



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.

Оборотная сторона

\_\_\_\_\_  
 (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.

\_\_\_\_\_  
(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.