

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

## П Р И К А З

От «30» 03, 2012г.

№ 1837

г. Махачкала

### «О предоставлении информации»

Проведенный анализ за 2010-2011 гг. и 2 месяца 2012 года и показал, что в лечебных учреждениях республики до сих пор не налажена работа с «Кардиорегистром» больных с БСК, анализа причин развития ОИМ и ОНМК, выживаемости лиц, перенесших острый инфаркт миокарда, с момента установления диагноза. Нет анализа и контроля за больными с гипертоническими кризами. Все это привело к росту вызовов скорой помощи к больным с гипертонической болезнью на 10% и гипертоническими кризами на 2,2%. За текущие два месяца 2012г. количество госпитализаций по поводу ОИМ выросло на 25%. В 2011 году на 105718 вызовов по гипертонической болезни приходится 45465 вызовов по гипертоническим кризам, то есть 67% вызовов неэффективны, и могли быть обслужены поликлиникой. Руководители лечебных учреждений не в полной мере обладают информацией о динамическом движении внутри данной группы больных.

В связи с этим, в целях контроля за данными группами больных, -

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Начальнику УЗ г.Махачкала Салаватову М.М, главным врачам городских и районных ЛПУ, МСЧ:
  - 1.1 С 2 апреля 2012г, ежедневно к 10 часам утра предоставлять информацию по вызовам скорой помощи к больным с гипертоническим кризом и ИБС, обслуживания больных по сигнальным листам скорой помощи после вызова по поводу гипертонического криза и ИБС, по поступившим больным в стационар с ОИМ и ОНМК (приложение №1).
  - 1.2 В течении трех дней после обслуживания сигнального листа и выписки больного из стационара представить «Карту больного болезнями сердечно сосудистой системы (БСК)» (приложение №2).
2. Контроль за исполнением данного приказа возложить на начальника лечебного отдела Магомедову З.К.

МИНИСТР



И.А МАМАЕВ

**Реестр вызовов по СМП к больным с гипертоническими кризами и ИБС.**

№	ФИО	Год рожд	Адрес	Диагноз (указать осложнения)	Дата вызова СМП	Дата обслуживания сигнального листа	Результат.	Амб. обследование и лечение.	Госпитал-я куда
1.									

**Реестр на больных с ОИМ госпитализированных в стационар.**

№	ФИО - полностью	Место проживания	Дата рождения (полностью)	Диагноз с указанием ЭКГ картины.	Дата тромболизиса (полностью)	Тромболизис положителен Да, Нет	Где проведен СМП, Приемный покой Реанимация Отделение кардиологии, терапии БИТ, ПИТ
1.							

**Реестр на больных с ОНМК госпитализированных в стационар.**

№	ФИО - полностью	Место проживания	Дата рождения (полностью)	Диагноз	Дата тромболизиса (полностью)	Тромболизис положителен Да, Нет	Где проведен СМП, Приемный покой Реанимация Отделение кардиологии, терапии БИТ, ПИТ
1.							

Подпись главного врача \_\_\_\_\_

(наименование учреждения здравоохранения) \_\_\_\_\_

### Карта больного болезнями сердечно сосудистой системы (БСК)

#### I. Анкетные данные

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
2. Код территории (ОКАТО): \_\_\_\_\_ 3. Дата первого обращения по БСК «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
4. Порядк. идентиф. № \_\_\_\_\_ 5. № амбул. карты \_\_\_\_\_  
7. Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 8. Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
9. Возраст: \_\_\_\_\_ 10. Пол: 1-муж. 2-жен. 11. Национальность \_\_\_\_\_  
12. Семейное положение 1-женат/замужем 2-холост/развед  
13. Домашний адрес: Республика (область/край) \_\_\_\_\_ район  
\_\_\_\_\_ город/село \_\_\_\_\_ Код: 1 - город 2 - село  
Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Этаж \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_  
14. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_  
15. Образование: 1 - ниже среднего 2 - среднее 3 - и/высшее 4 - высшее  
16. Профессия: 1. Служащие, 2. Гос. Служащие, 3. Врачи, 4. Учителя, 5. Рабочие, 6. Колхозники, 7. Средний мед. персонал. 8. Сотрудники силовых структур. 9. Научные работники, 10. Водители, 11. Другие, 12. Нет информации.  
Когда начал работать \_\_\_\_\_  
Место работы \_\_\_\_\_  
Занимаемая должность \_\_\_\_\_  
Стаж работы на одном месте \_\_\_\_\_, общий стаж работы \_\_\_\_\_

#### II. Образ жизни и факторы риска

17. Продолжительность сна (в часах) \_\_\_\_\_, состояние после сна 1- отдохнувший, 2 - не отдохнувший  
18. Курение: 1-никогда не курил 2-бросил курить 3-курит  
Если курит: количество сигарет в сутки - 1- до 10, 2-10-20, 3- более 20  
в каком возрасте начал курить \_\_\_\_\_  
в каком возрасте бросил курить \_\_\_\_\_ сигарет/лет (сколько лет курит) \_\_\_\_\_  
19. Алкоголь: 1-не употребляет 2-употребляет 3-редко 4-часто  
Если употребляет: сколько выпито за последнюю неделю (в мл)  
Пиво \_\_\_\_\_ Сухое вино \_\_\_\_\_ Крепл. вино \_\_\_\_\_ Водка \_\_\_\_\_ Коньяк \_\_\_\_\_  
20. Уровень холестерина (ммоль/л) \_\_\_\_\_ (мг/дл) \_\_\_\_\_  
ЛПОНП (ммоль/л) \_\_\_\_\_ ЛПНП (ммоль/л) \_\_\_\_\_ ЛПВП (ммоль/л) \_\_\_\_\_  
Триглицериды (ммоль/л) \_\_\_\_\_  
21. Физическая активность: количество часов в рабочий день на сидение \_\_\_\_\_  
количество свободного времени (в часах) в неделю уходит на: ходьбу \_\_\_\_\_ физическую работу \_\_\_\_\_  
занятия физической культурой \_\_\_\_\_  
22. Гиподинамия 1 -НЕТ 2 -ДА 9 - Нет данных.  
23. Прием жидкости 1 - до 2.5 л/сут 2 - более 2.5 л/сут  
24. Психоэмоциональные напряжения. 1 -НЕТ 2 -ДА 3 - Нет данных.  
25. Избыточное потребление высококалорийной, богатой легкоусвояемыми углеводами, насыщенной жирами и холестерином пищи 1 -НЕТ 2 -ДА 3 - Нет данных.  
26. Осведомленность об АГ до инфаркта миокарда: 1 - не знал 2 - знал 3- не обращал внимания \_\_\_\_\_  
27. Осведомленность об АГ до инсульта: 1 -не знал 2 - знал 3- не обращал внимания \_\_\_\_\_  
28. Физические показатели: Частота пульса за 30 секунд \_\_\_\_\_

АД: первое измерение САД \_\_\_\_ ДАД \_\_\_\_; второе измерение САД \_\_\_\_ ДАД \_\_\_\_  
Рост, стоя, в см с точностью до 1 см \_\_\_\_ Масса тела в кг, с точностью до 100 грамм \_\_\_\_  
Индекс массы тела (индекс Кетле)  $(\text{кг})/\text{рост}^2(\text{м}^2)$  \_\_\_\_\_

29. Наследственность по БСК: (проявления в трудосп. возрасте) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных*  
Наследственность АГ: (проявления в трудоспособ. возрасте) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных*  
Наследственность ИБС: (проявления в трудоспособ. возрасте) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных*  
Наследственность ИМ: (проявления в трудоспособ. возрасте) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных*  
Наследственность ОНМК: (проявления в трудосп. возрасте) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных*  
Наслед-ть Внезапная смерть: (прояв. в трудоспособ. возрасте) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных*  
Наследственность ХРБС: (проявления в трудосп. возрасте) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных*  
Наследственность ВПС: (проявления в трудоспособ. возрасте) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных*

### III. Инвалидность (несколько)

30. Инвалидность от ССЗ: 1 - *НЕТ* 2 - *ДА* Если *ДА*, укажите диагноз: \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_ Год установления инвалидности \_\_\_\_\_ Постоянная 1- *НЕТ* 2- *ДА*

Группа инвалидности 1- *первая* 2- *вторая* 3- *третья*

Степень 1- *первая* 2- *вторая* 3- *третья* \_\_\_\_\_

Установлена в трудоспособном возрасте 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*, 3 - *Нет данных* \_\_\_\_\_

Соц. пакет сохранен: 1 - *НЕТ* 2 - *ДА* Год снятия инвалидности \_\_\_\_\_

### IV. Скорая помощь.

31. Дата и время вызова \_\_\_\_\_ 32. Время доезда \_\_\_\_\_

33. Диагноз \_\_\_\_\_

34. Оказанная помощь \_\_\_\_\_

35. Госпитализация 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*

V. Амбулаторно-поликлиническое звено Дата посещения \_\_\_\_\_

36. Диагноз в амбулаторной карте

1 \_\_\_\_\_

1. Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_ 2 - *Нет данных* \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

1. Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_ 2 - *Нет данных* \_\_\_\_\_

ХСН по NYHA - 1- I ФК 2- II ФК 3- III ФК 4- IV ФК

СН - 1- I ст. 2- II ст. 3- II А ст. 4- II Б ст. 5- III ст 6- IV ст.

37. Обслуживание по сигнальному листу скорой медицинской помощи.

Дата и время вызова скорой помощи \_\_\_\_\_

Дата поступления в поликлинику сигнального листа \_\_\_\_\_

Дата обслуживания по сигнальному листу \_\_\_\_\_

Результаты обслуживания \_\_\_\_\_

38. Лекарственная терапия

Прием лекарственных средств: 1 - *НЕТ* 2 - *ДА* 3 - *Нет данных*. Если *ДА*, укажите:

Нитраты 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3 - *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_

Антиаритмические преп. 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3- *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_

Ингибиторы АПФ 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3 - *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_

Блокаторы ангиотензина 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3 - *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_

Антагонисты кальция 1 - *НЕТ* 2- *ДА* 3 - *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_  
Бета-адреноблокаторы 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3- *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_  
Мочегонные 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3- *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_  
Альфаадреноблокаторы 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3- *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_  
Агонисты имидазол.рецепторов 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3- *Нет данных* 4- Наименование \_\_\_\_\_  
Прочие 1- *НЕТ* 2- *ДА* 3 - *Нет данных* 4 - Наименование \_\_\_\_\_

**39. Состоит ли на: "Д" учете по данному заболеванию**

1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. с «\_\_» \_\_\_\_\_ г. 3 - Снят с "Д" учета с «\_\_» \_\_\_\_\_ г. 4 - *Нет данных*  
**Причина снятия Снят с "Д" учета -** Выздоровление - 1, Переезд - 2. Смерть - 3

**40. Выполнение стандартов обследования 1 - *НЕТ* 2 - *ДА* Если ДА, укажите:**

**Лабораторно-инструментальное обследование и консультации**

Клинический анализ крови 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Клинический анализ мочи 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Холестерина 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

ЛПОНП 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

ЛПНП 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

ЛПВП 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Триглицериды 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Сахар крови 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Креатинин 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Мочевина 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

ASLO 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Сиаловая кислота 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Серомукоид 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

СРП 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

ПТИ 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

МНО 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

ЭКГ 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Эхокардиография 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

СМАД 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Холтеровский монитор 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

УЗИ печени 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

УЗИ почек 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Невропатолог 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Окулист 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Эндокринолог 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Ревматолог 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Кардиохирург 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

Ассоциированные с АГ заболевания 1 - *НЕТ* 2 - *ДА* (отдельный блок + список заболеваний)

**ЦВБ**

- ишемический инсульт 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

- геморрагический инсульт 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

- транзиторная ишемическая атака 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

**Заболевание сердца**

- ИМ 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

- Стенокардия 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

- Кардиосклероз 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

- ХСН 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

**Поражение почек**

- диабетическая нефропатия 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

- почечная недостаточность 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

- сывороточный креатинин 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г  
- протеинурия 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

**Заболевание периферических артерий**

- расслаивающая аневризма аорты 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г  
- симптомное поражение периферических артерий 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г  
- синдром Рено 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г  
- облитерирующий тромбангит (болезнь Бюргера) 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г  
- перемеживающаяся хромота 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

**Гипертоническая ретинопатия:**

- кровоизлияния или экссудаты 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г  
- отек соска зрительного нерва 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ г

**VI. Стационарное лечение.**

35. Госпитализация - день-месяц-год \_\_\_\_\_

Выписки- день-месяц-год \_\_\_\_\_

Куда был госпитализирован 1- По месту жительства. 2 - РКБ. 3 - ДРКБ. 4 - РБ №2 ЦЭСМП.  
5 - ГУ НКО ДЦК и ССХ. 6 - Дневной стационар РКД

Госпитализация 1- плановая. 2 - по направлению в связи с ухудшением состояния  
3 - по скорой помощи. 4 - самоотком

Срок госпитализации от начала заболевания: 1-до 6 ч. 2 -до 12 ч. 3-до сут.  
4-свыше суток 5 -нет данных

Проведено койка дней \_\_\_\_\_

Госпитализация (подчеркнуть): 1- реанимация, 2-БИТ, 3- кардиологическое от. 4. терапию  
Исход заболевания (подчеркнуть): 1- выписан, 2- умер (на какой день) \_\_\_\_\_

Диагноз при выписке: 1 \_\_\_\_\_

1. Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_ 2 -Нет данных \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

1. Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_ 2 -Нет данных \_\_\_\_\_

ХСН по NYHA - 1- I ФК 2- II ФК 3- III ФК 4- IV ФК

СН - 1- I ст. 2- II ст. 3- II А ст. 4- II Б ст. 5- III ст. 6- IV ст.

Тромболитическая терапия 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*. информация по -

Приказу Минздрава РД от 10.05.2011г № 214-Л «О проведении тромботической терапии в ЛПУ»

**V. Высокотехнологическая помощь**

Нуждается - 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*

Получил ВМП - 1 - *НЕТ* 2 - *ДА*

Где получил (выбирается несколько, с повтором одного и того же)

Когда поступил, выписан - день-месяц-год \_\_\_\_\_

**Диагноз**

1 \_\_\_\_\_

1. Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_ 2 -Нет данных \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

1. Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_ 2 -Нет данных \_\_\_\_\_

ХСН по NYHA - 1- I ФК 2- II ФК 3- III ФК 4- IV ФК

СН - 1- I ст. 2- II ст. 3- II А ст. 4- II Б ст. 5- III ст. 6- IV ст.

Подпись медработника, ответственного за заполнение формы \_\_\_\_\_