



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Поликлиническая терапия

Рабочая тетрадь для обучающихся 5 курса
по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Учебное пособие
В 2 частях
Часть 1

Красноярск
2021

УДК 616-08(075.8)
ББК 53.5
П50

Авторы: д-р мед. наук, проф. М. М. Петрова; канд. мед. наук Д. С. Каскаева; канд. мед. наук О. В. Зимницкая; д-р мед. наук Е. А. Теппер; канд. мед. наук Е. А. Пронина

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный специалист по общей врачебной практике Министерства здравоохранения Омской области И. А. Викторова; д-р мед. наук, проф. кафедры общей врачебной практики и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, проф. Н. П. Гарганеева

Поликлиническая терапия : рабочая тетрадь для обучающихся 5 курса по специальности 31.05.01 Лечебное дело : учебное пособие : в 2 ч. / М. М. Петрова, Д. С. Каскаева, О. В. Зимницкая [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2021. – Ч. 1. – 72 с.

Учебное пособие составлено в соответствии с учебной программой по дисциплине «Поликлиническая терапия» для студентов 5 курса медицинских вузов, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Учебное пособие содержит краткую информацию по вопросам подготовки студентов к практическим занятиям и задания для самостоятельной работы обучающихся на занятии и вне аудитории, тематика которых предусматривает изучение вопросов осеннего семестра 5 курса обучения.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 2 от 27.10.2021 г.)

УДК 616-08(075.8)
ББК 53.5

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России, 2021

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Поликлиническая терапия

Рабочая тетрадь для обучающихся 5 курса
по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Учебное пособие
В 2 частях
Часть 1

ФИО

группа

Красноярск
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
РАЗДЕЛ 1. ЗАНЯТИЯ 9 СЕМЕСТРА.	
Занятие 1	6
Занятие 2	13
Занятие 3	20
Занятие 4	25
Занятие 5	33
Занятие 6	40
Занятие 7	53
Занятие 8	59
РАЗДЕЛ 2. ПРИЛОЖЕНИЯ.	
Приложение 1	63
Приложение 2	64
Приложение 3	65
Приложение 4	67
Приложение 5	69
Приложение 6	70
Список литературы	71

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время во всем мире признанной является концепция непрерывного образования. Согласно этой концепции, знаний по специальности, полученных в период обучения в вузе, не хватит на всю оставшуюся жизнь. Поэтому каждый специалист, окончив вуз, должен в дальнейшем заниматься самообразованием, знать, где можно найти достоверную информацию, уметь правильно ее анализировать и интерпретировать. Потому одним из важных методов обучения в подготовке будущих специалистов является выполнение самостоятельной работы. Именно в процессе выполнения самостоятельной работы студенты учатся поиску достоверной информации для нахождения ответов на поставленные вопросы, анализу и интерпретации этой информации, формулированию ответов своими словами. Данное учебное пособие составлено таким образом, что на первый план выходит самостоятельная работа студентов.

В учебном пособии по каждой теме выделены ключевые положения, информация представлена в виде рисунков, схем и таблиц для лучшего восприятия и запоминания. В каждой теме имеются задания для самостоятельной работы на занятии и во внеаудиторное время. В приложении размещены все формы документов, необходимых врачу-терапевту для заполнения на приеме. Данное учебное пособие будет интересно студентам 5 курса специальности Лечебное дело.

ЗАНЯТИЯ 9 СЕМЕСТРА.

5 курс 9 семестр

Занятие 1

Электронное здравоохранение. Устройство поликлиники. Знакомство с работой терапевтического отделения, организацией работы участкового врача и медицинской сестры. Бережливая поликлиника. Организация рабочего пространства. Программа qMS

Бережливая поликлиника – совместный проект Министерства здравоохранения РФ и государственной корпорации «Росатом». Его цель – оптимизация работы поликлиник, снижение времени пребывания в учреждении, разделение потоков пациентов и упрощение записи на прием к врачу.



Рисунок 1.1 - Причины создания проекта «Бережливая поликлиника»

Что такое 5S?

5S - пять взаимосвязанных принципов организации рабочего пространства, направленных на мотивацию и вовлечение персонала в процесс

улучшения продукции, процессов, системы менеджмента организации, снижения потерь повышение безопасности и удобства в работе.



Рисунок 1.2 - Концепция бережливого производства – 5S

§ **Задание 1.** Напишите примеры 5S в работе поликлиники:

1S - _____

2S - _____

3S - _____

4S _____

5S - _____

Инструменты для анализа потерь

«Диаграмма Спагетти» - диаграмма, отражающая траекторию маршрутов движения продукта по мере перехода от одной стадии к другой вдоль потока создания ценности. Диаграмма позволяет наглядно увидеть какое количество лишних движений, перемещений совершают работники. Цель построения диаграммы – рационально разместить рабочие места в потоке и устранить потери при транспортировке и передвижении.

Правила построения:

- ✓ Зафиксировать всех участников процесса
- ✓ Начало движения отметить жирной точкой
- ✓ Пересечения линий желательно делать под прямым углом
- ✓ По возможности использовать ручки разных цветов
- ✓ Над линией указать расстояние в метрах, под линией время в секундах.

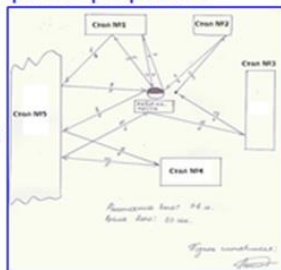


Рисунок 1.3 - Диаграмма Спагетти

Знакомство с поликлиникой

Поликлиника — это высокоспециализированное лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), предназначенное оказывать медицинской помощи приходящим больным, а также больным на дому, осуществлять комплекс лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

Таблица 1.1 - Медицинская учётная документация в поликлиниках

Полное название документа	Номер формы
Медицинская карта больного, получающего помощь в амбулаторных условиях	025/y
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y
Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией	088/y
Карта профилактических прививок	063/y
Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение	070/y
Санаторно-курортная карта	072/y
Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	086/y
Выписка из амбулаторной карты пациента	027/y

Карта учета диспансеризации	131/y
Направление на госпитализацию	057/y
Листок нетрудоспособности	001/y
Рецепты	107/y; 148/y
Карта учета диспансеризации	131/y

§ Задание 2. Допишите цифры в предложение.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

на фельдшерском участке – _____;

на терапевтическом участке – _____;

на участке врача общей практики – _____;

на участке семейного врача – _____;

на комплексном участке – _____.

§ Задание 3. Выпишите рецепты на 4 лекарственных препарата по МНН по заданию преподавателя.

Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код формы по ОКЗ/Д Код учреждения по ОКТО Медицинская документация Форма № 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. № 4н
Наименование (штамп) медицинской организации	Наименование (штамп) медицинской организации
Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)	Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)

РЕЦЕПТ
(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)
« » 20 г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки) М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код формы по ОКЗ/Д Код учреждения по ОКТО Медицинская документация Форма № 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. № 4н
Наименование (штамп) медицинской организации	Наименование (штамп) медицинской организации
Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)	Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)

РЕЦЕПТ
(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)
« » 20 г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки) М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код формы по ОКЗ/Д Код учреждения по ОКТО Медицинская документация Форма № 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. № 4н
Наименование (штамп) медицинской организации	Наименование (штамп) медицинской организации
Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)	Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)

РЕЦЕПТ
(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)
« » 20 г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки) М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код формы по ОКЗ/Д Код учреждения по ОКТО Медицинская документация Форма № 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. № 4н
Наименование (штамп) медицинской организации	Наименование (штамп) медицинской организации
Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)	Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)

РЕЦЕПТ
(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)
« » 20 г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки) М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

Рисунок 1.4 – Бланки рецептов форма 107-1/у

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Основные учётные критерии оценки работы участкового терапевта.
- 2) Нарисуйте диаграмму спагетти для процедурного кабинета.
- 3) Тактика врача терапевта при обнаружении лихорадки неясного генеза.
- 4) Тактика врача терапевта по профилактике и раннему выявлению туберкулеза.
- 5) Напишите, в чем отличие врача терапевта от врача общей практики.

[illegible]

[illegible]

5 курс 9 семестр

Занятие 2

Диспансеризация. Общие вопросы организации и проведения диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Рекомендации по профилактике хронических неинфекционных заболеваний (2013). Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

Диспансеризация проводится:

- в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в три года;
- в возрасте 40 лет и старше - ежегодно.

Диспансеризация нужна для выявления хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности, к которым относятся:

- сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания);
- некоторые злокачественные новообразования;
- сахарный диабет;
- хронические болезни органов дыхания, туберкулёз.

§ Задание 1. Напишите перечень обязательных обследований при проведении диспансеризации взрослого населения.

Группы диспансеризации

I группа здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний);

II группа здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Граждане со II группой здоровья с высоким или очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом. Гражданам со II группой

здоровья при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска;

IIIА группа здоровья – граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

IIIБ группа здоровья – граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с III А и III Б группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития.

Приказ от 29 марта 2019 г. N 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Диспансерное наблюдение – проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений

заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

§ Задание 2. Напишите, с какими заболеваниями врач терапевт берет на диспансерный учет пациентов.

§ Задание 3. Заполните форму № 030/у. Задание к ней Вам даст преподаватель.

Наименование медицинской организации _____ Адрес: _____	Код формы по ОКУД _____ Код организации по ОКПО _____ Медицинская документация Учетная форма № 030/у Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н
--	---

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____**

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____ Код по МКБ-10 _____

2. Дата заполнения карты: число _____ месяц _____ год _____

3. Специальность врача _____ 4. Ф. И. О. врача _____

5. Дата установления диагноза _____ 6. Диагноз установлен: впервые – 1, повторно – 2.

7. Заболевание выявлено: при обращении за лечением – 1, профилактическом осмотре – 2.

8. Дата начала диспансерного наблюдения _____ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление – 1, выбытие из района обслуживания – 2, смерть – 3.

11. Фамилия, имя, отчество пациента _____

12. Пол: муж. – 1, жен. – 2. 13. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

15. Код категории льготы _____

16. Контроль посещений:

	Даты посещений					
Назначено явиться						
Явился(лась)						

Рисунок 2.1 - Контрольная карта диспансерного наблюдения

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

1) Напишите, сколько пациентов должно состоять на учете, у врача терапевта и врача общей практики.

2) Как часто проводится диспансерное наблюдение пациентов, состоящих на диспансерном учете?

3) Напишите причины снятия пациентов с диспансерного учета.

4) Напишите эпикриз взятия на диспансерный учет на пациента по заданию преподавателя.

5) Выпишите рецепты на 4 лекарственных препарата по МНН, которые Вам задаст преподаватель.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование (штамп)
медицинской организации
Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

«_____» _____ 20____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____
руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года _____
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

«_____» _____ 20____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____
руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года _____
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

[illegible]

5 курс 9 семестр

Занятие 3

Санаторно-курортное лечение. Вопросы санаторно-курортного лечения терапевтических заболеваний. Классификация курортов по природным лечебным факторам: бальнеологические, грязевые, климатические, курорты с особыми лечебными факторами

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 сентября 2020 г. № 1029н “Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения”.

Санаторно-курортное лечение — это комплексное использование естественных курортных факторов и специальных процедур для лечения и реабилитации больных, а также профилактики различных заболеваний.

Общие показания для санаторно-курортного лечения:

1. Хронические заболевания вне обострения
2. Долечивания после стационара

Общие противопоказания для санаторно-курортного лечения:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Бактерионосительство.
5. Заразные болезни глаз и кожи.
6. Паразитарные заболевания.
7. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ.

8.Туберкулез любой локализации в активной стадии (для санаторно-курортных организаций нетуберкулезного профиля).

9.Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).

10.Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.

11.Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.

12.Эпилепсия с ремиссией менее 6 месяцев (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).

13.Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.

14.Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.

15.Кахексия любого происхождения.

16.Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.

§ Задание 1. Перечислите, какие виды курортов Вы знаете.

§ Задание 2. Напишите, к кому нужно обратиться работающему или неработающему гражданину, чтобы получить путевку на санаторно-курортное лечение.

§ Задание 3. Перечень обязательных исследований при направлении пациента на санаторно-курортное лечение.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

1) Заполните на пациента справку для получения путевки (070/у) по заданию преподавателя.

2) Заполните на пациента справку для получения путевки (070/у) по заданию преподавателя.

3) Выпишите рецепты на 4 лекарственных препарата по МНН, которые Вам задаст преподаватель.

4) Беременность и санаторно-курортное лечение. Дайте рекомендации пациентке.

5) Напишите, какой срок годности справки 070/у и 072/у.

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 28 horizontal black lines spaced evenly across the page, typical of standard notebook paper. The lines are thin and extend from the left edge to the right edge. There are no margins, text, or other markings on the page.

[illegible]

5 курс 9 семестр

Занятие 4

Экспертиза временной нетрудоспособности (часть 1)

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 сентября 2020 г. № 925н “Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа”.

Когда выдается листок нетрудоспособности?

Листок нетрудоспособности выдается в форме документа на бумажном носителе либо формируется по результатам проведения экспертизы временной нетрудоспособности в связи с:

- заболеваниями;
- травмами;
- отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности;
- долечиванием в санаторно-курортных организациях;
- при необходимости ухода за больным членом семьи;
- в связи с карантином;
- на время протезирования в стационарных условиях;
- в связи с беременностью и родами;
- при усыновлении ребенка.

Листок нетрудоспособности выдается:

- лицам, работающим по трудовым договорам, в том числе руководителям организаций, являющимся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества;
- государственным гражданским служащим, муниципальным служащим;

- лицам, замещающим государственные должности Российской Федерации, государственные должности субъекта Российской Федерации, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;
- членам производственного кооператива, принимающим личное трудовое участие в его деятельности;
- священнослужителям;
- лицам, осужденным к лишению свободы и привлеченным к оплачиваемому труду;
- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемым индивидуальными предпринимателями (нотариусы, занимающиеся частной практикой, иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой), членам семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, добровольно вступившим в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и уплачивающим за себя страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии со статьей 4.5 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Федеральный закон № 255-ФЗ);
- иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с федеральными законами при условии уплаты за них страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации;

- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности либо в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования;
- иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим на территории Российской Федерации, имеющим право на пособие по временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;
- женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций, в связи с прекращением деятельности в качестве индивидуального предпринимателя, у которых беременность наступила в течение 12 месяцев до признания их в установленном порядке безработными, выдается листок нетрудоспособности на бумажном носителе.

§ Задание 1. Напишите, кто не имеет право на выдачу листка нетрудоспособности?

§ Задание 2. Заполните пропуски.

Фельдшер либо зубной врач единолично выдает (формирует) листки нетрудоспособности сроком до _____ календарных дней включительно.

Лечащий врач единолично выдает (формирует) листки нетрудоспособности сроком до _____ календарных дней включительно.

§ Задание 3. Выпишите 2 листка нетрудоспособности по заданию преподавателя.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐
 дубликат ☐

продолжение листа
 нетрудоспособности № _____

001 234 567 891

(наименование медицинской организации) _____
 (адрес медицинской организации) _____
 Дата выдачи ____ - ____ - ____ (ОГРН) _____
 Ф. И. О. _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) _____
 М ☐ Ж ☐

Причина нетрудоспособности _____
 код _____ доп код _____ код изм. _____

Состоит на учёте
 в государственных
 учреждениях
 службы занятости ☐

Печать
 медицинской
 организации

(Дата рождения) ____ - ____ - ____
 (место работы-наименование организации) _____
 Основное ☐ По совместительству ☐ № _____
 дата 1 ____ - ____ - ____ дата 2 ____ - ____ - ____ № путевки _____
 ОГРН санатория или клиники НИИ _____
 возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____
 Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐

Отметки о нарушении режима _____ Дата ____ - ____ - ____
 Находился в стационаре: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____
 Дата направления в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____
 Дата регистрации документов в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____
 Освидетельствован в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____

Подпись врача: _____
 Установлена/изменена группа инвалидности _____
 Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

Печать
 учреждения
 медико-
 социальной
 экспертизы

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ С ____ - ____ - ____ Иное: ____ - ____ - ____
 Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____
 Печать
 медицинской
 организации

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

(место работы-наименование организации) _____
 Регистрационный № _____ / _____
 ИНН нетрудоспособного: (при наличии) _____
 Условия исчисления _____
 Дата начала работы ____ - ____ - ____
 Причитается пособие за период: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____

Основное ☐ По совместительству ☐
 Код подчинённости _____
 СНИЛС _____
 Акт формы Н-1 от ____ - ____ - ____
 Страховой стаж: ____ лет ____ мес. в т. ч. нестраховые периоды: ____ лет ____ мес.
 Средний заработок для исчисления пособия: ____ р ____ к. Средний дневной заработок ____ р ____ к.
 Сумма пособия: за счёт средств работодателя ____ р ____ к. за счёт средств Фонда социального страхования Российской Федерации ____ р ____ к. Итого начислено ____ р ____ к.
 Фамилия и инициалы руководителя: _____
 Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____

Печать
 работодателя

Подпись _____
 Подпись _____

заполняется врачом и остаётся в медицинской организации

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐
 дубликат ☐

продолжение листа
 нетрудоспособности № _____

001 234 567 891

Ф. И. О. _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) _____
 (место работы-наименование организации) _____
 Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

(фамилия, инициалы врача) _____
 № истории болезни _____
 Дата выдачи ____ - ____ - ____
 расписка получателя _____

Рисунок 4.1 – Листок нетрудоспособности

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

первичный ☐ продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат ☐

 (наименование медицинской организации)

 (адрес медицинской организации)

Дата выдачи: ____ - ____ - ____ (ОГРН)

Ф: _____
 И: _____
 О: _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

 (Дата рождения)

М ☐ Ж ☐ Причина нетрудоспособности код: _____ доп код: _____ код изм.: _____

 (место работы-наименование организации)

Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

 (Дата 1) _____ (Дата 2) _____ № путевок: _____ ОГРН санатория или клиники НИИ: _____

по уходу: _____ возраст (лет/мес.): _____ родственная связь: _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход: _____

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐

Отметки о нарушении режима: _____ Дата: ____ - ____ - ____ Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____

Дата направления в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____

Освидетельствован в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____

Установлена/изменена группа инвалидности ☐

Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

Печать медицинской организации

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	_____	_____	_____
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	_____	_____	_____
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	_____	_____	_____

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ С ____ - ____ - ____ Иное: ____ - ____ - ____

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____

Печать медицинской организации

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

 (место работы-наименование организации)

Основной ☐ По совместительству ☐

Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости: _____

ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС: _____

Условия исчисления: _____ Акт формы Н-1 от: _____

Дата начала работы: ____ - ____ - ____ Страховой стаж: ____ лет ____ мес. в т.ч. нестраховые периоды: ____ лет ____ мес.

Причитается пособие за период: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____

Средний заработок для исчисления пособия: _____ р. ____ к. Средний дневной заработок: _____ р. ____ к.

Сумма пособия: за счёт средств работодателя _____ р. ____ к. за счёт средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р. ____ к. Итого начислено: _____ р. ____ к.

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись: _____

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись: _____

линия отреза



001 234 567 891

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ И ОСТАЁТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

0000000000 первичный ☐ продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат ☐

Ф: _____
 И: _____
 О: _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

 (место работы-наименование организации)

Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

 (фамилия, инициалы врача)

№ истории болезни: _____

Дата выдачи: ____ - ____ - ____

расписка получателя: _____

Рисунок 4.1 – Листок нетрудоспособности

ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА

В строке «Причина нетрудоспособности» в первых двух клетках указать соответствующий двухзначный код

- | | |
|--|--|
| 01 - заболевание | 11 - заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 |
| 02 - травма | 12 - в случае заболевания ребенка, включенного в перечень заболеваний, определяемый Минздравсоцразвития России в соответствии с ч. 5 ст. 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» |
| 03 - карантин | 13 - ребенок-инвалид |
| 04 - несчастный случай на производстве или его последствия | *14 - поствакцинальное осложнение или злокачественное новообразование у ребенка |
| 05 - отпуск по беременности и родам | *15 - ВИЧ-инфицированный ребенок |
| 06 - протезирование в стационаре | <i>*Коды 14 и 15 проставляются только при согласии застрахованного лица</i> |
| 07 - профессиональное заболевание или его обострение | |
| 08 - долечивание в санатории | |
| 09 - уход за больным членом семьи | |
| 10 - иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.) | |

В строке «Причина нетрудоспособности», вслед за двухзначным кодом, указать дополнительный трехзначный код

- 017 - при лечении в специализированном санатории
 018 - при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ)
 019 - при лечении в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации
 020 - при дополнительном отпуске по беременности и родам
 021 - при заболевании или травме, наступившей вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением

В строке «дата1» проставляется дата изменения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевки, **в строке «дата2»** проставляется дата окончания путевки, в строке № путевки проставляется номер путевки.
 Пример записи: «05.10.2011 17.10.2011 №0000000»

В блоке «По уходу» предусмотрены 2 строки в случае ухода за двумя членами семьи, в каждой строке указывается последовательно возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество.

В строке «Отметка о нарушении режима» указать код

- 23 - несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача
 24 - несвоевременная явка на прием к врачу
 25 - выход на работу без выписки
 26 - отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы
 27 - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы
 28 - другие нарушения

В строке «Иное» указать код:

- 31 - продолжает болеть
 32 - установлена инвалидность
 33 - изменена группа инвалидности
 34 - умер
 35 - отказ от проведения медико-социальной экспертизы
 36 - явился трудоспособным
 37 - долечивание

В строке «родственная связь» указать код

- 38 - мать;
 39 - отец;
 40 - опекун;
 41 - попечитель;
 42 - иной родственник, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи

В строке «Условия исчисления» указать код (при необходимости несколько кодов)

- 43 - лицо, относящееся к категории лиц, подвергшихся воздействию радиации
 44 - лицо, приступившее к работе в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях до 2007 года и продолжающее работать в этих местностях
 45 - лицо, имеющее инвалидность
 46 - трудовой договор менее 6 месяцев (не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»)
 47 - заболевание (травма) наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы
 48 - уважительная причина нарушения режима
 49 - продолжительность заболевания превышает 4 месяца подряд (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
 50 - продолжительность заболевания превышает 5 месяцев в календарном году (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
 51 - неполное рабочее время

Строка «Дата начала работы» заполняется для кодов 01 и 02 в случаях аннулирования трудового договора

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ НОМЕР, РАСПОЛОЖЕННЫЙ В ЛЕВОЙ ЧАСТИ КОРЕШКА БЛАНКА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НОМЕРОМ БЛАНКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ.

Рисунок 4.2 – Листок нетрудоспособности (оборотная сторона)

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Напишите, при каких условиях листок нетрудоспособности не выдается
- 2) Правила выдачи листка нетрудоспособности на бумажном носителе.
- 3) Напишите, какие нарушения режима Вы знаете при выдаче листка нетрудоспособности.
- 4) Правила выдачи листка по беременности и родам.
- 5) Выпишите листок нетрудоспособности по заданию преподавателя.

Домашняя работа

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

[illegible]

5 курс 9 семестр

Занятие 5

Экспертиза временной нетрудоспособности (часть 2)

Оформление листка нетрудоспособности

Записи в листке нетрудоспособности на бумажном носителе выполняются медицинскими организациями, учреждениями МСЭ и страхователями на русском языке печатными заглавными буквами чернилами черного цвета либо с применением печатающих устройств. Допускается использование гелевой, капиллярной или перьевой ручки. Не допускается использование шариковой ручки. Записи в листке нетрудоспособности не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. Все записи в специально отведенных ячейках проставляются, начиная с первой ячейки.

Печати медицинской организации, учреждения медико-социальной экспертизы могут выступать за пределы специально отведенного места, но не должны попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудоспособности.

Печать страхователя может выступать за пределы специально отведенного места, но не должна попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудоспособности на бумажном носителе.

При наличии ошибок в заполнении листка нетрудоспособности на бумажном носителе либо в связи с его порчей или утерей (до момента выплаты на его основании пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам), а также в случаях изменения причины нетрудоспособности по решению врачебной комиссии взамен ранее выданного листка нетрудоспособности на бумажном носителе оформляется дубликат листка

нетрудоспособности на бумажном носителе, либо формируется дубликат листка нетрудоспособности в форме электронного документа.

Сведения, направляемые медицинской организацией в Фонд социального страхования Российской Федерации в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа, подтверждаются усиленными квалифицированными электронными подписями медицинской организации, ее медицинских работников, проводивших экспертизу временной нетрудоспособности, а в случаях, предусмотренных настоящим Порядком - усиленной квалифицированной электронной подписью председателя врачебной комиссии медицинской организации.

При наличии ошибок в листке нетрудоспособности в форме электронного документа (до момента выплаты на его основании пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам), а также в случаях изменения причины нетрудоспособности медицинская организация по решению врачебной комиссии направляет сведения в Фонд социального страхования Российской Федерации в целях формирования дубликата листка нетрудоспособности в форме электронного документа взамен ранее сформированного листка нетрудоспособности либо оформляет дубликат листка нетрудоспособности на бумажном носителе.

В случае формирования дубликата листка нетрудоспособности в форме электронного документа либо выдачи дубликата листка нетрудоспособности на бумажном носителе взамен ранее сформированного листка нетрудоспособности в форме электронного документа, медицинской организацией, формирующей (выдающей) дубликат, ранее сформированный листок нетрудоспособности в форме электронного документа подлежит аннулированию.

§ Задание 1. Выдача (формирование) листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения.

§ Задание 2. Выдача (формирование) листка нетрудоспособности при карантине, а также при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

§ Задание 3. Выпишите два листка нетрудоспособности по заданию преподавателя.

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ продолжение листа нетрудоспособности № _____

дубликат ☐

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

Дата выдачи _____ (ОГРН) _____

Ф. _____

И. _____

О. _____

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

М. ☐ Ж. ☐

Причина нетрудоспособности _____ код _____ доп код _____ код изм. _____

(место работы-наименование организации)

Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости ☐

дата 1 _____ дата 2 _____ № путевки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ _____

возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐

Отметки о нарушении режима _____ Дата _____ Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с _____ по _____

Дата направления в бюро МСЭ: _____

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: _____

Освидетельствован в бюро МСЭ: _____

Установлена/изменена группа инвалидности ☐

Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ С _____ Иное: _____

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____

Печать медицинской организации

Печать учреждения медико-социальной экспертизы

Печать медицинской организации

Печать работодателя

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ продолжение листа нетрудоспособности № _____

дубликат ☐

Ф. _____

И. _____

О. _____

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

(место работы-наименование организации)

Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

(фамилия, инициалы врача)

№ истории болезни _____

Дата выдачи _____

расписка получателя _____

Печать работодателя

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ продолжение листка нетрудоспособности № _____

дубликат ☐ _____

001 234 567 891

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

Дата выдачи _____ (ОГРН)

Ф _____

И _____

О _____

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Печать медицинской организации

Причина нетрудоспособности код доп код код изм.

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости ☐

Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

Дата 1 _____ дата 2 _____ № путевки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ

возраст (лет/мес.) родственная связь ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐

Отметки о нарушении режима Дата _____ Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с _____ по _____

Дата направления в бюро МСЭ: _____

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: _____

Освидетельствован в бюро МСЭ: _____

Установлена/изменена группа инвалидности ☐

Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с _____ Иное: _____

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____

Печать медицинской организации

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ продолжение листка нетрудоспособности № _____

дубликат ☐ _____

001 234 567 891

(фамилия, инициалы врача)

№ истории болезни _____

Дата выдачи _____

расписка получателя _____

Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

(место работы-наименование организации)

Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости _____

ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС _____

Условия исчисления _____

Акт формы Н-1 от _____

Дата начала работы _____ Страховой стаж: _____ лет _____ мес. в т. ч. нестраховые периоды: _____ лет _____ мес.

Причитается пособие за период: с _____ по _____

Средний заработок для исчисления пособия: _____ р _____ к. Средний дневной заработок _____ р _____ к.

Сумма пособия: за счёт средств работодателя _____ р _____ к. за счёт средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р _____ к. Итого начислено _____ р _____ к.

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

линия отреза

000000000

заполняется врачом и остаётся в медицинской организации

заполняется работодателем

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

1) Напишите определение понятия «трудоспособность».

2) Напишите виды нетрудоспособности.

3) Правила выписки дубликата листка временной нетрудоспособности.

5) Напишите листок нетрудоспособности по заданию, которое Вам даст преподаватель.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

5 курс 9 семестр

Занятие 6

Медико-социальная экспертиза в амбулаторно-поликлинической практике. Принципы разработки программ индивидуальной реабилитации

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 6 сентября 2018 г. N 578н/606н "Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией" (с изменениями и дополнениями).

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Стойкая нетрудоспособность (инвалидность) определяется рядом социальных и биологических факторов.

К основным социальным факторам инвалидности относятся:

- характер выполняемой работы и требования, предъявляемые работой организму человека;
- профессия;
- квалификация;
- образование;
- санитарно-гигиенические и производственные условия труда;
- материально-бытовые условия, социально-трудовой прогноз.

Установление стойкой нетрудоспособности (инвалидности) осуществляется путем проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ). В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности.

1) Первая группа инвалидности устанавливается больным, которые не могут себя обслужить и нуждаются в постоянной помощи, уходе или надзоре. К ним относятся не только лица с полной потерей трудоспособности, но также и те, которые могут быть приспособлены к отдельным видам трудовой деятельности в особо созданных индивидуальных условиях, например слепые, слепоглухие и т. д.

2) Вторая группа инвалидности устанавливается при выраженных нарушениях функций организма, не вызывающих, однако, полной беспомощности. К этой группе относятся лица, у которых наступает постоянная или длительная полная нетрудоспособность, но которые не нуждаются в постоянном уходе, а также лица, у которых в момент освидетельствования нарушения функций не столь тяжелы, но, тем не менее, им все виды труда на длительный период противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности.

3) Третья группа инвалидности устанавливается при значительном снижении трудоспособности, когда:

- по состоянию здоровья необходим перевод на другую работу по другой профессии более низкой квалификации;
- необходимы значительные изменения условий работы по своей профессии, приводящие к значительному сокращению объема производственной деятельности;

- значительно ограничены возможности трудоустройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц с низкой квалификацией или ранее не работавших.

§ Задание 1

На какой срок устанавливается I, II, III группа инвалидности и категория – ребенок-инвалид?

§ Задание 2

Что такое прогноз благоприятный, неблагоприятный и сомнительный?

§ Задание 3

Заполните направление на МСЭ по форме 088/у по заданию преподавателя.

Приложение
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
и
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н
(в ред. Приказа Минтруда России №
589н, Минздрава России № 692н от
28.08.2019)

Медицинская
документация
Форма № 088/у

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ **МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ**

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу:

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить

на дому ☐

3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи ☐ (при необходимости в оказании паллиативной медицинской помощи)

4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией: « ____ » _____ 20 ____ г.

5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

5.1. ☐ установление группы инвалидности	5.2. ☐ установление категории «ребенок-инвалид»	5.3. ☐ установление причины инвалидности
5.4. ☐ установление времени наступления инвалидности	5.5. ☐ установление срока инвалидности	5.6. ☐ определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. ☐ определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации	5.8. ☐ определение нуждемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	5.9. ☐ определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее – АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки
5.10. ☐ разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. ☐ разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.12. ☐ выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.13. ☐ выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14. ☐ иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____	

Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

7. Дата рождения (день, месяц, год): « ____ » _____ г.;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года – число полных месяцев): _____

8. Пол (нужное отметить):

8.1. ☐ мужской	8.2. ☐ женский
---------------------------------------	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. ☐ гражданин Российской Федерации	9.2. ☐ гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3. ☐ лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	--	--

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. ☐ гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. ☐ гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
10.3. ☐ гражданин, поступающий на воинский учет	10.4. ☐ гражданин, не состоящий на воинском учете

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

11.1. государство: _____

11.2. почтовый индекс: _____

11.3. субъект Российской Федерации: _____

11.4. район: _____

11.5. наименование населенного пункта: _____

11.6. улица: _____

11.7. дом (корпус, строение): _____

11.8. квартира: _____

12. Лицо без определенного места жительства ☐ (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1. ☐ в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. адрес медицинской организации: _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____ _____
13.2. ☐ в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	13.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____ _____
13.3. ☐ в исправительном учреждении	13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____ _____

13.4. ☐ иная организация	13.4.1. адрес организации	13.4.2. ОГРН организации:
13.5. ☐ по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

14.1. номера телефонов: _____

14.2. адрес электронной почты (при наличии): _____

15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____ - _____ - _____

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. наименование: _____

16.2. серия _____, номер _____

16.3. кем выдан: _____

16.4. дата выдачи (день, месяц, год): « ____ » _____ г.

17. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя:

17.2.1. наименование: _____

17.2.2. серия _____, номер _____

17.2.3. кем выдан: _____

17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): « ____ » _____ г.

17.3. документ, удостоверяющий личность:

17.3.1. наименование: _____

17.3.2. серия _____, номер _____

17.3.3. кем выдан: _____

17.3.4. дата выдачи (день, месяц, год): « ____ » _____ г.

17.4. контактная информация:

17.4.1. номера телефонов: _____

17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): _____

17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____ - _____ - _____

17.6. сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

17.6.1. наименование: _____

17.6.2. адрес: _____

17.6.3. основной государственный регистрационный номер (ОГРН): _____

18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

18.1. ☐ первично	18.2. ☐ повторно
---	---

19. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):

19.1. наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.1.1. ☐ первая группа	19.1.2. ☐ вторая группа	19.1.3. ☐ третья группа	19.1.4. ☐ категория ребенок-инвалид
--	--	--	--

19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) «___» _____ г.

19.3. период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.3.1. ☐ один год	19.3.2. ☐ два года	19.3.3. ☐ три года	19.3.4. ☐ четыре и более лет
---	---	---	---

19.4. формулировка причины инвалидности, имеющейся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.4.1. ☐ общее заболевание	19.4.2. ☐ инвалидность с детства	19.4.3. ☐ профессиональное заболевание	19.4.4. ☐ трудовое увечье
19.4.5. ☐ военная травма	19.4.6. ☐ заболевание получено в период военной службы	19.4.7. ☐ заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.8. ☐ заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.4.9. ☐ заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.10. ☐ заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк»	19.4.11. ☐ заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк»	19.4.12. ☐ заболевание связано с последствиями радиационных воздействий
19.4.13. ☐ заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	19.4.14. ☐ инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 – 1945 годов	19.4.15. ☐ заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий	19.4.16. ☐ иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

19.4.17. формулировки причин инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать):

19.5. степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: _____

19.6. срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

19.7. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): « ____ » _____ г.

19.8. степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены: _____

20. Сведения о получении образования (при получении образования):

20.1. наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: _____

20.2. курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): _____

20.3. профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: _____

21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности):

21.1. основная профессия (специальность, должность): _____

21.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание): _____

21.3. стаж работы: _____

21.4. выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с указанием профессии (специальности, должности): _____

21.5. условия и характер выполняемого труда: _____

21.6. место работы (наименование организации): _____

21.7. адрес места работы: _____

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

22. Наблюдается в медицинской организации с _____ года.

23. Анамнез заболевания: _____

[illegible]

25. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее – ЭЛН) ☐

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г. (нужное отметить):

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

27.1. рост: _____	27.2. вес: _____	27.3. индекс массы тела: _____
27.4. телосложение: _____	27.5. суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____	27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____ / _____
27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____		27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____

28. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу:

29. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы: _____

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание: _____

30.2. код основного заболевания по МКБ: _____

30.3. осложнения основного заболевания: _____

30.4. сопутствующие заболевания: _____

30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: _____

30.6. осложнения сопутствующих заболеваний: _____

31. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

32. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть).

33. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

Председатель врачебной
комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

(ПОДПИСЬ)

(расшифровка подписи)

(ПОДПИСЬ)

(расшифровка подписи)

[illegible]

5 курс 9 семестр

Занятие 7

Иммунопрофилактика. Национальный календарь прививок. Острые респираторные заболевания (грипп, ОРВИ, острый бронхит, ангина)

Приказ от 21 марта 2014 г. N 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ №125н от 21.03.2014 (Приложение 1) с поправками, внесенными приказом Минздрава России от 16 июня 2016 года N 370н и приказом Минздрава России от 13 апреля 2017 года N 175н

Возраст	ДЕТИ ДО 18 ЛЕТ														ВЗРОСЛЫЕ							
	Месяцы										Годы				Годы							
Инфекция	0	1	2	3	4.5	6	12	15	18	20	6	7	14	15-17	18-25	26-35	36-55	56-59	60+			
Туберкулез	3-7 сут										RV											
Гепатит В	V1	V2				V3																
	V1	V2	V3				V4															
Пневмококковая инфекция			V1		V2			RV														
Коклюш				V1	V2	V3			RV1													
Дифтерия				V1	V2	V3			RV1			АДС-м	АДС-м		Каждые 10 лет с момента последней ревакцинации АДС-м							
Столбняк				V1	V2	V3			RV1			RV2	RV3									
Полиомиелит				V1	V2	V3			RV1	RV2			RV3									
				ИПВ	ИПВ	ОПВ			ОПВ	ОПВ			ОПВ									
				V3					RV1	RV2			RV3									
					ИПВ				ИПВ	ИПВ			ИПВ									
Гемофильная инфекция				V1	V2	V3			RV													
Корь							V1				V2											
Краснуха							V1				V2				Девушки							
Эпидемический паротит							V1				V2											
Грипп																						
	Всем лицам данной группы			Лицам из групп риска, по показаниям, призывникам (грипп)							Ежегодно				Ранее не привитым, не болевшим, не имеющим сведений и однократно привитым (для кори и краснухи)							
V1, 2, 3 – порядковый номер вакцинации				ИПВ – инактивированная полиомиелитная вакцина							АДС-м – анатоксин дифтерийно-столбнячный очищенный с уменьшенным содержанием антигенов											
RV1, 2, 3 – порядковый номер ревакцинации				ОПВ – оральная полиомиелитная вакцина																		

Рисунок 7.1 – Национальный календарь профилактических прививок

Вакцина – препарат, предназначенные для создания активного иммунитета в организме привитых людей или животных.

Виды вакцин:

1. **Живые вакцины** – вакцины, производимые из живых микроорганизмов с пониженной вирулентностью. Большинство таких вакцин способствуют выработке длительно сохраняющегося на высоком уровне иммунитета.

Живыми являются вакцины против гриппа, кори, эпидемического паротита, желтой лихорадки и другие.

2. **Инактивированные (убитые) вакцины** – вакцины, получаемые путем полного обезвреживания бактерий и вирусов с сохранением их иммуногенных свойств. К инактивированным относят вакцины против коклюша (АКДС), гриппа, вирусного гепатита А, клещевого энцефалита, холеры и другие.
3. **Рекombинантные вакцины** – вакцины, произведенных посредством встраивания антигена вируса в геном дрожжевых клеток. Представителем данной группы является вакцина против вирусного гепатита В.

К острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ), включая грипп, относятся инфекционные заболевания респираторного тракта, имеющие вирусную этиологию и преимущественно воздушно-капельный путь передачи.

Классификации ОРВИ:

1.по течению:

- типичное (манифестное)
- атипичное (бессимптомное, стертое)

2.по тяжести:

- легкая степень тяжести;
- средняя степень тяжести;
- тяжелая степень тяжести;
- очень тяжелая степень тяжести.

3.по характеру течения:

- неосложненное;
- осложненное.

4.по длительности течения:

- острое (5-10 дней);
- подострое (11-30 дней);

- затяжное (более 30 дней).

§ Задание 1

Дайте определение понятию «иммунопрофилактика».

§ Задание 2. Дайте определение.

Профилактическая прививка –

§ Задание 3. Перечислите осложнения, имеющие причинную связь с вакцинацией.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

1) Постоянные противопоказания для проведения профилактических прививок.

2) Временные противопоказания для проведения профилактических прививок.

3)Перечислите группы высокого риска осложнений и смертности от группа (по рекомендациям ВОЗ).

4)Беременность и вакцинация. Напишите, можно ли ставить беременным прививки. Если можно, то какие и в какой срок беременности.

5)Выпишите сертификат прививок по предложенной преподавателем ситуации.

СЕРТИФИКАТ о профилактических прививках	
Фамилия _____	
Имя _____	
Отчество _____	
Дата рождения _____	
Домашний адрес _____	
Дата выдачи _____ (число, месяц, год)	
Группа крови	Резус фактор
Учреждение, выдавшее сертификат	

Рисунок 7.2 – Сертификат о профилактических прививках

[illegible]

6. Прививки против анаэробных инфекций подросткам и взрослым

[illegible][illegible][illegible]

Домашняя работа

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

5 курс 9 семестр

Занятие 8

Контрольная работа

Уважаемый пятикурсник!

Вот и подошел к концу первый семестр 5 курса. Те темы, которые Вы прошли сейчас, Вы узнали только на нашей кафедре. Вы познакомились с устройством поликлиники, узнали основы диспансеризации взрослого населения, показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения, научились выписывать рецепты и выписывать листки нетрудоспособности, отправлять пациента на МСЭ и выписывать сертификат прививок. В дальнейшем обучении мы будем возвращаться к данным темам.

Итог данного семестра – контрольная работа.

Преподаватель даст Вам задание, которое будет включать:

- 1) Теоретический вопрос по пройденным темам;
- 2) Заполнить листок нетрудоспособности по заданию;
- 3) Выписать 3 рецепта на лекарственные препараты.

Удачи Вам в выполнении заданий!

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

1) _____

[illegible]

2)

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ продолжение листа нетрудоспособности № _____
 дубликат ☐

001 234 567 891

(наименование медицинской организации)
 (адрес медицинской организации)
 Дата выдачи _____ (ОГРН)
 Ф _____
 И _____
 О _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)
 Дата рождения _____ М Ж
 Причина нетрудоспособности код доп код код изм.
 (место работы-наименование организации)
 Основное ☐ По совместительству ☐ № _____
 Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости ☐
 дата 1 _____ дата 2 _____ № путевки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ
 по уходу _____ возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход
 Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐
 Отметки о нарушении режима _____ Дата _____ Подпись врача: _____
 Находился в стационаре: с _____ по _____
 Дата направления в бюро МСЭ: _____
 Дата регистрации документов в бюро МСЭ: _____ Установлена/изменена группа инвалидности ☐
 Освидетельствован в бюро МСЭ: _____ Подпись руководителя бюро МСЭ: _____
ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

 ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с _____ Иное: _____
 Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
 0000000000 первичный ☐ продолжение листа нетрудоспособности № _____
 дубликат ☐
 001 234 567 891
 Ф _____
 И _____
 О _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)
 (место работы-наименование организации)
 Основное ☐ По совместительству ☐ № _____
 № истории болезни _____
 Дата выдачи _____
 расписка получателя _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

Регистрационный № _____ (место работы-наименование организации) Основное ☐ По совместительству ☐
 ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС _____ Код подчинённости _____
 Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от _____
 Дата начала работы _____ Страховой стаж: _____ лет _____ мес. в т. ч. нестраховые периоды: _____ лет _____ мес.
 Причитается пособие за период: с _____ по _____
 Средний заработок для исчисления пособия: _____ р _____ к. Средний дневной заработок _____ р _____ к.
 Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ р _____ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р _____ к. Итого начислено _____ р _____ к.
 Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____
 Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ И ОСТАЁТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

3)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужно подчеркнуть)

« ____ » ____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года

(нужно подчеркнуть)

(указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужно подчеркнуть)

« ____ » ____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года

(нужно подчеркнуть)

(указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужно подчеркнуть)

« ____ » ____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года

(нужно подчеркнуть)

(указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года _____
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения Российской Федерации		УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н		
Штамп Код _____ медицинской организации	Код формы по ОКУД 3108805 Форма № 148 – 1/у – 04 (л)			
Код ка- тегории граждан 	Код нозологи- ческой формы (по МКБ-10) 	Источник финанси- рования: (подчеркнуть) 1. Федеральный 2. Субъект РФ 3. Муниципальный	% оплаты: (подчеркнуть) 1. Бесплатно 2. 50%	Код лекарственного средства
РЕЦЕПТ Серия _____ № _____ Дата выписки 20__ г.				
Ф.И.О. пациента _____ Дата рождения 				
СНИЛС № полиса обязательного медицинского страхования				
Адрес или № медицинской карты амбулаторного пациента _____ (история развития ребенка) _____ Ф.И.О. лечащего врача _____ Руб. Коп. Rp: _____ D.t.d <u>Signa:</u>				
(код лечащего врача) подпись и личная печать лечащего врача М.П.				
Рецепт действителен в течение 5 дней, 10 дней, 1 месяца, 3 месяцев (ненужное зачеркнуть) ----- (Заполняется специалистом аптечной организации) -----				
Отпущено по рецепту:		Торговое наименование и дозировка:		
Дата отпуска: «__» _____ 20__ г.		Количество:		
Приготовит:		Проверил: _____ Отпустил: _____		
----- (линия отрыва) -----				
Корешок рецептурного бланка Наименование лекарственного препарата: Дозировка: _____		Способ применения: Продолжительность _____ дней Количество приемов в день: _____ раз На 1 прием: _____ ед.		

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ продолжение листа
 дубликат ☐ нетрудоспособности № _____


 001 234 567 891

(наименование медицинской организации) _____
 (адрес медицинской организации) _____
 Дата выдачи ____ - ____ - ____ (ОГРН) _____
 Ф. И. О. _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) _____
 (Дата рождения) ____ - ____ - ____ М ☐ Ж ☐ Причина нетрудоспособности код _____ доп код _____ код изм. _____
 (место работы-наименование организации) _____

Основное ☐ По совместительству ☐ № _____
 (Дата 1) ____ - ____ - ____ (Дата 2) ____ - ____ - ____ № путежки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ _____
 по уходу _____ возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____

Печать медицинской организации

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐
 Отметки о нарушении режима _____ Дата ____ - ____ - ____ Подпись врача: _____
 Находился в стационаре: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____
 Дата направления в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____ Установлена/изменена группа инвалидности ☐
 Дата регистрации документов в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____ Подпись руководителя бюро МСЭ: _____
 Освидетельствован в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____			
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____			
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____			

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с ____ - ____ - ____ Иное: ____ - ____ - ____
 Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____
 Печать медицинской организации

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

(место работы-наименование организации) _____
 Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости _____
 ИНН нетрудоспособного: _____ (при наличии) СНИЛС _____ - ____ - ____
 Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от ____ - ____ - ____
 Дата начала работы ____ - ____ - ____ Страховой стаж: ____ лет ____ мес. в т. ч. нестраховые периоды: ____ лет ____ мес.
 Причитается пособие за период: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____
 Средний заработок для исчисления пособия: _____ р. ____ к. Средний дневной заработок _____ р. ____ к.
 Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ р. ____ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р. ____ к. Итого начислено _____ р. ____ к.

Печать работодателя

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____
 Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ И ОСТАВЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ продолжение листа
 дубликат ☐ нетрудоспособности № _____


 001 234 567 891

Ф. И. О. _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) _____
 (место работы-наименование организации) _____
 Основное ☐ По совместительству ☐ № _____

(фамилия, инициалы врача) _____
 № истории болезни _____
 Дата выдачи ____ - ____ - ____
 расписка получателя _____

ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА

В строке «Причина нетрудоспособности» в первых двух клетках указать соответствующий двухзначный код

- | | |
|--|--|
| 01 - заболевание | 11 - заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 |
| 02 - травма | 12 - в случае заболевания ребенка, включенного в перечень заболеваний, определяемый Минздравсоцразвития России в соответствии с ч. 5 ст. 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» |
| 03 - карантин | 13 - ребенок-инвалид |
| 04 - несчастный случай на производстве или его последствия | *14 - поствакцинальное осложнение или злокачественное новообразование у ребенка |
| 05 - отпуск по беременности и родам | *15 - ВИЧ-инфицированный ребенок |
| 06 - протезирование в стационаре | <i>*Коды 14 и 15 проставляются только при согласии застрахованного лица</i> |
| 07 - профессиональное заболевание или его обострение | |
| 08 - долечивание в санатории | |
| 09 - уход за больным членом семьи | |
| 10 - иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.) | |

В строке «Причина нетрудоспособности», вслед за двухзначным кодом, указать дополнительный трехзначный код

- 017 - при лечении в специализированном санатории
 018 - при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ)
 019 - при лечении в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации
 020 - при дополнительном отпуске по беременности и родам
 021 - при заболевании или травме, наступившей вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением

В строке «дата1» проставляется дата изменения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевки, в строке «дата2» проставляется дата окончания путевки, в строке № путевки проставляется номер путевки.
 Пример записи: «05.10.2011 17.10.2011 №0000000»

В блоке «По уходу» предусмотрены 2 строки в случае ухода за двумя членами семьи, в каждой строке указывается последовательно возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество.

В строке «Отметка о нарушении режима» указать код

- 23 - несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача
 24 - несвоевременная явка на прием к врачу
 25 - выход на работу без выписки
 26 - отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы
 27 - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы
 28 - другие нарушения

В строке «Иное» указать код:

- 31 - продолжает болеть
 32 - установлена инвалидность
 33 - изменена группа инвалидности
 34 - умер
 35 - отказ от проведения медико-социальной экспертизы
 36 - явился трудоспособным
 37 - долечивание

В строке «родственная связь» указать код

- 38 - мать;
 39 - отец;
 40 - опекун;
 41 - попечитель;
 42 - иной родственник, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи

В строке «Условия исчисления» указать код (при необходимости несколько кодов)

- 43 - лицо, относящееся к категории лиц, подвергшихся воздействию радиации
 44 - лицо, приступившее к работе в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях до 2007 года и продолжающее работать в этих местностях
 45 - лицо, имеющее инвалидность
 46 - трудовой договор менее 6 месяцев (не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»)
 47 - заболевание (травма) наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы
 48 - уважительная причина нарушения режима
 49 - продолжительность заболевания превышает 4 месяца подряд (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
 50 - продолжительность заболевания превышает 5 месяцев в календарном году (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
 51 - неполное рабочее время

Строка «Дата начала работы» заполняется для кодов 01 и 02 в случаях аннулирования трудового договора

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ НОМЕР, РАСПОЛОЖЕННЫЙ В ЛЕВОЙ ЧАСТИ КОРЕШКА БЛАНКА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НОМЕРОМ БЛАНКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ.

Минздрав РФ

Форма № 027/у

наименование учреждения

ВЫПИСКА
из медицинской карты
☐ амбулаторного, ☐ стационарного больного

В _____

название и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. Фамилия, имя, отчество	
--	---

2. Дата	
----------------	---

3. Домашний адрес	
------------------------------	---

4. Место работы и род занятий	
--	---

5. Даты:	а) по амбулатории: заболевания	
	направления в стационар	
	б) по стационару: поступления	
	выбытия	

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

8. Лечебные и трудовые рекомендации

[illegible]

« _____ » _____ 20 _____ г.

Лечащий врач

Медицинская документация
Форма N 057/y-04 _____

(наименование медицинского учреждения)

утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 г. N 255

(адрес)

Код ОГРН:

[illegible]

на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию

(нужное подчеркнуть)

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1.Номер
страхового
полиса ОМС:

[illegible]

--	--	--

2. Код льготы:

3. Фамилия, имя, отчество

4. Дата рождения _____

5. Адрес постоянного места жительства _____

6. Место работы, должность

7. Код диагноза по МКБ

--	--	--	--	--

8. Обоснование направления

Должность медицинского работника, направившего больного:

Ф.И.О.

ПОДПИСЬ

Заведующий отделением: _____ / _____ /

Ф.И.О.

ПОДПИСЬ

МП

« _____ » 201__ г.

Приложение 6

Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации		Медицинская документация
Адрес медицинской организации		Учетная форма № 025-1/у
		Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, №

1. Дата открытия талона: число	месяц	год	2. Код категории льготы	3. Действует до
4. Страховой полис ОМС: серия	№		5. СМО	6. СНИЛС
7. Фамилия	8. Имя	9. Отчество	10. Пол: муж. – 1, жен. – 2	
11. Дата рождения: число	месяц	год	9. Документ, удостоверяющий личность	серия
12. Место регистрации: субъект Российской Федерации	район	город	10. Пол: муж. – 1, жен. – 2	
населенный пункт	улица	дом	квартира	тел.
13. Местность: городская – 1, сельская – 2				
14. Занятость: работает – 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу – 2, пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6				
15. Место работы, должность (для детей: дошкольник: организован, неорганизован; школьник)				
16. Инвалидность: установлена впервые – 1, повторно – 2	17. Группа инвалидности: I – 1, II – 2, III – 3	18. Инвалид с детства: да – 1, нет – 2		
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				
20. Место обращения (посещения): поликлиника – 1, на дому – 2, центр здоровья – 3, иные медицинские организации – 4				
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				
22. Обращение (цель): по заболеванию (коды A00 – T98) – 1, с профилактической целью (коды Z00 – Z99) – 2				
23. Обращение (законченный случай лечения): да – 1; нет – 2	24. Обращение: первичное – 1, повторное – 2			
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				
26. Оплата за счет: ОМС – 1; бюджета – 2; личных средств – 3; ДМС – 4; иных источников, разрешенных законодательством – 5				
27. Даты посещений (число, месяц, год):				

оборотная сторона формы № 025-1/у

28. Диагноз предварительный	код по МКБ-10
29. Внешняя причина	код по МКБ-10
30. Врач: специальность	Ф.И.О.
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	код
40. Операция проведена с использованием аппаратуры: лазерной – 1; криогенной – 2; эндоскопической – 3; рентгеновской – 4	код
41. Врач: специальность	Ф.И.О.
42. Манипуляции, исследования:	кол-во
	код
43. Врач: специальность	Ф.И.О.
	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 (Ф.И.О.)
по беременности и родам – 5; по прерыванию беременности – 6	47. Дата выдачи: число
48. Даты продления:	месяц
49. Дата закрытия документа о временной нетрудоспособности: число	год
50. Дата закрытия талона число	51. Врач (Ф.И.О., подпись)

Список литературы

1. Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с.
2. Поликлиническая терапия : учебник / ред. И. Л. Давыдкин, Ю. В. Щукин. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с.
3. Сторожаков, Г. И. Поликлиническая терапия: учеб. для мед. вузов / Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 640 с.
4. Шамшева, О. В. Клиническая вакцинология / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 576 с.

Законодательные документы

1. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н. – Текст: электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/> (дата обращения: 09.02.2021).
2. Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н. – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/70647158/> (дата обращения: 09.02.2021).
3. Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 сентября 2020 г. № 1029н. – Текст: электронный. – URL: https://www.invalidnost.com/MSE/MZ/1029_SKL_2020/prikaz_minzdrava_ot_28.09.2020_n_1029n_skl.pdf (дата обращения: 09.02.2021).
4. Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков

- нетрудоспособности в форме электронного документа: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 сентября 2020 г. № 925н. – Текст: электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74532246/> (дата обращения: 09.02.2021).
5. Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией (с изменениями и дополнениями): Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 6 сентября 2018 г. N 578н/606н. – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/72113818/> (дата обращения: 09.02.2021).
6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 22.12.2020). – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 09.02.2021).

Типография КрасГМУ
Подписано в печать 22.11.2021. Заказ № 18991

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1