



ЗАГАД

ПРИКАЗ

11.12.2006 № 936

г. Минск

г. Минск

Об утверждении форм первичной
медицинской документации по
проблеме ВИЧ/СПИД

На основании пункта 4 плана дополнительных мероприятий по реализации распоряжения Президента Республики Беларусь от 12 мая 2005 г. № 108 рп «О некоторых мерах по совершенствованию системы нормативных правовых актов и Национального реестра правовых актов Республики Беларусь», утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29 июля 2005 г. № 839, и подпункта 6.27. пункта 6 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. № 843 ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

форму № 339/у «Направление на исследование крови на вирусные инфекции и сифилис» согласно приложению 1;

форму № 340/у «Направление на исследование крови на вирусные инфекции и сифилис» согласно приложению 2;

форму № 341/у «Журнал учета консультативного приема лиц, обратившихся для обследования на ВИЧ-инфекцию, и ВИЧ-инфицированных» согласно приложению 3;

форму № 342/у «Журнал учета ВИЧ-инфицированных лиц» согласно приложению 4;

форму № 343/у «Журнал учета лиц, серопозитивных по результатам иммуноферментного анализа, скрининговых и арбитражных исследований» согласно приложению 5;

форму № 344/у «Журнал учета лиц, позитивных к ВИЧ по результатам арбитражных и референс-исследований» согласно приложению 6;

форму № 345/у «Журнал учета лиц с манифестными стадиями ВИЧ-инфекции (пре-СПИД, СПИД)» согласно приложению 7;

форму № 346/у «Журнал учета доноров серопозитивных в иммуноферментном анализе по результатам скрининговых, арбитражных и референс-исследований» согласно приложению 8;

форму № 347/у «Справка о результате исследования на антитела к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)» согласно приложению 9;

форму № 348/у «Справка о результате исследования на антитела к вирусному гепатиту (австралийский антиген HBsAg, HCV)» согласно приложению 10;

форму № 349/у «Справка о результате исследования на сифилис» согласно приложению 11;

форму № 350/у «Карта эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции» согласно приложению 12.

2. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов и председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома обеспечить тиражирование настоящих форм и снабжение ими подведомственных организаций здравоохранения.

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2007 г., за исключением пункта 2, который вступает в силу с момента подписания приказа.

Министр



В.И. Жарко

 наименование организации здравоохранения

Приложение 1
 к приказу
 Министерства здравоохранения
 Республики Беларусь
 11. 12 2006 № 936
 Форма № 339/у

Направление № _____
 на исследование крови на вирусные инфекции и сифилис

 (указать вид инфекции)
 первичное, повторное
 полимеразная цепная реакция (ПЦР) – качественная,
 полимеразная цепная реакция (ПЦР) – количественная,
 иммунологический статус
 (нужное подчеркнуть)

В диагностическую лабораторию _____
 (наименование организации здравоохранения)

Фамилия, имя, отчество пациента (полностью) _____

Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

Число, месяц, год рождения _____

Место жительства _____

Место работы, учебы _____

Код обследования, диагноз заболевания _____

Число, месяц, год исследования _____

Медицинский работник,
 направивший материал
 на исследование _____

 (должность)

 (подпись)

 (инициалы, фамилия)

номер телефона _____

Результат лабораторного исследования:

 (число, месяц, год исследования)

Число, месяц, год выдачи результата _____

Медицинский работник,
 выдавший результаты _____

 (должность)

 (подпись)

 (инициалы, фамилия)

номер телефона _____

(наименование организации здравоохранения)

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
11. 12. 2006 № 936
Форма № 340/у

Направление № _____
на исследование крови на вирусные инфекции и сифилис

(указать вид инфекции)
первичное, повторное
полимеразная цепная реакция (ПЦР) – качественная,
полимеразная цепная реакция (ПЦР) – количественная,
иммунологический статус (нужное подчеркнуть)

в диагностическую лабораторию _____
(наименование организации здравоохранения)

№ п/п	Регистрационный номер	Фамилия, имя, отчество пациента	Пол	Число, месяц, год рождения	Место жительства	Место работы, учебы	Диагноз заболевания	Число, месяц, год забора крови	Результат исследования
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Медицинский работник,
направивший материал _____
(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)
Номер телефона _____ « ____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

(наименование организации здравоохранения)

Приложение 3
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
11. 12. 2006 № 936
Форма № 341/у

Журнал
учета консультативного приема
лиц, обратившихся для обследования
на ВИЧ-инфекцию и ВИЧ-инфицированных

Начат « ____ » _____ 20 ____ г.

Окончен « ____ » _____ 20 ____ г.

(наименование организации здравоохранения)

Приложение 7
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
17. 12 . 2006 № 936
Форма № 345/у

Журнал учета лиц
с манифестными стадиями ВИЧ-инфекции
(пре-СПИД, СПИД)

Начат «__» _____ 20__ г.

Окончен «__» _____ 20__ г.

20

(наименование организации здравоохранения)

Приложение 9
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
11. 12 . 2006 № 936
Форма № 347/у

СПРАВКА
о результате исследования на антитела
к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)

Дана _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____
(число, месяц, год)

пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

в том, что он (она) обследован (а) _____ на
наличие антител к ВИЧ (число, месяц, год)

Результат исследования _____ № анализа _____

Срок действия справки – один месяц.

Врач _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

М.П.

« ___ » _____ 20___ г.

 (the name of the public health organization)

Supplement 9
 to the order №
 of the Ministry of Health
 of the Republic of Belarus
 of _____ 2006 №

Record medical documentation
 form № 347/u

CERTIFICATE № _____

of test result on antibodies to the human immunodeficiency virus (HIV)

Issue _____
 (surname, name)

date of birth _____
 (date, month, year)

sex: male, female (underline)

that he (she) was tested on _____ for
 (date, month, year)

the presence in his/her blood of antibodies to the human immunodeficiency virus
 (HIV)

The result of the test was _____ № analysis _____

The certificate valid for one month

Doctor _____
 (signature) (initials, surname)

Stamp

« ___ » _____ 20__ y.

22

(наименование организации здравоохранения)

Приложение 10
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
11. 12 . 2006 № 930
Форма № 348/

СПРАВКА
о результате исследования на антитела
к вирусному гепатиту (австралийский антиген HBsAg, HCV)

Дана _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____
(число, месяц, год)

пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

в том, что он(она) обследован(а) _____ на наличие
(число, месяц, год)
антител к вирусному гепатиту (австралийский антиген HBsAg, HCV)

Результат исследования _____ № анализа _____

Срок действия справки – один месяц.

Врач _____
(подпись) _____
(инициалы, фамилия)

М.П.

« ___ » _____ 20__ г.

 (the name of the public health organization)

Supplement
 to the order № 10
 of the Ministry of Health
 of the Republic of Belarus
 of _____ 2006 №

Record medical documentation
 form № № 348/u

CERTIFICATE № _____

of test result on antibodies to the Australian antigen (HBs Ag, HCV)

Issue _____
 (surname, name)

date of birth _____
 (date, month, year)

sex: male, female (underline)

that he (she) was tested _____ on
 (date, month, year)
 antibodies to the Australian antigen (HBs Ag, HCV)

The result of the test was _____ № analysis _____

The certificate valid for one month

Doctor _____
 (signature) _____
 (initials, surname)

Stamp

« _____ » _____ 20 ____ y.

24

(наименование организации здравоохранения)

Приложение 11
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
11 . 12 . 2006 № 936
Форма № 349 /у

СПРАВКА
о результате исследования на сифилис

Дана _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____
(число, месяц, год)

пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

в том, что он (она) обследован (а) _____ на сифилис
(число, месяц, год)

Результат исследования _____ № анализа _____

Срок действия справки – один месяц.

Врач _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

(the name of the public health organization)

Supplement
to the order № 11
of the Ministry of Health
of the Republic of Belarus
of _____ 2006 №

Record medical documentation
form № 349/u

CERTIFICATE № _____

Of test result for the reaction of syphilis

Issue _____
(surname, name)

date of birth _____
(date, month, year)

sex : male, female (underline)

that he (she) was tested on _____ for
the reaction of syphilis (date, month, year)

The result of the test was _____ № analysis _____

The certificate valid for one month

Doctor _____
(signature) (initials, surname)

Stamp

« ___ » . _____ 20 ___ y.

26

(наименование организации здравоохранения)

Приложение 12
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
11. 12. 2006 № 936
Форма № 350/у

Карта
эпидемиологического расследования
случая ВИЧ-инфекции

Код больного _____

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2 Число, месяц, год рождения _____

3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) _____

4. Домашний адрес _____
(место жительства) _____
(место прописки) _____

5. Место работы (учебы) _____

6. Профессия _____

7. Семейное положение _____

8. Дети _____

9. Отношение к группе риска (код) _____

10. Причина обследования (код) _____

11. Результаты лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию:

« ____ » _____ 200 ____ г. _____
(результат)

« ____ » _____ 200 ____ г. _____
(результат)

« ____ » _____ 200 ____ г. _____
(результат)

12. Сведения об оперативных вмешательствах и гемотрансфузиях _____

13. Донорство: да, нет (нужное подчеркнуть)

14. Сведения о кроводачах _____

15. Половые партнеры (инициалы, фамилия, дата рождения, место жительства)

16. Сведения об употреблении наркотических веществ:

16.1 вид наркотических веществ и способ употребления _____

16.2 стаж наркотизации _____

16.3 кратность употребления наркотических веществ _____

16.4 наркологический учет _____

16.5 лечение по поводу наркомании _____

16.6 сведения о лицах, состоящих в контакте с ВИЧ-инфицированным
(инициалы; фамилия, число, месяц, год рождения, место жительства)

17. Перенесенные заболевания _____

18. Причина инфицирования: гомо-, гетеросексуальные контакты, инъекционное введение наркотических веществ, от матери ребенку (нужное подчеркнуть), другое (указать) _____

19. Число, месяц, год проведения консультирования « ____ » _____ 20 г.

20. С результатами обследования на ВИЧ-инфекцию ознакомлен (а):

« ____ » _____ 20 г. _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Об уголовной ответственности предупрежден (а):

« ____ » _____ 20 г. _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

21. Число месяц, год проведения эпидемиологического расследования

« ____ » _____ 20 г.

Медицинский
работник

_____ (должность) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

22. Число, месяц, год постановки на учет

« ____ » _____ 20 г.