

Российская Федерация
Администрация Брянской области
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

П Р И К А З № 428

От « 23 » июня 2010 г.

г. Брянск

О внесении дополнений в учетную форму
№ 112/у-10 Бр «История развития ребенка»,
утвержденную приказом ДЗ №350 от 28.05.2010 г.

В связи с актуализацией учетной формы № 112/у-10 Бр «История развития ребенка», утвержденной приказом департамента здравоохранения от 28.05.2010 года № 350

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести дополнения в учетную форму № 112/у-10 Бр «История развития ребенка» в таблицу «Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 3-го года жизни» и в таблицу «Плановые прививки», согласно приложению 1.

2. Руководителям учреждений здравоохранения Брянской области ввести в действие указанную выше форму учета в соответствии с приложением № 1 с 01.07.2010 г.

3. Директору ГУЗ «Медицинский информационно–аналитический центр» Ермиловой Е.А. обеспечить контроль за внедрением данной формы в ЛПУ области.

4. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя директора департамента Чиркову О.И.

Директор департамента

В.Н. Дорощенко

Ермилова Е.А.
64-93-86

Сведения о семье

Родители и дети (фамилия, И. О.)	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детские учреждения)	Наличие хронических заболеваний
Мать			
Отец			
Дети:			

Хронические заболевания у других лиц, проживающих в квартире

Жилищно-бытовые условия

Дополнительные данные

10-Бр

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

10-Бр

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

10-Бр

Учет антибиотиков, примененных при лечении ребенка

Дата назначения	Наименование антибиотика и доза	Продолжительность курса лечения	Реакция на применение антибиотика

и т.д. до конца страницы

продолжение

Учет рентгенологических исследований

Дата исследования	Возраст ребенка	Характер и область исследования (R-графия, R-скопия, Ф-графия)

и т.д. до конца страницы

10-Бр

Сведения о новорожденном

Дата выписки из роддома № ____		Дата получения извещения о новорожденном из роддома № ____	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

Место для приклеивания обменной карты

10-Бр

Первичный врачебный патронаж к новорожденному _____

"... " _____ 20 ... г. _____ в возрасте,

дата посещения

на _____ день после выписки из роддома

Жалобы матери _____

Характер вскармливания _____

Общее состояние ребенка _____

Физиологические рефлексы новорожденного _____

Мышечный тонус _____ телосложение _____

Кожа _____ зев _____

Слизистые _____ состояние питания _____

Костная система _____

череп, швы, роднички, ключицы, состояние тазобедренных суставов

Дыхание _____

частота, характер, форма грудной клетки, перкуссия и аускультация органов дыхания

Сердечно-сосудистая система _____

видимая пульсация, звучность тонов

Пупочная ранка _____

Живот _____ печень _____ селезенка _____

Половые органы _____

Мочепускание _____ характер стула _____

Назначения и рекомендации

Условия, режим, уход за новорожденным _____

Заключение _____

Подпись врача

ЛИСТ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Даты профилактических осмотров ребенка врачами и наблюдений медицинской сестрой

Специальность врача (медицинской сестры)	Возраст ребенка при осмотре												
	Месяцы первого года жизни												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Дата осмотра ребенка												
В поликлинике													
1. Педиатр на дому													
2. Травматолог-ортопед													
3. Невропатолог (психонев.)													
4. Офтальмолог													
5. Стоматолог													
6. Другие специалисты													

продолжение

Специальность врача (медицинской сестры)	Кварталы 2-го года				Полугодие 3-го года		Годы жизни				
	I	II	III	IV	I	II	4	5	6	7	
В поликлинике											
1. Педиатр на дому											
2. Травматолог-ортопед											
3. Невропатолог (психонев.)											
4. Офтальмолог											
5. Стоматолог											
6. Другие специалисты											

Участковая медсестра _____

Профилактика и лечение рахита

Цель назначения	Назначение витамина D ₂					Ультрафиоле- товое облучение
	Вид пре- парата	Разовая доза и кратность приема	Дата назна- чения	Дата отмены	Всего получил на курс	
Профилак- тическая						
Лечебная						

продолжение

Гимнастика в массах

Наименование комплекса	Возраст	Дата назначения	Отметка о выполнении
I комплекс	1,5-3 мес.		
II комплекс	3-4 мес.		
III комплекс	4-6 мес.		
IV комплекс	6-9 мес.		
V комплекс	9-12 мес.		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА О ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Вскармливание			
	Грудное	Смешанное	Искусственное
С какого возраста			
По какой возраст			

Срок введения первого прикорма	
Дата введения прикорма	Возраст ребенка

Причины перевода		
На смешанное вскармливание	На искусственное вскармливание	
1	Болезнь матери	1
2	Отсутствие матери	2
3	Гипоталактрия	3
4	Отсутствие лактации	4
5	Выход на работу (учебу)	5
6	По желанию матери	6
7	Особенности и патологические состояния ребенка	7
8	Другие причины	8

Антропометрические данные на первом году жизни				
Возраст (месяцев)	Масса (вес) в гр.	Прирост массы (веса)	Окружность	
			грудной клетки	головы
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Примечание: соответствующая цифра обводится кружком, при переводе на смешанное вскармливание в колонке слева, на искусственное - в колонке справа

10-Бр

ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Краткие анамнестические данные

Общие заключения	К 3-м месяцам	К 6-ти месяцам	К 9-ти месяцам	К 12-ти месяцам
	Дата	Дата	Дата	Дата
Характер вскармливания				
Количество зубов				
Размер большого родничка				
Уровень физического развития (оценка)				
Уровень нервно-психического развития (оценка)				
Перенесенные острые заболевания				
Наличие хронических заболеваний				
Заключение о состоянии здоровья				
Подпись врача				

10-Бр

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 2-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

10-Бр

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 3-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Осмотр офтальмологом				
Осмотр отоларингологом				
Осмотр хирургом				
Осмотр неврологом				
Осмотр ортопедом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка с 3-х до 7 (6 лет 11 мес. 29 дней) лет

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотры:				
Педиатром				
Ортопедом (хирургом)				
Офтальмологом				
Невропатологом				
Логопедом				
Стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

10-Бр

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилакт. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

10-Бр

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилакт. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ

1. Плановые прививки

Прививка против		Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
						местная	общая
1		2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация						
	1. Ревакцинация 2. Ревакцинация						
Полиомиелита	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка					
	1 ревакцинация	1 прививка 2 прививка					
	2 ревакцинация	1 прививка 2 прививка					
	3 ревакцинация	1 прививка					
	4 ревакцинация						
Дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС)	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка					
	1 ревакцинация						
Дифтерии, столбняка (АДС)	1 ревакцинация 2 ревакцинация						
Кори	Вакцинация Ревакцинация						
Паротита	Вакцинация Ревакцинация						
Краснуха	Вакцинация Ревакцинация						
Гепатит В	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка					
Грипп	Вакцинация						
	Вакцинация						
	Вакцинация						
	Вакцинация						
	Вакцинация						
	Вакцинация						
	Вакцинация						
	Вакцинация						
	Вакцинация						
2. Внеплановые и вновь введенные плановые прививки							

и реакций на прививки

Название пробы	Дата проведения	Возраст ребенка	Серия	Размер инфильтрата	Результат
1	2	3	4	5	6
Реакция Манту	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				

продолжение

Противопоказаний к проведению прививок

Наименование прививки	Отвод прививки		
	дата	причина	указать на какой срок

10-Бр

Лист текущих наблюдений ребенка патронажной сестрой

Дата посещений	Порядковый № патронажа	Возраст ребенка	Цель посещения (патронаж, выполнение назначений врача, приглашение на прививку и др.)	Отметка о выполнении назначений, совет и др.

10-Бр

Место для приклеивания результатов анализов и справок