

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
5 декабря 2023 г. № 188**

Об установлении формы медицинского документа

На основании подпункта 8.37 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить форму 025/у-23 медицинской карты пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (далее, если не установлено иное, – медицинская карта) согласно приложению.

2. Установить, что:

2.1. медицинская карта заполняется:

медицинскими работниками;

врачами-интернами;

лицами, указанными в части второй статьи 54, части первой статьи 61 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении»;

профессорско-преподавательским составом государственных учреждений образования, осуществляющих подготовку, повышение квалификации и (или) переподготовку специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием, при выполнении лечебно-диагностической работы в организациях здравоохранения, являющихся клиническими организациями, или при консультировании пациента в консультативном центре данного учреждения образования;

2.2. медицинская карта оформляется по форме согласно приложению;

2.3. лица, указанные в подпункте 2.1 настоящего пункта, при оформлении медицинской карты:

заполняют все предусмотренные в ней графы;

вносят сведения о медицинских осмотрах, проведенных в порядке и объеме, установленных Инструкцией о порядке проведения медицинских осмотров, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 декабря 2015 г. № 127;

не допускают использования сокращений, не позволяющих четко идентифицировать внесенную информацию;

подписывают сведения, внесенные в медицинскую карту.

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной

исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Управление делами Президента
Республики Беларусь

(наименование организации здравоохранения)
(структурного (обособленного) подразделения)

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА ДЛЯ АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

№ _____

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____

Число, месяц, год рождения _____ г.

Идентификационный номер пациента: _____

Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть).

Место жительства (место пребывания): область _____

район _____ населенный пункт _____

улица/проспект/переулок/проезд _____

дом _____, корпус _____, квартира _____

Адрес фактического проживания: область _____

район _____ населенный пункт _____

улица/проспект/переулок/проезд _____

дом _____, корпус _____, квартира _____

Место работы (учебы), должность служащего _____

Телефон: домашний _____, мобильный _____

Категория граждан, имеющих льготы на медицинское обслуживание (указать льготу)

_____ 20__ г.
(дата оформления медицинской карты пациента)

ЛИСТ

учета доз рентгенологических исследований

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента

№ п/п	Дата проведения рентгенологического исследования	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание
1	2	3	4	5

ЛИСТ

учета заключительных диагнозов

Число, месяц, год установления заключительного диагноза	Заключительные диагнозы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Фамилия, инициалы (инициал собственного имени) медицинского работника	Подпись медицинского работника
1	2	3	4

ЛИСТ
учета временной нетрудоспособности

Период временной нетрудоспособности	Заключительный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Общее число дней временной нетрудоспособности
1	2	3

ЛИСТ
учета профилактических прививок

Наименование профилактической прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Доза	Серия	Сведения о поствакцинальных реакциях и осложнениях
ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В					
Вакцинация 1					
Вакцинация 2					
Вакцинация 3					
ПРОТИВ ДИФТЕРИИ, КОКЛЮША, СТОЛБНЯКА					
Вакцинация 1					
Вакцинация 2					
Вакцинация 3					
Ревакцинация 1					
Ревакцинация 2					
Ревакцинация 3					
Ревакцинация 4					
ПРОТИВ ДИФТЕРИИ, СТОЛБНЯКА					
Вакцинация 1					
Вакцинация 2					
Ревакцинация 1					
Ревакцинация 2					
Ревакцинация 3					
Ревакцинация 4					
Ревакцинация 5					
ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА					
Вакцинация 1					
Вакцинация 2					
Вакцинация 3					
Ревакцинация 1					
Ревакцинация 2					
Ревакцинация 3					
ПРОТИВ КОРИ					
Вакцинация					
Ревакцинация					
ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА					
Вакцинация 1					
Ревакцинация 1					
Вакцинация 2					
Ревакцинация 2					
ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А					
Вакцинация					
Ревакцинация					
ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА					
Вакцинация 1					
Вакцинация 2					
Ревакцинация 1					
Ревакцинация 2					
ПРОТИВ ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ					

Медицинский осмотр врача-специалиста
первичный, повторный, активный (нужное подчеркнуть)

1. Место проведения медицинского осмотра: _____
2. Дата и время проведения медицинского осмотра: ____ 20__ г., __ час __ мин.
3. Жалобы пациента: _____
4. Анамнез заболевания: _____
5. Данные результатов медицинского осмотра: _____
6. Диагноз: предварительный, заключительный клинико-функциональный (нужное подчеркнуть) _____
7. Лечение: _____
8. Рекомендации: _____
9. Экспертиза временной нетрудоспособности: _____
10. Листок нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности) № ____ с ____ по ____ режим _____
11. Дата повторного медицинского осмотра: ____ 20__ г.

Врач-специалист _____
(подпись) (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

Согласие на проведение простых медицинских вмешательств получено.

(подпись) (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

**Медицинский осмотр медицинским работником, имеющим
среднее специальное медицинское образование**
первичный, повторный, активный (нужное подчеркнуть)

1. Место проведения медицинского осмотра: _____
2. Дата и время проведения медицинского осмотра: ____ 20__ г., __ час __ мин.
3. Жалобы пациента: _____
4. Анамнез заболевания: _____
5. Данные результатов медицинского осмотра: _____
6. Диагноз: предварительный, заключительный клинико-функциональный (нужное подчеркнуть) _____
7. Лечение: _____
8. Рекомендации: _____
9. Экспертиза временной нетрудоспособности: _____

10. Листок нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности)
№ _____ с _____ по _____ режим _____
11. Дата повторного медицинского осмотра: _____ 20__ г.

Медицинский работник,
имеющий среднее специальное
медицинское образование

(подпись)

(инициалы (инициал собственного имени),
фамилия)

Согласие на проведение простых медицинских вмешательств получено.

(подпись)

(инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

**Результаты лабораторных, инструментальных и иных исследований,
заключение врачебных консультаций (консилиумов), выписки из медицинских
документов и иные сведения о состоянии здоровья пациента**

Место для размещения

Протокол заседания врачебно-консультационной комиссии № _____

1. Дата: _____ 20__ г.

2. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): _____

3. Цель направления на заседание врачебно-консультационной комиссии: _____

4. Начало случая временной нетрудоспособности: с _____ г.

5. Временная нетрудоспособность:

непрерывная _____ календарных дней;

суммарная за последние 12 месяцев: _____ календарных дней.

6. Жалобы пациента: _____

7. Краткий анамнез жизни и заболевания: _____

8. Данные медицинского осмотра пациента: _____

9. Клинико-функциональный диагноз основного и сопутствующего(их)
заболевания(ий): _____

10. Решение врачебно-консультационной комиссии (при выдаче заключения указать
нормативный(ые) правовой(ые) акт(ы), на основании которого(ых) выдается заключение
врачебно-консультационной комиссии): _____

Председатель

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Члены

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)