

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Калужской области
«Медицинский информационно-аналитический центр
Калужской области»

(ГБУЗ КО «МИАЦ Калужской области»)

248007, Калуга,
ул. Вишневого, д.1
тел. (484-2) 70-50-12
fax (484-2) 70-50-12
E-mail: mail@miac.kaluga.ru

№ **105**
«17» апреля 2018г.

Руководителям

государственных учреждений,
подведомственных министерству
здравоохранения Калужской
области, оказывающих
медицинскую помощь в
амбулаторных условиях

**О внесении изменений в учетную
форму №025-1/у «Талон пациента,
получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях»**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Медицинский информационно-аналитический центр Калужской области» (далее - ГБУЗ КО «МИАЦ») напоминает, что приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.01.2018 №2н (зарегистрирован в Министерстве юстиции РФ 04.04.2018 рег.№50614) «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2017г. №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»» внесен ряд изменений в приказ от 15.12.2014 №834н, в частности в учетную форму №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее – ТАП).

В целях корректного формирования годовой отчетности необходимо обеспечить ведение статистического учета по добавленным полям.

Приложение: 1. Приказ МЗ РФ на 22 стр. в эл.виде;

2. Изменения в ТАП на 2 стр. в 1 эл.виде.

Заместитель директора по медицинской статистике



Соболева Е.С.

от 15 декабря 2014 г. N 834н (в ред. приказа от 09.01.2018 №2н)

Наименование медицинской организации _____

Медицинская документация

Учетная форма N 025-1/у

Адрес медицинской организации _____

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. N 834н

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, N _____

<p>1. Дата открытия талона: число ____ месяц ____ год ____ 2. Код категории льготы ____ 3. Действует до ____ 4. Страховой полис ОМС: серия ____ N ____ 5. СМО ____ 6. СНИЛС ____ 7. Фамилия ____ 8. Имя ____ 9. Отчество ____ 10. Пол: муж - 1, жен - 2</p> <p>11. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____ 11.1. Документ, удостоверяющий личность ____ серия ____ номер ____</p> <p>12. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____</p> <p>13. Местность: городская - 1, сельская - 2</p> <p>14. Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6</p> <p>15. Место работы, должность (для детей: дошкольник: организован, неорганизован; школьник) _____</p> <p>16. Инвалидность: установлена впервые - 1, повторно - 2 17. Группа инвалидности: I - 1, II - 2, III - 3</p> <p>18. Инвалид с детства: да - 1, нет - 2</p> <p>19. Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь - 1, первичная врачебная медико-санитарная помощь - 2, первичная специализированная медико-санитарная помощь - 3, паллиативная медицинская помощь - 4, мобильная медицинская бригада - 5.</p> <p>20. Место обращения (посещения): поликлиника - 1, на дому - 2, центр здоровья - 3, иные медицинские организации - 4, на медицинскую реабилитацию - 12; отказ от прохождения медицинских обследований при диспансеризации или медицинском осмотре - 13.</p> <p>21. Посещения: по заболеваниям (коды A00 - T98) - 1, из них: в неотложной форме - 1.1; активное посещение - 1.2; диспансерное наблюдение - 1.3; с профилактической и иными целями (коды Z00 - Z99) - 2: медицинский осмотр - 2.1; диспансеризация - 2.2; комплексное обследование - 2.3; паллиативная медицинская помощь - 2.4; патронаж - 2.5; другие обстоятельства - 2.6</p> <p>22. Обращение (цель): по заболеванию (коды A00 - T98) - 1, с профилактической целью (коды Z00 - Z99) - 2</p> <p>23. Обращение (законченный случай лечения): да - 1; нет - 2 24. Обращение: первичное - 1, повторное - 2</p> <p>25. Результат обращения: выздоровление - 1, без изменения - 2, улучшение - 3, ухудшение - 4, летальный исход - 5, дано направление: на госпитализацию - 6, из них: по экстренным показаниям - 7, в дневной стационар - 8, на обследование - 9, на консультацию - 10, на санаторно-курортное лечение - 11</p> <p>26. Оплата за счет: ОМС - 1; бюджета - 2; личных средств - 3; ДМС - 4; иных источников, разрешенных законодательством - 5</p>							
27. Даты посещений (число, месяц, год):							

оборотная сторона формы N 025-1/у

28. Диагноз предварительный _____ код по МКБ-10 _____
29. Внешняя причина _____ код по МКБ-10 _____
30. Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____
Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____
31. Медицинская услуга _____ код _____
Медицинская услуга _____ код _____

32. Диагноз заключительный _____ код по МКБ-10 _____
 33. Внешняя причина _____ код по МКБ-10 _____
 34. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____

35. Заболевание: острое (+) - 1; впервые в жизни установленное хроническое (+) - 2; ранее установленное хроническое (-) - 3

36. Диспансерное наблюдение: состоит - 1; взят - 2, снят - 3, из них: с выздоровлением - 4, со смертью - 5, по другим причинам - 6

37. Травма: производственная - 1; транспортная - 2, из нее: ДТП - 2.1; спортивная - 3; уличная - 4; сельскохозяйственная - 5; прочая - 6

38. Операция: _____ код _____

39. Анестезия: общая - 1; местная - 2 40. Операция проведена с использованием аппаратуры: лазерной - 1; криогенной - 2; эндоскопической - 3; рентгеновской - 4 41. Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____

42. Манипуляции, исследования: _____ кол-во _____ код _____
 _____ кол-во _____ код _____,

**в том числе лабораторные, инструментальные и лучевые: кол-во _____ код _____
 кол-во _____ код _____**

43. Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____

44. Рецепты на лекарственные препараты

Дата	Рецепт		Лекарственный препарат	льгота (%)	Лек. форма	Доза	Кол-во	код МКБ-10	Код врача
	серия	номер							

45. Документ о временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности - 1; справка - 2. 46. Повод выдачи: заболевание - 1; уход за больным членом семьи - 2 (ФИО _____); в связи с карантином - 3; на период санаторно-курортного лечения - 4; по беременности и родам - 5; по прерыванию беременности - 6 47. Дата выдачи: число _____ месяц _____ год _____

48. Даты продления:

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

49. Дата закрытия документа о временной нетрудоспособности: число _____ месяц _____ год _____

50. Дата закрытия талона число _____ месяц _____ год _____ 51. Врач (ФИО, подпись) _____