блок се посочват:

- 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 пациентката в болницата;
- Дата и час на изписване/превеждане/починал;
- Посочват се и пролежаните дни в лечебното заведение, от тях предоперативни, следоперативни и дни след раждането;
- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с "1";

- преведен - отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с ***), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
- починал - отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кода за причината за смъртта по данни от обдукцията;
- „Състояние“ – посочва се състоянието при изписване – здрав; с подобрение; без промяна; с влошаване;
- „Аутопсирана“ – дата и час.

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"

В този блок се посочват:

- „Статус“ – задължително се попълва статусът на новороденото:
 - изписан – отбелязва се с "1";
 - преведен - отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведено новороденото, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с ***), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на новороденото от клинична гледна точка, ако новороденото не е аутопсирано. Ако новороденото е аутопсирано се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията;
- „Аутопсирано“ – дата и час.

Блок "Даден отпуск"

В този блок се посочват:

- № на болничният лист;
- Даден отпуск – брой дни всичко.

Блок „Проведено лечение“

В този блок се посочва:

- Код на КП, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с ***), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10. При отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с ***), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Следоперативни усложнения, ако има такива, описват се в свободен текст;
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код по КСМП - колкото реда са необходими.
- Лекуващ лекар – имена, УИН, подпис
- Началник клиника/отделение – имена, УИН, подпис

Част III

Анамнеза

- Анамнезата се вписва в свободен текст.
- Посочва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снет анамнезата;

Част IV

Обективно състояние

Вписва се в свободен текст:

- Общ статус;
- Акушерски статус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря снет статуса.

Част V

Протичане на раждането:

Вписва се в свободен текст данни за протичане на раждането

- Начало на родова дейност;
- Раждане;
- Плацентарен период;
- Бележки по протичане на раждането.
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря водил раждането.

Част VI Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VII

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VIII

Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/ интервенционални/ ендоскопски процедури.

Част IX

Наблюдение на бременната/родилката

- Декурзус
- Изход от лечението
- Препоръки
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекуващия лекар, изготвил описанието на изхода от заболяването и препоръките.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на бременността и раждането“ и са неотделима част.

Лечебно заведение

РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

гр.

КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:

ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:

Име и фамилия на лекаря/

УИН на лекаря

БОКС №

№ ИЗ на майката

Актон №

ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО № / НРН №

КРЪВНА ГРУПА Майка Rh Дете Rh

МАЙКА

РЗОК No. здравен район ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ ☐ СНН ☐ Друг

☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

код на държава

Възраст в год.

№ дата

1 лична карта, 2 паспорт

Гражданство

Име
Име, презиме и фамилия по лична картаПостоянен адрес: гр. (с) обл.
ул. № ж.к. бл. вх. ап. тел.Коя по ред бременност Термин на раждане:

ден месец година

първа; втора и т.н.

Кое по ред раждане Пукнат мехур

ден месец година час минути

първо; второ и т.н.

☐ Изкуствено ☐ Спонтанно

Механизъм на раждането

Индикации за оперативно раждане

БЕБЕ №

ЕГН на дете Възраст в дни Пол М/Ж

Име родено на Да ☐ Не ☐ I-ви ☐ II-ри ☐ III-ти

Име, презиме и фамилия ден месец година час минути Близнак

При раждане гр. см см см гр. Доношено Недоношено Преносено

тегло ръст обиколка на глава гърди телто при прием

Гестационна възраст г.с. и дни Морфологична зрялост г.с. Изплакало:

Признаци на живот	По Ангар	Цвят на кожата	Сърдечна дейност	Дишане	Тонус	Рефлекторна възбудимост	Скор
Дишане	1 мин.						
Сърдечна дейност	3 мин.						
Пулсация на пъпна връв	5 мин.						
Движение на волева мускулатура	... мин						

Вродени аномалии / травми

Реанимация Не/Да, каква

Раждането водено от Проведена от
Пъпчето вързано от Акушерка
Предал от РЗ Приел в неонатология

ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Приет Вид прием ☐ спешен ☐ планов по КП №

ден месец година час минути

Степен на тежест на състоянието

до 6 часа от 6 до 24 часа след 24 часа 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ЗЗД; 4 пациент; 5 МЗ

постъпване от началото на заболяването за спешните случаи източник на финансиране

ДИАГНОЗА

Приемна МКБ 10 МКБ 10

Приемащ лекар: УИН на лекаря

Име фамилия /

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ИЗПИСАНО НА:

дата на прием _____ час на прием _____ дата и час на изписване / преvezждане / починал _____ Пролежани леглодни: _____
 1. изписан ☐ оздравял ☐ с подобрение ☐ без промяна ☐ с влошаване _____ Тегло при изписването _____ гр.
 Статус: ☐ 2. преведен в болница РЗИ _____ Диагноза за превеждане: МКБ 10 _____
 3. починал ☐ аутопсиран _____ ден _____ месец _____ година _____ час _____ минути МКБ 10 _____ причина за смъртта: _____

[illegible]

ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:

[illegible]

Имунізації:

1. БЦЖ дата

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

 № Отложена поради

2. Против хепатит В дата

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

 № Отложена поради

3. Други

Отказ от имунизации

[illegible]

История на новороденото, част III – Анамнеза и статус на новороденото в РЗ

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

AHAMHE3A

Поредна бременност:; Живи деца; Починали деца Причини

Аборти спонтанни; по желание; по медицински показания

Данни за майката:

Заболявания несвързани с бременността

Заболявания през бременността

Пренатално диагностицирани отклонения

Данни за инфекция

Лечение през бременността

Кортикостероидна профилактика.....

Раждање: ПОМ от ч.; Околоплодни води:

СТАТУС на новороденото в РЗ:

Еутрофично / хипотрофично дете; Морф.зрялост:

Общо състояние

Глава (фонтанела, чер. шевове)

Кожа и видими лигавици:

- Цвет

- Особенности

Мускулен тонус

Рефлекси на новороденото

Дихателна система

Сърдечно-съдова система

Корем

Мекониум.....

Черен дроб..... Слезка.....

Външни полови органи.....

Видими аномалії.....

Други.....

Подготовлено: 21.05.2022

.....

ден месец година час минути

Име на лекар:

[illegible]

Терапия в РЗ: O₂: l/min.

- Кръв за кръвна група – майка и бебе

- Мониториране.....

- АКС (пълна артерия).....pHBE.....

- АКС (периферен) час.....

- Други.....

Проследяване в родилна зала:.....

План на лечение и назначения:

Заклучение: детето се превежда вотделение

Име на лекар: _____

[illegible]

История на новороденото, част V – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Кръвна картина

Дата, час	Хемоглобин	Еритроцити	Хематоцит	Левкоцити	Thr	PYE	J	St	Seg	Ly	Eo	Ba	Mo	Ret	MCV	MCH

Дата, час	Кр. захар	Билирубин	Дир. билирубин	Лактат

Дата, час	Кр. захар	Билирубин	Дир. билирубин	Лактат

Дата, час	Кр. захар	Билирубин	Дир. билирубин	Лактат

Електролити + други

Дата, час	Na	K	Cl	Ca	Ca (++)	P	Hb	Ht

Биохимия

Дата, час	Общ белтък	CRP	Урея	Креатинин	ASAT	ALAT	GGT	AP

Хемостаза

Дата, час	Протр.време (s)	Протр.време (%)	aPTT (s)	INR	Фибриноген	D-dimer

История на новороденото, част V – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Лумбална пункция

Дата, час	Налягане	Цвят	Pandy	Белтък	Захар	Клетки	Дифер. броене

Урина

[illegible]

Други

[illegible]

История на новороденото, част V – Лабораторни изследвания			
Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:			

МИКРОБИОЛОГИЧНИ И ХИСТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Обобщителна таблица за изследвани проби и микроорганизми										
Дата, час	Хемокулт ура	Стом. аспират	Фек. проба	Гърло	Нос	Ухо	Трах. аспират	Око	Урокултура	Ликвор

Дата:	Изследване:							Материал:									
Резултат																	
Микроскопски																	
От посявка																	
Изолирани микроорганизми																	
No	Микроорганизъм				Микробно число			Оценка									
1																	
2																	
Антибиотична чувствителност																	
Антибиотик								1	2	3							
								4	5	6							
								7									

Дата:	Изследване:							Материал:									
Резултат																	
Микроскопски																	
От посявка																	
Изолирани микроорганизми																	
No	Микроорганизъм				Микробно число			Оценка									
1																	
2																	
Антибиотична чувствителност																	
Антибиотик								1	2	3							
								4	5	6							
								7									

Дата: _____ № _____	Изследване:	Материал:
Макроскопски		
Хистологично		
Диагноза		

История на новороденото, част VI – Образни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчет резултата	
------------	-------------	--------------------------------	-------------

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчет резултата	
------------	-------------	--------------------------------	-------------

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчет резултата	
------------	-------------	--------------------------------	-------------

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчет резултата	
------------	-------------	--------------------------------	-------------

История на новороденото, част VII – Протоколи за извършени процедури

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ПРОТОКОЛИ ЗА ИЗВЪРШЕНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата	№	Процедура:	☐ Взят материал
------	---	------------	---

[illegible]

Име на лекаря УИН на лекаря

Дата	№	Процедура:	☐ Взят материал
------	---	------------	---

[illegible]

Име на лекаря УИН на лекаря

Дата	№	Процедура:	☐ Взят материал
------	---	------------	---

[illegible]

Име на лекаря УИН на лекаря

Дата	№	Процедура:	☐ Взят материал
------	---	------------	---

[illegible]

Име на лекаря УИН на лекаря

Дата	№	Процедура:	☐ Взят материал
------	---	------------	---

[illegible]

Име на лекаря _____ УИН на лекаря _____

История на новороденото, част VIII – Наблюдение на бебето

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

НАБЛЮДЕНИЕ НА БЕБЕТО

Декурзус	Лекарствени назначения
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____ Консултация:	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря

Респиаторна терапия									
Дата.....		Час							
АКС	pH								
	BE								
	StB								
	pCO ₂								
	pO ₂								
	SatO ₂								
	tcSatO ₂								
Респиаторна терапия	Апарат								
	Режим на вентилация								
	FiO ₂								
	Fr								
	Tins								
	Tex								
	PIP								
	PEEP/CPAP								
	Flow								
	VT								
	O ₂ каниולי								
	O ₂ палатка								
	O ₂ кувьоз								
	Лаваж								

История на новороденото, част VIII – Наблюдение на бебето

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

НАБЛЮДЕНИЕ НА БЕБЕТО

Декурзус	Лекарствени назначения
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря
Дата и час _____	
Име на лекаря:.....	УИН на лекаря

ИЗХОД ОТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг

1-ва проба

2-ра проба

2. Слухов скрининг

дата

резултат минава не минава

3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия

1-ва дата

2-ра дата

ПРЕПОРЪКИ

ден

месец

година

час

минути

Лекуващ лекар:

УИН на лекуващ лекар

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО

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.

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения след приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение, генерира се в окончателен вид в края на хоспитализацията, след изписване на пациента, и се подписва от лекуващия лекар и началникът на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията „История на новороденото“ се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до „Информираното съгласие“, което е неделима част от „История на новороденото“

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„Историята на новороденото“ се състои от няколко части:

Част I.

Блок “ История на новороденото”

- Посочва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентът, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема новороденото и името на приемащия лекар;
- В поле „Бокс №“ се посочва номер на бокс, в който лежи бебето;
- В поле „ИЗ на майката“ попълва № на ИЗ на майката. Не се попълва, ако детето е преведено от друго ЛЗ.
- В поле „Актв №“ се посочва поредният номер от актовата книга на ражданията в лечебното заведение;
- В поле „История на новородено №“ се посочва номер от общоболничния журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- В поле „Направление НРН №“ се посочва НРН номера № на направление Бл.МЗ-НЗОК №7 от Националната здравно-информационна система, с което се осъществява приема, когато системата има техническа готовност за това;

Блок “Кръвна група” - вписват се кръвната група и Rh на детето и майката.

Блок “Майка” - Паспортна част

В този блок се посочват:

- № РЗОК и № здравен район по местоживее на майката – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се посочва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се посочва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За работещи и осигуряващи се в България лица без ЕГН (ЛНЧ) се посочва служебен номер, издаден от НАП (СНН). За новородени и чужденците, 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 за новородените), петото и шестото - деня на раждане);
- Номер и дата на лична карта или паспорт, за лицата без ЕНГ/ЛНЧ/СНН;
- 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);
- Код на държава – попълват се уникални двубуквени кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- Гражданство;
- Име, презиме, фамилия по лична карта/паспорт;
- Възраст, навършени години;
- Постоянен адрес – посочва се адрес на пациента по лична карта/паспорт;
- Телефон за връзка с майката;
- Коя по ред е бременността;
- Термин на раждането – дата;
- Кое по ред е раждането;
- Дата, час и минути на спукване на околоплодния мехур, изкуствено или спонтанно е настъпило спукването;
- Механизъм на раждането в свободен текст;
- Индикации за оперативно раждане в свободен текст.

Блок “Бебе”

В този блок се посочват:

- В поле „Бебе №“ се посочва уникален идентификатор от идентификационната гривна на бебето (и майката);
- ЕГН (ЛНЧ) - посочва се ЕГН. 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 за новородените), петото и шестото - деня на раждане);
- Възраст на новороденото в дни;
- Пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;
- Име, презиме, фамилия;
- Дата и час на раждане;
- Близък Да/Не и кой по ред;
- Тегло в грамове, ръст, обиколка на глава и гърди в сантиметри при раждане;
- Тегло в грамове при прием – попълва се при новородени, преведени след раждането от друго ЛЗ;
- Доносено/Преносено/ Недоносено;
- Гестационна възраст в седмици и дни;
- Морфологична зрялост в седмици, определена в първите 24 часа;
- Изплакало – веднага; след аспирация; след реанимация;
- Таблица за оценка по Апгар;
- Вродени аномалии и травми в свободен текст;
- Реанимация - проведена реанимация в свободен текст и име на лекар, провел реанимацията;
- Раждането водено от – име/имена на лекар/и, провели раждането;

- Име на акушерка, участвала в раждането;
- Име на акушерка, вързала пъпчето на новороденото;
- Име на акушерка, предала бебето от родилна зала и име на акушерка/сестра, приела бебето в неонатология;

Блок "Постъпил в лечебното заведение"

В този блок се посочват:

- „Приет“ - дата на приемане и час на приемане в болницата. При новородено в същото лечебно заведение полетата "Дата на приемане" и "Час на приемане" съвпадат с датата и часа на раждането.
- По КП № - посочва се по коя пътека се приема. Номер на клинична пътека - не се попълва, ако новороденото се приема за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека;
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентът се приема спешно или планоно;
- Изминало време в часове от началото на заболяването до постъпването в болнично лечебно заведение – само при спешните случаи на хоспитализация;
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Степен на тежест на състоянието към момента на раждане/хоспитализация – попълват се стойности от I до IV.

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 кувъз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

Блок "Диагноза"

В този блок се посочва диагнозата на прием:

Приемна диагноза – наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако има такова.

На един ред се поставят диагнозите с кръстче (†) и звездичка (*), когато се изисква според правилата за кодиране на МКБ10. Тези диагнози се попълват винаги заедно. Когато диагнозата не е обозначена с кръстче (†) и звездичка (*) в МКБ10, се попълват само първите пет позиции на реда. Втората диагноза, ако има такава се попълва на следващия ред.

Приемащ лекар – имена, УИН

Част II

Напуснал лечебното заведение

Блок "Изписан на"

- Дата и час на прием – 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 прием задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата. При новородено в същото лечебно заведение полетата "Дата на прием" и "Час на прием" съвпадат с дата и час на раждането.
- Дата и час на изписване/превеждане/починал;
- Пролегани леглодни в лечебното заведение.
- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с "1";
 - преведен - отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и МКБ 10 код на диагнозата за превеждане (състоянието, което е причина за превеждането на пациента). Диагнозите с кръстче (†) и звездичка (*) се вписват на един ред. Диагнозата на превеждане може да бъде различна от основната диагноза;
 - починал - отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията.

Блок "Проведено лечение"

В този блок се посочва:

- Код на КП, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с """), когато се изисква, съобразно правилата за кодиране на МКБ10. При отчитане на клиничните пътеки, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания, съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с """), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код КСМП - колкото реда са необходими.
- Имунизации – посочват се направените имунизации: вид, дата и номер на поставената ваксина или причината за отлагане на поставянето ѝ
- Отказ от имунизации – попълва се МКБ код Z28.2 "Имунизация, непроведена поради отказ на пациента".
- Лекуващ лекар – имена, УИН, подпис
- Началник клиника/отделение – имена, УИН, подпис

Част III

Анамнеза и статус на новороденото в родилна зала (РЗ)

- Анамнезата се вписва в свободен текст, съгласно посочения образец;
- Статусът в РЗ се вписва в свободен текст, съгласно посочения образец;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снел анамнезата и статуса в РЗ.

Част IV

Проследяване по време на престой в родилна зала

Вписва се в свободен текст:

- Терапия в родилна зала;
- Изследвания в родилна зала;
- Проследяване в родилна зала;
- План за лечение и назначения;
- Заключение;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря.

Част V

Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VI

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VII

Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/ интервенционални/ ендоскопски процедури.

Част VIII

Наблюдение на бебето

- Декурзус - в полето се вписват бележки според необходимостта за грижите за бебето или хода на болестта, назначения или друго в свободен текст;
- Лекарствени назначения - провеждано лекарствено лечение като се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снел декурзуса.

Консултация

- Консултация – в полето се маркира с надпис „Консултация“ и се описва в свободен текст консултацията;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, извършил консултацията.

Изход от хоспитализацията и препоръки

- Изход от хоспитализацията – описва се в свободен текст след последния декурзус, като задължително се посочват направените скринингови изследвания;
- Препоръки – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекуващия лекар, изготвил описанието на изхода от хоспитализацията и препоръките.

Част IX

Акушерски интензивен лист

В този интензивен лист акушерката попълва с дата и час данни за състоянието на бебето.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на новородено“ и са неотделима част от нея.

Лечебно заведение			КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:		СТАЯ №	
РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение			ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:		ЛЕГЛО №	
гр.			Име и фамилия на лекаря/ УИН на лекаря			
ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО - гинекологична №/..... НРН №						
ВАЖНО! Алергичен към:					КРЪВНА ГРУПА Rh	
ПАЦИЕНТ						
РЗОК No. здравен район ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента			☐ ЕГН ☐ ЛНЧ ☐ СНН ☐ Друг		☐ № дата	
Идентификационен номер			☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)		1 лична карта, 2 паспорт	
Име			Код на държава		Гражданство	
Име, презиме и фамилия по лична карта			Дата на раждане		Възраст в год.	
Постоянен адрес: гр. (с) обл.			Семейно положение			
ул. № ж.к. бл. вх. ап. тел.						
Образование.....Месторабота.....			Професия (длъжност).....			
Лице за контакт			тел. Връзка с пациента.....			
Адрес на близките:.....						
НАСОЧЕН ОТ						
☐ 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; 5 ЦКВЗ, 6 КОЦ; 7 лекар по дентална медицина			РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение			
име на лечебното заведение			Код специалност		УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина	
име и фамилия на лекаря			УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар			
Първи преглед: ден месец година планов прием: ден месец година листа за планов прием №.						
ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ						
Приет ден месец година час минути			Вид прием ☐ спешен ☐ планов		по КП № по АПр №	
Степен на тежест на състоянието ☐			☐ до 6 часа ☐ от 6 до 24 часа ☐ след 24 часа		☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ	
			постъпване от началото на заболяването за спешните случаи		източник на финансиране	
ДИАГНОЗА						
Изпращащо заведение.....			МКБ 10			
.....			МКБ 10			
Приемен кабинет.....			МКБ 10			
.....			МКБ 10			
Хистология			Стадий TNM			
Приемащ лекар:			УИН на лекаря			
/име фамилия/						

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ИЗПИСАН НА:

дата на прием час на прием дата и час на изписване / превеждане / починал Пролегани леглодни:

1. изписан ☐ оздравял ☐ с подобрение ☐ без промяна ☐ с влошаване

Статус: ☐ 2. преведен в болница РЗИ Диагноза за превеждане: МКБ 10

3. починал ☐ аутопсиран ден месец година час минути МКБ 10 причина за смъртта:

☐ възстановена ☐ трайно намалена: ☐ насочен към ТЕЛК
☐ временна неработоспособност – отпуск:

 до постъпването ☐ дни ☐ при изписването ☐ дни

по КП № по АПр №

[illegible]

Хистология:.....

ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:

[illegible]

Хист. результат: КСМП

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

No Дата Описание TNM Стадий

Лекуващ лекар:
/име фамилия, подпис/
Началник клиника/отделение:
име фамилия, подпис/

[illegible]

УИН на лекаря

История на заболяването - гинекологична, част III - Анамнеза

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

AHAMHE3A

Фамилна обремененост: Не/Да, каква:

Минали заболявания: общи

гинекологічні

Прекарани операции: общи

гинекологічні

Родени деца от тях: живи мъртви
в т.ч. недоносени

Аборти всичко

ОТ ТЯХ: ИЗКУСТВЕНИ

СПОНТАННИ

Последно раждане на г.

Последен аборт на г.

Първа менструация на год., установила се; през дни, трае дни
особености

Последна редовна менструация: дата

Последно цитологично изследване от маточна шийка(цитонамазка –PAP тест) от дата

Резултат :

Промени: /от кога и какви/

Оплаквания при постъпването:

ден месец година час минути

Име на лекаря, снел анамнезата:.....

[illegible]

История на заболяването - гинекологична, част IV – Обективно състояние

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ

ОБЩ СТАТУС

Патологични отклонения по системи и органи: Не Да, Какви:

ГИНЕКОЛОГИЧЕН СТАТУС

Външни гениталии на: раждала/нераждала:

Влагалище: нормално

P.v.c. ut.:

циліндрично /конично, рожево/ ливидно

Or ext. сс. кръгъл/овален/ зеещ

Can. serv. затворен/отворен

Ex utero:

Матка:

Аднекси и параметри:

Cav Douglasi

Ехографско изследване на вътрешни женски органи и малък таз:

Име на лекаря, снел статуса:

[illegible]

История на заболяването - гинекологична, част V – Диагностично-лечебен план

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН ПЛАН

Диагноза:

Диференциална диагноза:

Диагностичен план:

Лечебен план:

Име на лекар: _____

ден

месец

година

час

минути

УИН на лекаря

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

Хемостаза

Дата, час	Протр.время (s)	Протр.время (%)	aPTT (s)	INR	Фибриноген	D-dimer

Дата Час

KTA	pH							
	BE							
	HCO3							
	StB							
	pCO ₂							
	pO ₂							
	SatO ₂							
	tcSatO ₂							

Дата

[illegible]

История на заболяването - гинекологична, част VI – Лабораторни изследвания		
Номер:/..... , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:		

ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата:	Изследване:	Материал:						
Резултат								
Микроскопски								
Серологичен								
От посевка								
Изолирани микроорганизми								
No	Микроорганизъм	Микробно число			Оценка			
1								
2								
Антибиотична чувствителност								
Антибиотик		1	2	3	4	5	6	7

Дата:	Изследване:	Материал:						
Резултат								
Микроскопски								
Серологичен								
От посевка								
Изолирани микроорганизми								
No	Микроорганизъм	Микробно число			Оценка			
1								
2								
Антибиотична чувствителност								
Антибиотик		1	2	3	4	5	6	7

Дата:_____ №_____	Изследване:	Материал:						
Макроскопски								
Хистологично								
Диагноза								

Дата:_____ №_____	Изследване:	Материал:						
Макроскопски								
Хистологично								
Диагноза								

История на заболяването - гинекологична, част VII – Образни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ			
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИИ на лекаря разчел резултата

История на заболяването - гинекологична, част VIII – Протоколи за извършени процедури

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ПРОТОКОЛИ ЗА ИЗВЪРШЕНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
------	---	------------	---

--	--	--	--

..... Име на лекаря	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря																		

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
------	---	------------	---

--	--	--	--

..... Име на лекаря	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря																		

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
------	---	------------	---

--	--	--	--

..... Име на лекаря	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря																		

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
------	---	------------	---

--	--	--	--

..... Име на лекаря	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря																		

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
------	---	------------	---

--	--	--	--

..... Име на лекаря	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> УИИ на лекаря																		

История на заболяването - гинекологична, част IX – Декурзус

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ДЕКУРЗУС

Декурзус	Лекарствени назначения
Дата и час _____	
Име на лекаря:..... УИН на лекаря	
Дата и час _____	
Име на лекаря:..... УИН на лекаря	
Дата и час _____	
Име на лекаря:..... УИН на лекаря	
Дата и час _____ Консултация:	
Име на лекаря:..... УИН на лекаря	
Дата и час _____	
Име на лекаря:..... УИН на лекаря	
Дата и час _____	
Име на лекаря:..... УИН на лекаря	

ИЗХОД ОТ ЗАБОЛЯВАНЕТО

ПРЕПОРЪКИ

ден

месец

година

час

минути

Лекуващ лекар:

УИН на лекуващ лекар

УКАЗАНИЯ ЗА ИЗГОТВЯНЕ НА ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО – ГИНЕКОЛОГИЧНА

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

Този документ се изготвя за всеки хоспитализиран пациент, насочен за лечение с направление Бл.МЗ-НЗОК №7, както и за пациентите, насочени с направление Бл.МЗ-НЗОК № 8/8А, когато се изисква документиране на диагностиката и лечението в "История на заболяване - гинекологична".

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения след приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение, генерира се в окончателен вид в края на хоспитализацията, след изписване на пациента, и се подписва от лекуващият лекар и началникът на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията "История на заболяването - гинекологична" се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до "Информираното съгласие", което е неделима част от "История на заболяването - гинекологична".

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

"Историята на заболяването - гинекологична" се състои от няколко части:

Част I

Блок "История на заболяването - гинекологична"

В този блок се посочват:

- Посочва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентът, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделениято, в което се приема пациента, стая №, легло №, както и името на приемащия лекар.
- В полето „История на заболяването №“ се посочва номер от общоболничния журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- В полето „Направление НРН №“ се посочва НРН номера № на направление Бл.МЗ-НЗОК №7, 8 или 8А от Националната здравно-информационна система по което се осъществява приема, когато системата има техническа готовност за това;

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

Блок "Пациент" - Паспортна част

В този блок се посочват:

- № РЗОК и № здравен район по местоживее на пациента – 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 работещи и осигуряващи се в България лица без ЕГН (ЛНЧ) се посочва служебен номер, издаден от НАП (СНН). За новородени и чужденците, 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 за новородените), петото и шестото - деня на раждане);
- Номер и дата на лична карта или паспорт, за лицата без ЕНГ/ЛНЧ/СНН;
- Идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
 - с) 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;
 - д) 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;
- Гражданство;
- Име, презиме, фамилия по лична карта/паспорт;
- Дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- Възраст, навършени години;
- Семейно положение;
- Постоянен адрес – посочва се адрес на пациента по лична карта/паспорт;
- Телефон за връзка с пациента;
- Образование;
- Месторабота;
- Професия (длъжност);
- Лице за контакт – посочва се лице за контакт;
- Адрес на близките – посочва се адрес на лицето за контакт.

Блок "Насочен от"

В този блок се посочват:

- Един от възможните варианти за насочване. Когато пациентът се насочва от "Спешна помощ" се попълва само цифрата "4" в съответното поле, а другите остават празни.;
- Име на лечебното заведение, което насочва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Име, фамилия и УИН на лекар/ЛПК на лекаря по дентална медицина, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“;
- Код на специалност се посочва само за лекар-специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности на НЗОК или от НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.

Блок "Първи преглед"

В този блок се посочват:

- Дата на първи преглед в болница/МЦ /ДКЦ с разкрити легла;
- Дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;
- № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарната година.

Блок “Постъпил в лечебното заведение”

В този блок се посочват:

- „Приет” – 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.
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентът се приема спешно или планово;
- При спешен прием се посочва брой часове, изминали от настъпване на спешността до приема в лечебното заведение;
- Номер на клинична пътека/амбулаторна процедура – не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека;
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- 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.

Блок “Диагноза”

В този блок се посочват диагнозите:

- „Изпращащо заведение” – наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациентът има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с ***), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Приеман кабинет – наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с **), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при постъпване в лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- TNM стадий на тумор при постъпване в лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен преди постъпване в ЛЗ).

Част II

Напуснал лечебното заведение

Блок “Изписан от клиника отделение ”

- 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;
- Дата и час на изписване/превеждане/починал;
- Посочват се и пролежаните дни в лечебното заведение;
- „Статус” – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с “1”;
 - преведен - отбелязва се с “2”. В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с ***), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с “3”; в полето “Причина за смъртта” се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиян. Ако пациентът е аутопсиян се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията.
- „Състояние” – посочва се състоянието при изписване – здрав; с подобрение; без промяна; с влошаване.

Блок “Работоспособност”

В блок се вписват данни за издаден болничен лист и за лица подлежащи на експертиза по реда „Наредба за медицинската експертиза” с изключение на децата до 16г.:

- Възстановена;
- Временна неработоспособност – когато се издава болничен лист се вписва номера му, както и дните до постъпването и общия брой дни на болничния лист при изписването;
- Трайно намалена;
- Насочен към ТЕЛК.

Блок “Проведено лечение”

В този блок се посочва:

- Код на КП, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с **), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10.

- При отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с ""*), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при изписване от лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код по КСМП - колкото реда са необходими;
- Хистологичен резултат – описва се с думи хистологичния резултат (ако има направен по време на хоспитализацията), а с код по КСМП се отразяват начина на изследване, посочва се номера и датата;
- TNM стадий на тумор, определени при изписване от лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен по време на хоспитализацията)
- Лекуващ лекар – имена, УИН, подпис
- Началник клиника/отделение – имена, УИН, подпис

Част III

Анамнеза

- Анамнезата се вписва в свободен текст.
- Посочва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снел анамнезата;

Част IV

Обективно състояние

Вписва се в свободен текст:

- Общ статус;
- Гинекологичен статус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря снел статуса.

Част V

Диагностично-лечебен план

Вписва се в свободен текст:

- Диагноза;
- Диференциална диагноза;
- Диагностичен план;
- Лечебен план;
- Посочва се дата и час на определяне, УИН код и име на лекуващия лекар съставил диагностично-лечебния план.

Част VI

Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VII

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VIII Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/ интервенционални/ ендоскопски процедури.

Част IX

Декурзус

- Декурзус - в полето се вписват бележки според необходимостта за хода на болестта, грижите за болния, назначения или друго в свободен текст;
- Лекарствени назначения - провеждано лекарствено лечение, като се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снел декурзуса.

Консултация

- Консултация – в полето се маркира с надпис „Консултация“ и се описва в свободен текст консултацията;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на консултанта.

Изход от заболяването и препоръки

- Изход от заболяването – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Препоръки – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекуващия лекар, изготвил описанието на изхода от заболяването и препоръките.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на заболяването - гинекологична“ и са неотделима част от самото ИЗ.“