

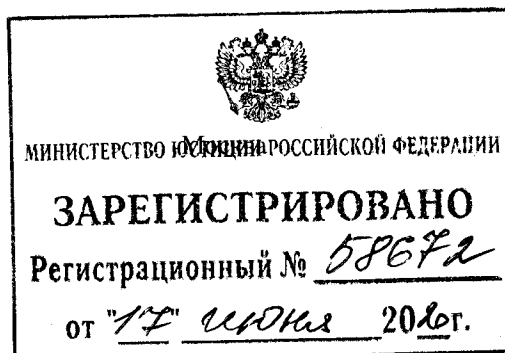


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

П Р И К А З

*24 марта 2020г.*

№ 229Н



**Об утверждении формы  
индивидуального дневника для заполнения частными медицинскими  
организациями при реализации пилотного проекта по вовлечению частных  
медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам  
в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации,  
в том числе проживающим в сельской местности**

В соответствии с пунктом 6 Правил реализации в субъектах Российской Федерации пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2019 г. № 1915 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, № 1, ст. 99), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить форму индивидуального дневника для заполнения частными медицинскими организациями при реализации пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности, согласно приложению.

Министр

М.А. Мурашко

Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «24» марта 2020 г. № 229н

Форма

**Индивидуальный дневник**

Название частной медицинской организации: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Дата заполнения индивидуального дневника: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Фамилия имя, отчество (при наличии) пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Диагноз:

Дата начала диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ

Рост: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_

Объективно:

Сознание: \_\_\_\_\_ Температура тела: \_\_\_\_\_ °С Уровень глюкозы крови: \_\_\_\_\_ ммоль/л

Кожные покровы: \_\_\_\_\_

Костно-мышечная система: \_\_\_\_\_

Система органов дыхания: ЧД \_\_\_\_\_

Система органов кровообращения: \_\_\_\_\_

АД: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ мм рт. ст. ЧСС: \_\_\_\_\_ уд/мин. Ритм: правильный/неправильный

Система органов пищеварения: \_\_\_\_\_

Стул: \_\_\_\_\_

Мочевыделительная система: \_\_\_\_\_

Диурез: \_\_\_\_\_ мл

Неврологический статус: \_\_\_\_\_

Эндокринная система: \_\_\_\_\_

**Применение лекарственных препаратов (в случае назначения врачом медицинской организации):**

Наименование лекарственного препарата	Доза	Кратность	Путь введения	Исполнение (дата, подпись)

**Проведение медицинских манипуляций (в случае назначения врачом медицинской организации):**

Наименование медицинской манипуляции	Назначение	Исполнение
уход за уретральным катетером		
уход за наложенной стомой		
обработка пролежней		
забор крови		
забор мочи		

Заключение:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника: \_\_\_\_\_

Передано в \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)