|  |
| --- |
| **ЗАТВЕРДЖЕНО** **Наказ Міністерства охорони** **здоров’я України** [**24.05.2013 № 423**](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1095-13/paran11#n11) **(у редакції наказу** **Міністерства охорони здоров’я** **України** [**21.01.2016 № 29**](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0234-16/paran7#n7)**)** |
|  | **Зареєстровано в Міністерстві** **юстиції України** **27 червня 2013 р.** **за № 1099/23631** |

**ІНСТРУКЦІЯ**
**щодо заповнення [форми первинної облікової документації № 003-1/о «Медична карта переривання вагітності № \_\_\_\_\_\_»](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1099-13/paran3%22%20%5Cl%20%22n3)**

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 003-1/о «Медична карта переривання вагітності № \_\_» (далі - форма № 003-1/о), яка використовується як у стаціонарі, так і в амбулаторно-поліклінічних закладах охорони здоров’я.

2. Форма № 003-1/о є медичним документом, що заповнюється в акредитованих закладах охорони здоров’я при зверненні жінки для проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності (до 12 тижнів вагітності).

3. Форма № 003-1/о заповнюється в усіх випадках переривання вагітності у строк до 12 тижнів, крім випадків переривання вагітності за медичними показаннями за наявності тяжких супутніх захворювань. У цих випадках заповнюється форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № \_\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29) (далі - форма № 003/о).

4. У випадках ускладнень, що виникають під час або після переривання вагітності, що вимагають перебування жінки в стаціонарі більше трьох днів, записи заносяться у щоденник форми № 003/о.

5. У пунктах 1, 2 вказуються дата (число, місяць, рік), час (години, хвилини) та відділення госпіталізації.

6. У пунктах 3-9 зазначаються прізвище, ім’я, по батькові пацієнта, дата народження (число, місяць, рік), вік (повних років), назва та номер документа, що посвідчує особу, постійне місце проживання/перебування, місце роботи, посада (для учнів, студентів - найменування навчального закладу, для інвалідів - вид і група інвалідності), найменування та код закладу охорони здоров’я, за направленням якого жінка поступила для проведення операції (процедури) переривання вагітності, відповідно до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України.

7. У пункті 10 вказуються діагноз при госпіталізації та код захворювання згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я десятого перегляду (далі - МКХ-10).

8. У пункті 11 відмічається сімейний стан жінки.

9. У пунктах 12, 13 зазначаються відвідування лікаря (акушерки) під час вагітності та вказується кількість відвідувань.

10. У пунктах 14-19 зазначаються група крові, резус-приналежність вагітної жінки, дата (число, місяць, рік) проведення реакції Васермана, дослідження на гонорею, алергічні реакції та результати дослідження мікробіоценозу піхви жінки.

11. У пункті 20 відмічається, чи виписано жінку, чи переведено (у разі смерті жінки зазначається коли - під час переривання вагітності чи після).

12. У пунктах 21-23 зазначаються дата переривання вагітності, дата виписки жінки після проведення операції (процедури) штучного переривання вагітності, кількість проведених ліжко-днів.

13. У пункті 24 зазначається діагноз при виписці (основний, супутній) згідно з МКХ-10.

14. У пункті 25 зазначаються дата та час проведення операції (процедури) переривання вагітності, код та назва операції (процедури), тип анестезії, у разі виникнення ускладнень - код і найменування процедури/хірургічної операції згідно з [Класифікатором оперативних утручань](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v0067282-07%22%20%5Ct%20%22_blank), затвердженим наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2007 року № 67 «Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій».

15. У пунктах 26-44 зазначається акушерсько-гінекологічний анамнез жінки: календар менструацій, початок статевого життя, використання протизаплідних засобів, наявність попередніх вагітностей, їх результат (закінчились пологами чи перериванням вагітності), їх кількість, наявність ускладнень, перенесені захворювання, операції, алергічний анамнез, переливання крові, причини теперішнього переривання вагітності, проведення консультування.

16. У пункті 45 зазначається стан жінки при госпіталізації: температура тіла, загальний стан, пульс, артеріальний тиск, стан внутрішніх та зовнішніх органів (органів дихання, травлення, сечовиділення тощо).

17. У пункті 46 зазначаються результати піхвового дослідження: стан зовнішніх статевих органів, шийки матки, тіла матки, збільшення її до певної кількості тижнів вагітності, стан лівого і правого придатків, склепіння, наявність і характер виділень, кількість тижнів вагітності та проставляються прізвище, ім’я, по батькові, підпис лікаря, який оглянув жінку, реєстраційний номер його облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті) (далі - реєстраційний номер).

18. У пункті 47 зазначається, підписано чи ні [Інформовану добровільну згоду вагітної жінки на проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1095-13/paran65%22%20%5Cl%20%22n65%22%20%5Ct%20%22_blank), форма якої затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 24 травня 2013 року № 423, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27 червня 2013 року за № 1095/23627 ( далі - Інформована добровільна згода).

19. У пункті 48 відмічається метод, який використовується для переривання вагітності.

20. У пункті 49 описується метод медикаментозного переривання вагітності, зазначаються назва та код цього методу, проставляються число, місяць, рік, години, доза лікарського засобу та дата прийому, використані лікарські засоби для знеболювання, рекомендації та дата контрольного візиту, вказується місце відходження плідного яйця (в амбулаторних, стаціонарних умовах чи вдома), а також зазначаються прізвище та ініціали лікаря, його підпис і реєстраційний номер.

21. У пунктах 50-53 описується метод хірургічного переривання вагітності із зазначенням дати (числа, місяця, року), години; зазначаються метод знеболювання, розширення цервікального каналу, видалення плідного яйця, наявність крововтрати, скорочення матки, обробка шийки матки йодом; проставляються прізвище, підпис лікаря, який провів операцію, його реєстраційний номер; зазначаються консультації після переривання вагітності та обраний метод контрацепції, дата контрольного візиту.

22. У пунктах 54, 55 описується післяопераційний період у першу добу, другу добу після операції із зазначенням загального стану, скарг, температури тіла вранці та увечері, артеріального тиску, результату пальпації живота (безболісний, болісний, м’який, напружений), характеру виділень (кров’янисті, серозні, значні, помірні), наводяться призначення лікаря, проставляються його прізвище, ініціали, підпис та реєстраційний номер.

23. У пунктах 56-61 зазначаються дата виписки жінки або переведення до іншого відділення чи закладу охорони здоров’я, дані щодо виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого, лікарняного листка; проставляються прізвище та підпис лікаря і завідувача відділення.

24. У форму № 003-1/о вклеюються Інформована добровільна згода, копії результатів з датами обстеження та (за наявності) копії інших документів, що засвідчують підстави для переривання вагітності.

25. Після виписки форма № 003-1/о подається до кабінету статистики, обробляється і надсилається до архіву закладу охорони здоров’я.

26. У разі ведення форми № 003-1/о в електронному форматі вона повинна включати всі дані, які містяться на паперовому носії інформації.

27. Строк зберігання форми № 003-1/о - 25 років.

|  |  |
| --- | --- |
| **Директор Департаменту** **реформ та розвитку** **медичної допомоги** | **М. Хобзей** |