

## Проект новой унифицированной медицинской карты стоматологического пациента

12 октября 2016 года

### **Уважаемые коллеги!**

В соответствии с решением Совета СТАР, рабочей группой был разработан проект новой унифицированной медицинской карты стоматологического пациента. В данном проекте учтены все требования законодательства, постановлений правительства, приказов Минздрава РФ и других ведомств. Формулировки выверены в соответствии со словарем медицинских терминов и анатомическим атласом. Были взяты за основу конструктивные предложения присланные коллегами из многих регионов России. МКСП будет предложена в двух форматах А-5 и А-4.

Данный проект представлен и одобрен на Комитете СТАР по «Клинико-экспертным вопросам» и Совете СТАР.

Решением Совета СТАР, проект МКСП предлагается обсудить всем стоматологическим сообществом для выявления ошибок, недочетов и внесения конструктивных предложений. Обсуждение будет длиться в течении одного месяца со дня опубликования на официальном сайте СТАР e-stomatology.

Окончательный вариант МКСП, с учетом Ваших предложений будет утвержден Правлением СТАР и как пилотный проект направлен в стоматологические клиники различных форм собственности, в разные регионы РФ сроком на один месяц, для рецензии.

После прохождения всех вышеизложенных процедур, новая форма медицинской карты стоматологического пациента будет направлена на утверждение Министерством здравоохранения РФ. Все конструктивные предложения и замечания направлять на электронную почту [aoparko@yandex.ru](mailto:aoparko@yandex.ru)

С уважением,  
Ответственный секретарь СТАР,  
руководитель рабочей группы,  
**Опарко Андрей Андреевич**



**1. Адрес регистрации:**

_____	_____		
страна, субъект РФ	населённый пункт		
_____	_____	_____	_____
улица	дом	кв.	корп.

**2. Изменение адреса:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Фактический адрес места жительства:**

_____	_____		
страна, субъект РФ	населённый пункт		
_____	_____	_____	_____
улица	дом	кв.	корп.

**4. Изменение адреса:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Телефон:** \_\_\_\_\_

**6. Электронная почта:** \_\_\_\_\_

**7. Документ, удостоверяющий личность:** *наименование:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *серия:* \_\_\_\_\_ *№* \_\_\_\_\_

*кем выдан:* \_\_\_\_\_ *дата выдачи:* \_\_\_\_\_

**8. Место работы:** \_\_\_\_\_ *профессия:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Страховая организация: \_\_\_\_\_

10. Полис: ОМС: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

ДМС: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

11. Код категории льготы: \_\_\_\_\_

12. К кому обращаться в случае необходимости:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

13. Аллергический анамнез: \_\_\_\_\_

14. Перенесённые заболевания: \_\_\_\_\_

15. Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

16. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств:

ПОЛУЧЕНО (да, нет): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ г.

17. Жалобы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Термометрия (по показаниям): \_\_\_\_\_

19. Тонометрия (по показаниям): \_\_\_\_\_

20. Развитие настоящего заболевания (анамнез): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. Внешний осмотр: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Осмотр преддверия рта: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. Осмотр полости рта: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**25. Предварительный диагноз (основное заболевание, осложнение, сопутствующая стоматологическая патология):** \_\_\_\_\_

**26. Рекомендуемый план комплексного обследования и лечения с учётом предварительного диагноза:** \_\_\_\_\_

**27. Данные обследования по основному заболеванию:** \_\_\_\_\_

**28. Клинический диагноз основного заболевания:** \_\_\_\_\_

**29. План лечения основного заболевания:** \_\_\_\_\_

**30. Протокол лечения:** \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,  
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые  
граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской  
организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов  
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной  
помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

