МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙДЫН
ТУШААЛ

2019 оны 12 сарын 30 өдөр Дугаар А/611 Улаанбаатар хот

Эрүүл мэндийн салбарын статистик мэдээ, мэдээллийн журам, бүртгэлийн маягтыг шинэчлэн батлах тухай

Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 24.2, Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.1.19, Статистикийн тухай хуулийн 6 дугаар зүйлийн 6.1.2 (з) дахь хэсгийг тус тус үндэслэн эрүүл мэндийн мэдээллийн тогтолцоог боловсронгуй болгох зорилгоор ТУШААХ нь:

1. Эрүүл мэндийн мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмчийн эрх, үүргийг нэгдүгээр, эрүүл мэндийн салбарын албан ёсны статистикийн мэдээ тайлан гаргах, мэдээлэх журмыг хоёрдугаар, хувийн хэвшлийн эмнэлгийн мэдээ, тайлан гаргах, мэдээлэх журмыг гуравдугаар, халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг бүртгэх, мэдээлэх журмыг дөрөвдүгээр, бэлгийн замаар дамжих халдварын тохиолдлыг бүртгэх, мэдээлэх журмыг тавдугаар, сүрьеэ өвчнийг бүртгэх, мэдээлэх журмыг зургаадугаар, хорт хавдрыг бүртгэх, мэдээлэх журмыг долоодугаар, хорт хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийг бүртгэх, мэдээлэх журмыг наймдугаар, уламжлалт анагаахын тусламж, үйлчилгээний мэдээг бүртгэх, мэдээлэх журмыг есдүгээр, эрүүл мэндийн бүртгэлийн болон тайлангийн маягтын жагсаалт, хадгалах хугацааг аравдугаар, шинэчлэн боловсруулсан анхан шатны бүртгэлийн болон тайлангийн маягтын загварыг арваннэгдүгээр хавсралтаар тус тус баталсугай.

2. Бүртгэл, тайлангийн шинэчлэгдсэн маягтын загвар, хөтлөх зааврыг шинэчлэн боловсруулж, хэвлүүлэх, маягтад өөрчлөлт орсонтой холбогдуулан эрүүл мэндийн статистикийн програм хангамжийг шинэчлэх үйл ажиллагааг тус тус 2020 оны 1 дүгээр сард багтаан зохион байгуулахыг Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв /Б.Нарантуяа/-д даалгасугай.

3. Бүртгэл, тайлангийн маягтуудыг хэвлүүлэх хөрөнгийн эх үүсвэрийг жил бүрийн төсөвт тусгах, өвчний түүхийг архивлах, хадгалах өрөөг орчин үеийн шаардлагад нийцсэн тоног төхөөрөмжөөр тоноглохыг аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын болон өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын дарга, захирал нарт үүрэг болгосугай.

• 141200041

4. Тушаалыг 2020 оны 01 дүгээр сарын 01-ний өдрөөс эхлэн мөрдөж ажиллахыг өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын дарга, захирал нарт, тушаалын хэрэгжилтэд хяналт тавьж ажиллахыг Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, дотоод аудитын газар /Я.Амаржаргал/-т даалгасугай.

5. Энэхүү тушаал гарсантай холбогдуулан Эрүүл мэндийн сайдын 2012 оны 95, 2013 оны 446 дугаар тушаалын 3, 4, 5, 6, 7 дугаар хавсралт, 2013 оны 450 дугаар тушаалыг тус тус хүчингүй болсонд тооцсугай.

САЙД Д.САРАНГЭРЭЛ

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/611 дугаар тушаалын нэгдүгээр хавсралт

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЭДЭЭЛЛИЙН МЭРГЭЖИЛТЭН, БИОСТАТИСТИКЧ ЭМЧИЙН ЭРХ, ҮҮРЭГ

Нэг: Эрүүл мэндийн мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч, тархварзүйч эмчийн эрх

1. Сарын мэдээ, улирал, жилийн тайлан, эрүүл мэндийн мэдээллийн тогтолцоог боловсронгуй болгох асуудлаар санал боловсруулж удирдлага болон дээд байгууллагуудад танилцуулах.

2. Сарын мэдээ, улирал, жилийн тайлан мэдээлэлд хайхрамжгүй хандсан (маягтыг буруу, дутуу хөтөлсөн, хугацаа хожимдуулсан, үндэслэл муутай мэдээлэл өгсөн), мэдээ тасалсан зөрчлийг цаг тухайд нь илрүүлж, хариуцлагагүй хандсан эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг тухайн байгууллагын удирдлагад танилцуулж, хариуцлага тооцох санал оруулах.

3. Тухайн тайлангийн жилд статистик мэдээ, мэдээлэлд идэвх санаачлага, үр бүтээлтэй ажилласан ажилтныг урамшуулах ажлыг зохион байгуулж, тухайн байгууллагын удирдлагын зөвлөлийн түвшинд хэлэлцүүлж, шийдвэрлүүлэх

4. Үндэсний статистикийн хорооны зөвшөөрсөн, Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар батлагдсанаас бусад загварын маягт, аргачлалаар мэдээ, мэдээлэл гаргаж өгөхөөс татгалзах.

5. Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын мэдээллийн мэргэжилтэн, Статистикийн улсын байцаагч нь албан ёсны статистикийн мэдээллийг батлагдсан буюу зөвшөөрөгдсөн аргачлалын дагуу үнэн зөв, хугацаанд гаргаж өгч байгаа байдалд хяналт шалгалт хийх, илэрсэн зөрчил дутагдлыг арилгуулахаар акт, шаардлага бичих, зөрчил дутагдал гаргасан хүмүүст сахилгын арга хэмжээ авахуулах саналыг холбогдох албан тушаалтанд тавьж шийдвэрлүүлэх.

6. Мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмч нар нь мэргэжлийн дагуу суралцах, мэдлэгээ дээшлүүлэх чиглэлээр гадаад, дотоодын сургалтад хамрагдах, суралцах эрхтэй.

Хоёр: Эрүүл мэндийн мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч, тархварзүйч эмчийн үүрэг

1. Эрүүл мэндийн статистикийн сарын мэдээ, улирал, жилийн тайланг тогтоосон хугацаанд үнэн зөв гаргаж мэдээлэх.

2. Харъяалах нутаг дэвсгэрийн хэмжээний бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад мэдээ цуглуулах анхан шатны бүртгэлийн маягтын хөтлөлтийн байдал, бүртгэл мэдээллийн үйл ажиллагаанд хяналт шалгалт хийж, илэрсэн зөрчлийг арилгуулах, мэргэжлийн арга зүй, зөвлөмжөөр байнга хангах.

3. Эрүүл мэндийн статистикийн сарын мэдээ, улирал, жилийн тайланд дүн шинжилгээ хийж, хүн амын эрүүл мэндийн байдалд гарч байгаа өөрчлөлтүүдийн талаарх мэдээллийг удирдлага болон эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтнуудад хүргэх.

4. Тухайн нутаг дэвсгэрийн хүн амын эрүүл мэндийн байдалд үнэлгээ өгөх, хүн амын эрүүл мэндийн сүүлийн 20-оос доошгүй жилийн үзүүлэлтүүдээр мэдээллийн сан үүсгэх, тогтмол баяжуулах.

5. Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдэд эрүүл мэндийн статистик мэдээллийн чиглэлээр сургалт зохион байгуулах.

6. Эрүүл мэндийн статистикийн бүртгэл, бичиг баримтыг холбогдох хууль, журмын дагуу архивлан хадгалах.

7. Эрүүл мэндийн яамнаас зөвшөөрөгдсөн, эрүүл мэндийн байгууллагуудад хэрэглэгдэж буй програм хангамжуудыг эзэмшиж, үйл ажиллагаандаа ашиглах, нэвтрүүлэх чиглэлээр санаачлагатай ажиллаж, сургалт явуулах.

8. Өвчний болон үйлдлийн олон улсын ангиллыг мөрдөх, тэдгээрийг нэвтрүүлэх чиглэлээр сургалт зохион байгуулах үүрэгтэй.

Гурав: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч, тархварзүйч эмчийн эрх, үүрэг

1. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмч нарын тухайн жилийн үйл ажиллагааг үнэлэх журам боловсруулж мөрдүүлэх, журмын дагуу үнэлгээг хийж хариуцлага тооцох болон урамшуулах саналыг Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газруудад дараа оны хоёрдугаар улиралд багтаан хүргүүлэх.

2. Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмч нарыг мэргэжлийн ур чадвар, ажлын дадлага, туршлагыг үндэслэн Үндэсний статистикийн хорооны даргад "Статистикийн улсын байцаагч"-аар томилох буюу чөлөөлөх тухай асуудлыг тавьж шийдвэрлүүлэх.

3. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас эрүүл мэндийн мэдээллийн чиглэлээр гарч буй заавар, зөвлөмж, аргачлал, Өвчний болон үйлдлийн олон улсын ангиллыг мөрдөх тэдгээрийг нэвтрүүлэх чиглэлээр сургалт зохион байгуулах эрхтэй.

4. Үндэсний түвшинд тооцох эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтийн тодорхойлолт, тооцох аргачлалыг шинэчлэн боловсруулах, эрүүл мэндийн сар, улирал, жилийн статистикийн үзүүлэлтүүдийн эмхэтгэлийг боловсронгуй болгох.

5. Үндэсний түвшинд мэдээ, мэдээллийг цуглуулах, нэгтгэн боловсруулах, дүн шинжилгээ хийх, эрүүл мэндийн салбарын үндсэн үзүүлэлтүүдийг тооцох, эмхэтгэн түгээх, эргэн мэдээлэх.

6. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас эрүүл мэндийн мэдээллийн чиглэлээр гарч буй заавар, зөвлөмж, аргачлалыг нэвтрүүлэхэд санаачлага гарган дээд шатны байгууллагад санал оруулж шийдвэрлүүлэх.

7. Бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллагын мэдээ, тайлангийн чанарт хяналт хийх, мэргэжил арга зүйгээр хангах, мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмч, бүртгэл мэдээллийн ажилтнуудийг чадавхижуулах, хөгжүүлэхэд дэмжлэг үзүүлж ажиллах үүрэгтэй.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30. өдрийн А/611 дугаар тушаалын хоёрдугаар хавсралт

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН АЛБАН ЁСНЫ СТАТИСТИКИЙН МЭДЭЭ, ТАЙЛАН ГАРГАХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Сарын мэдээ, тайлан

1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь хүн амын төрөлт, нас баралт, эх, хүүхдийн эндэгдэл, амбулатори, стационарын тусламж, үйлчилгээний үзүүлэлтүүд, амбулатори, стационарын өвчлөлийг өдөр бүр бүртгэн, тохиолдол тус бүрээр цахим мэдээний сан бүрдүүлнэ.

1.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь бүртгэгдсэн хүн амын төрөлт, нас баралт, эх, хүүхдийн эндэгдэл, амбулатори, стационарын тусламж, үйлчилгээний үзүүлэлтүүдийг улсын тайлан маягт ЭМТ-501.1-ын дагуу сар бүр цахим хэлбэрээр мэдээлнэ.

1.3 Хүн амын төрөлт, нас баралтын мэдээг "Нэг иргэн-нэг бүртгэл" цахим бүртгэлд мэдээлэгдсэн тохиолдолд сарын мэдээнд оруулах ба эх, хүүхэд, эмнэлгээс гараагүй байгаа хэдий ч төрөлтийн тоонд оруулан мэдээлнэ.

1.4 Эрүүл мэндийн байгууллагууд нь сэжигтэй болон онош нь батлагдаагүй өвчлөлийг тухайн сарын мэдээнд оруулалгүй, онош баталгаажсаны дараа мэдээлнэ.

1.5 Сарын мэдээ, тайланг гаргахдаа явуулын хүн амын өвчлөл, төрөлт, нас баралтыг тухайн тохиолдлыг бүртгэсэн эрүүл мэндийн байгууллага мэдээлж, харин тогтмол хаяг гэсэн асуултад тухайн хүний байнга оршин суугаа газрыг бичнэ. Явуулын хүн ам гэдэг ойлголтод 6 сараас бага хугацаагаар оршин суугаа болон албан буюу хувийн хэргээр зорчигчдыг оруулж бүртгэнэ.

1.6 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллага нь сарын мэдээг тухайн сарын сүүлчийн өдрөөр тасалбар болгож авна.

1.7 Сарын мэдээний нэгтгэлийг өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгүүд нь дараа сарын 2-ны өдрийн дотор, аймаг, нийслэлийн түвшинд дараа сарын 4-ний өдрийн дотор багтаан дараагийн шатны эрүүл мэндийн байгууллагад мэдээлнэ.

1.8 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь үндэсний түвшинд сарын мэдээний нэгтгэлийг гаргаж Үндэсний статистикийн хороонд дараа сарын 6-ны өдрийн дотор, Эрүүл мэндийн яам болон бусад холбогдох байгууллагуудад дараа сарын 7-ны өдрийн дотор хэвлэмэл болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

1.9 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь Улсын Их Хурал, Засгийн газарт хүргүүлэх мэдээ, мэдээллийг Эрүүл мэндийн яамны холбогдох газар, хэлтсээр дамжуулан дараа сарын 7-ны өдрийн дотор хэвлэмэл болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

Хоер. Улирлын мэдээ, тайлан

2.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн программд хүн амын төрөлт, нас баралт, халдварт болон халдварт бус өвчний тохиолдол бүрийг шивж, цахим мэдээний санг үүсгэнэ.

2.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь хүн амын төрөлт, нас баралт, халдварт болон халдварт бус өвчний мэдээ, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн цахим мэдээний санг өдөр, сар, улирлаар нэгтгэж, тайлан гаргах ба улирлын тайланг дараа улирлын эхний сарын 15-ны өдрийн дотор бүрдүүлсэн байна.

2.3 Үндэсний түвшинд хүн амын төрөлт, нас баралт, халдварт болон халдварт бус өвчний мэдээ, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн цахим мэдээний санг улирлаар нэгтгэн, дараа улирлын эхний сарын 30-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт эргэн мэдээлнэ.

2.4 Өрхийн эрүүл мэндийн төв болон хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдийн эдийн засгийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн нь Үндэсний статистикийн хорооны даргын 2018 оны 12 сарын 26-ны өдрийн А/156 дугаар тушаалаар батлагдсан "Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын албан ёсны улирлын мэдээний маягт"-ын дагуу улирал болон жилийн тайланг гаргана.

2.5 "Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20... оны ...-р улирлын мэдээ"-г эрүүл мэндийн байгууллагууд нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт улирал бүрийн дараа сарын 15-ны өдрийн дотор, жилийн эцсийн мэдээг дараа оны 03 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр тус тус хүргүүлнэ.

<u>Гурав. Жилийн тайлан</u>

3.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд жилийн үйл ажиллагааны тайланг тухайн оны 12 дугаар сарын 31-ний өдрөөр тасалбар болгон, батлагдсан маягтын дагуу нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт цахим болон цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.2 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь аймаг, нийслэлийн түвшинд эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагааны жилийн тайланг хүлээн авч, нэгтгэх, дүгнэх, эргэн мэдээлэх ажлыг удирдан зохион байгуулна.

3.3 Тухайн жилийн сар, улирлын мэдээнүүд нь өссөн дүнгээр жилийн тайланд тусгагдана.

3.4 Эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагааны жилийн тайланг хүлээн авч, нэгтгэхдээ үндсэн материалтай нь тулган шалгаж, дүгнэлт хийнэ.

3.5 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн төрөлжсөн мэргэшлийн кабинетын эмч нар нь жилийн үйл ажиллагааны тайланг батлагдсан маягтын дагуу нэгтгэн, аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газрын мэдээллийн мэргэжилтэнд дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор хүлээлгэн өгнө.

3.6 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагааны жилийн тайланг батлагдсан маягт, зааврын дагуу нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цахим болон цаасан хэлбэрээр баталгаажуулан хүргүүлнэ.

3.7 Тусгай мэргэжлийн төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгүүд нь аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн төрөлжсөн мэргэшлийн кабинетаас ирүүлсэн жилийн тайланг нэгтгэж, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд дараа оны 2 дугаар сарын 1-ний өдрийн дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр баталгаажуулан хүргүүлнэ.

3.8 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь үндэсний түвшинд эрүүл мэндийн байгууллагуудын жилийн тайлангийн нэгтгэл, статистик боловсруулалт хийж, үндэсний хэмжээнд гаргах эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийг тооцно.

Дөрөв. Эргэн мэдээлэл

4.1 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн сар, улирал, жилийн мэдээ, тайланд нэгтгэл, дүгнэлт хийж харьяа эрүүл мэндийн байгууллагуудад эргэн мэдээлнэ.

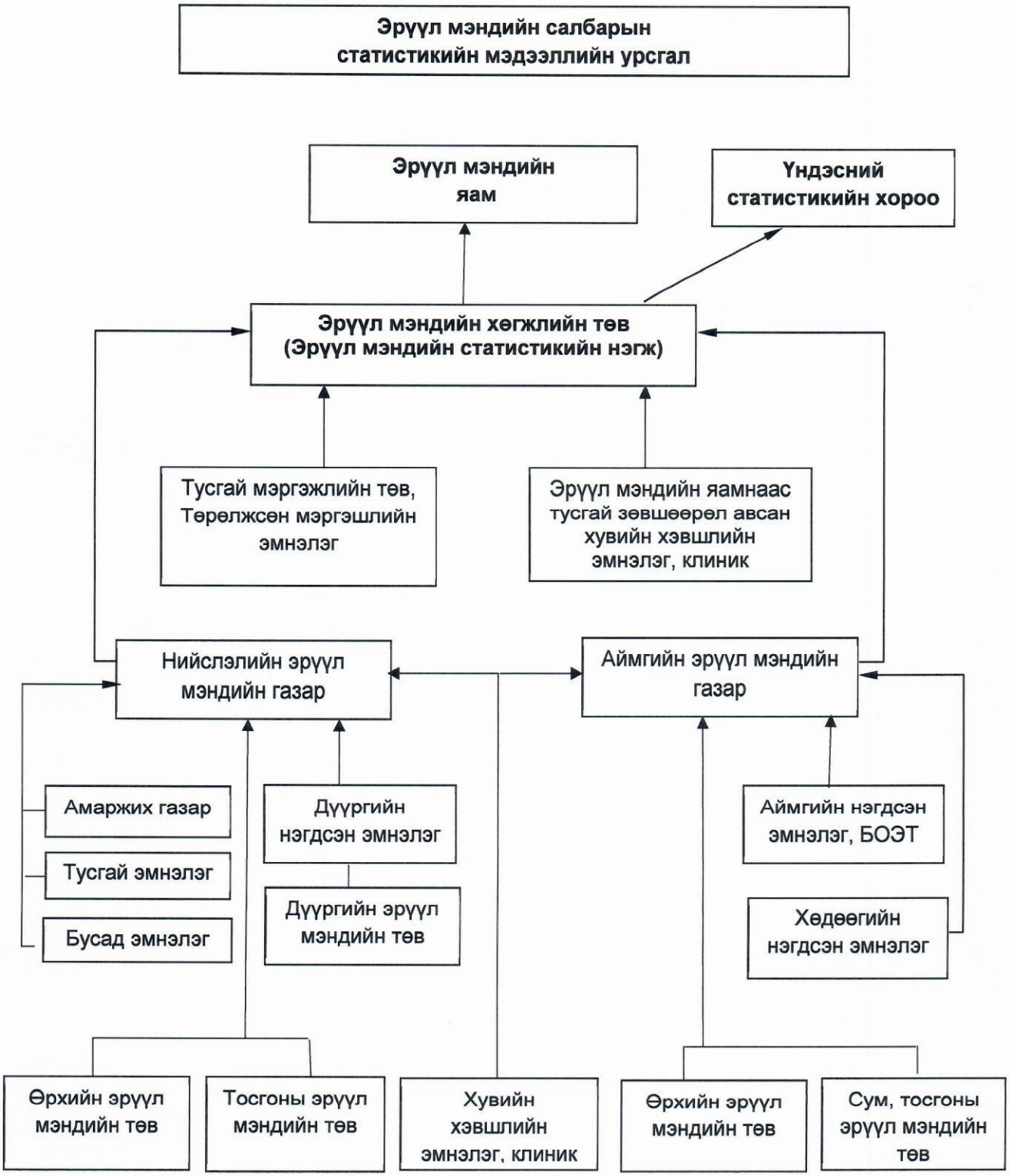
4.2 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь сар бүрийн "Эрүүл мэндийн статистикийн мэдээлэл" эмхэтгэлийг аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа сарын 07-ны өдрийн дотор цахим хуудсаар эргэн мэдээлнэ.

4.3 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь хүн амын амбулатори, стационарын өвчлөл, нас баралтын цахим мэдээний санд улирал тутам нэгтгэл, дүгнэлт хийж аймаг нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, Тусгай мэргэжлийн төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгүүдэд дараа улирлын эхний сарын 15-ны өдрийн дотор цахим хуудсаар эргэн мэдээлнэ.

4.4 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь эрүүл мэндийн байгууллагуудын жилийн тайлангийн нэгтгэлд статистик боловсруулалт хийж, эрүүл мэндийн салбарын үндэсний хэмжээнд гаргах үзүүлэлтүүдийг тооцож, дүгнэлт хийн, эмхэтгэл болгон хэвлүүлж, Эрүүл мэндийн яам, Үндэсний статистикийн хороо болон холбогдох бусад байгууллага, аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа жилийн 4 дүгээр сарын 1-ний өдрийн дотор хүргүүлнэ.

4.5 Сар, улирал, жилийн эрүүл мэндийн статистикийн эмхэтгэл, мэдээллийг хэвлүүлэн мэдээлэл хэрэглэгчдэд түгээх зардлыг тухайн эрүүл мэндийн байгууллага нь жилийн төсвийн төлөвлөгөөнд суулган, санхүүжилтийг шийдвэрлэнэ.

Тав. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн A/672 дугаар тушаалын гуравдугаар хавсралт

ХУВИЙН ХЭВШЛИЙН ЭМНЭЛГИЙН СТАТИСТИКИЙН МЭДЭЭ, ТАЙЛАН ГАРГАХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Сарын мэдээ, тайлан

1.1 Монгол улсын "Статистикийн тухай" хуулийн 2 дугаар бүлгийн 6 дугаар зүйлд заасны дагуу албан ёсны статистик мэдээллийг тогтсон хугацаанд, батлагдсан маягтаар аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд тус тус гарган хүргүүлнэ.

1.2 Хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь бүртгэгдсэн хүн амын төрөлт, нас баралт, эх, хүүхдийн эндэгдэл, амбулатори, стационарын тусламж үйлчилгээний үзүүлэлтүүд, халдварт болон халдварт бус өвчний сарын мэдээг тухайн сарын сүүлчийн өдрөөр тасалбар болгон, улсын тайлан маягт ЭМТ-501.1-ын дагуу сар бүр цахим хэлбэрээр мэдээлнэ.

1.3 Хүн амын төрөлт, нас баралтын мэдээг "Нэг иргэн-нэг бүртгэл" цахим бүртгэлд мэдээлэгдсэн тохиолдолд сарын мэдээнд оруулах ба эх, хүүхэд, эмнэлгээс гараагүй байгаа хэдий ч төрөлтийн тоонд оруулан мэдээлнэ.

1.4 Хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь сэжигтэй болон онош нь батлагдаагүй өвчлөлийг тухайн сарын мэдээнд оруулалгүй, онош баталгаажсаны дараа мэдээлнэ.

1.5 Сарын мэдээг аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газраас зөвшөөрөлтэй хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь тухайн аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд дараа сарын 2-ны өдрийн дотор тус тус мэдээлнэ.

Хоёр. Улирлын мэдээ, тайлан

2.1 Хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь хүн амын амбулатори, стационарын өвчлөл, нас баралтыг өдөр бүр бүртгэн, эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн програм хангамжид цахим мэдээний сан үүсгэнэ.

2.2 Цахим мэдээний санг өдөр, сар, улирлаар нэгтгэж, тайланг өдөр, сар, улирлаар гарган аймаг, нийслэлийн түвшинд тухайн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа улирлын эхний сарын 10-ны өдрийн дотор, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд дараа улирлын эхний сарын 10-ны өдрийн дотор цахим хэлбэрээр тус тус мэдээлнэ.

2.3 Үндэсний статистикийн хорооны даргын 2018 оны 12 дугаар сарын 26-ны өдрийн А/156 дугаар тушаалаар батлагдсан Улсын тайлан маягт ЭМТ-6-аар "Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ"-г улирал тутам гаргана.

2.4 “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ”-г аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь тухайн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд дараа улирлын эхний сарын 20-ны өдрийн дотор цахим хэлбэрээр тус тус мэдээлнэ.

2.5 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ”-г нэгтгэн дараа улирлын эхний сарын 25-ны өдрийн дотор Үндэсний статистикийн хороонд хүргүүлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

3.1 Хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь жилийн тайлан мэдээг тухайн оны 12 дугаар сарын 31-ний өдрөөр тасалбар болгон, батлагдсан маягтын дагуу гаргаж, нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мөн хугацаанд баталгаажуулан цахим болон цаасан хэлбэрээр тус тус хүргүүлнэ.

3.2 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдийн жилийн эцсийн үйл ажиллагааны тайланг батлагдсан маягт, аргачлалын дагуу нэгтгэн, дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор багтаан Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цахим болон цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.3 Үндэсний статистикийн хорооны даргын 2018 оны 12 дугаар сарын 26-ны өдрийн А/156 дугаар тушаалаар батлагдсан Улсын тайлан маягт ЭМТ-6-аар “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ”-г жилийн эцсийн байдлаар дараа оны 3 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цаасан болон цахим хэлбэрээр тус тус хүргүүлнэ.

3.4 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ”-г жилийн эцсийн байдлаар нэгтгэн дараа оны 3 дугаар сарын 12-ны өдрийн дотор Үндэсний статистикийн хороонд хүргүүлнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/611 дугаар тушаалын дөрөвдүгээр хавсралт

ХАЛДВАРТ ӨВЧИН, ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Долоо хоногийн мэдээ

1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь бүртгэгдсэн халдварт өвчний хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын мэдээг долоо хоног бүрийн даваа гаригт харьяа аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар, дүүргийн эрүүл мэндийн төвд мэдээлэх хуудасны I хэсгээр мэдээлнэ.

1.2 Аймаг, нийслэлийн нийслэлийн эрүүл мэндийн газар нь харьяа нутаг дэвсгэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудаас ирүүлсэн халдварт өвчний хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын мэдээг долоо хоног бүр нэгтгэж, мягмар гаригт цахимаар Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Тандалтын Үндэсний нэгжийн www.nccd.gov.mn/ewar/ вэб хаяг руу илгээнэ.

1.3 Халдварт өвчний онош батлагдсан тохиолдолд "Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас"-ны I, II хэсгийг хамт бөглөж мэдээлнэ.

1.4 Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Тандалтын үндэсний нэгж нь аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн мэдээг нэгтгэн дүгнэж долоо хоногийн пүрэв гариг бүр эргэн мэдээлнэ.

1.5 "Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас" өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад хөтлөгдөж, статистикийн албанд нэгтгэнэ.

1.6 Долоо хоногийн мэдээнд эпидемиологийн хуанлигаар өмнөх долоо хоногийн ням гаригаас дараа долоо хоногийн ням гариг хүртэлх мэдээг хамруулна.

1.7 Босго үзүүлэлтэд хүрсэн тохиолдолд долоо хоногийн мэдээг хүлээхгүйгээр 24 цагийн дотор дараагийн шатны эрүүл мэндийн байгууллагад мэдээлнэ.

1.8 Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын долоо хоногийн нэгдсэн мэдээг захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-301.1 тайлангийн маягтын дагуу нэгтгэн Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Тандалтын үндэсний нэгжид мэдээлнэ.

Хоёр. Сарын мэдээ

2.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд халдварт өвчний онош батлагдсан тохиолдлуудын мэдээг нэгтгэнэ.

2.2 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, эмнэлэг, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, хувийн хэвшлийн

эмнэлгүүд онош батлагдсан халдварт өвчний мэдээг сар бүрийн 02-ны өдрийн дотор харьяа аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.

2.3 Онош батлагдсан халдварт өвчний тохиолдлуудыг "Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас"-аар мэдээлж, эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн программд шивж, мэдээллийн сан үүсгэнэ.

2.4 Оношийг лабораторийн шинжилгээний дүнг үндэслэн баталгаажуулахаас гадна зарим шинэ ба ховор халдварын үед үүсгэгчийн хэв шинжээс шалтгаалан өвөрмөц оношлуурууд тохирохгүй нөхцөлд ерөнхий мэргэжилтэн, зөвлөх эмчийн үзлэгээр эмнэлзүйн шинж тэмдэг, тархвар судлалын судалгааны дүгнэлтийг үндэслэн эцсийн онош тавина.

2.5 Сарын мэдээнд тухайн сарын 1-ний өдрөөс эхлэн дараагийн сарын 1-ний өдөр хүртэлх мэдээг хамруулна.

Гурав. Жилийн тайлан

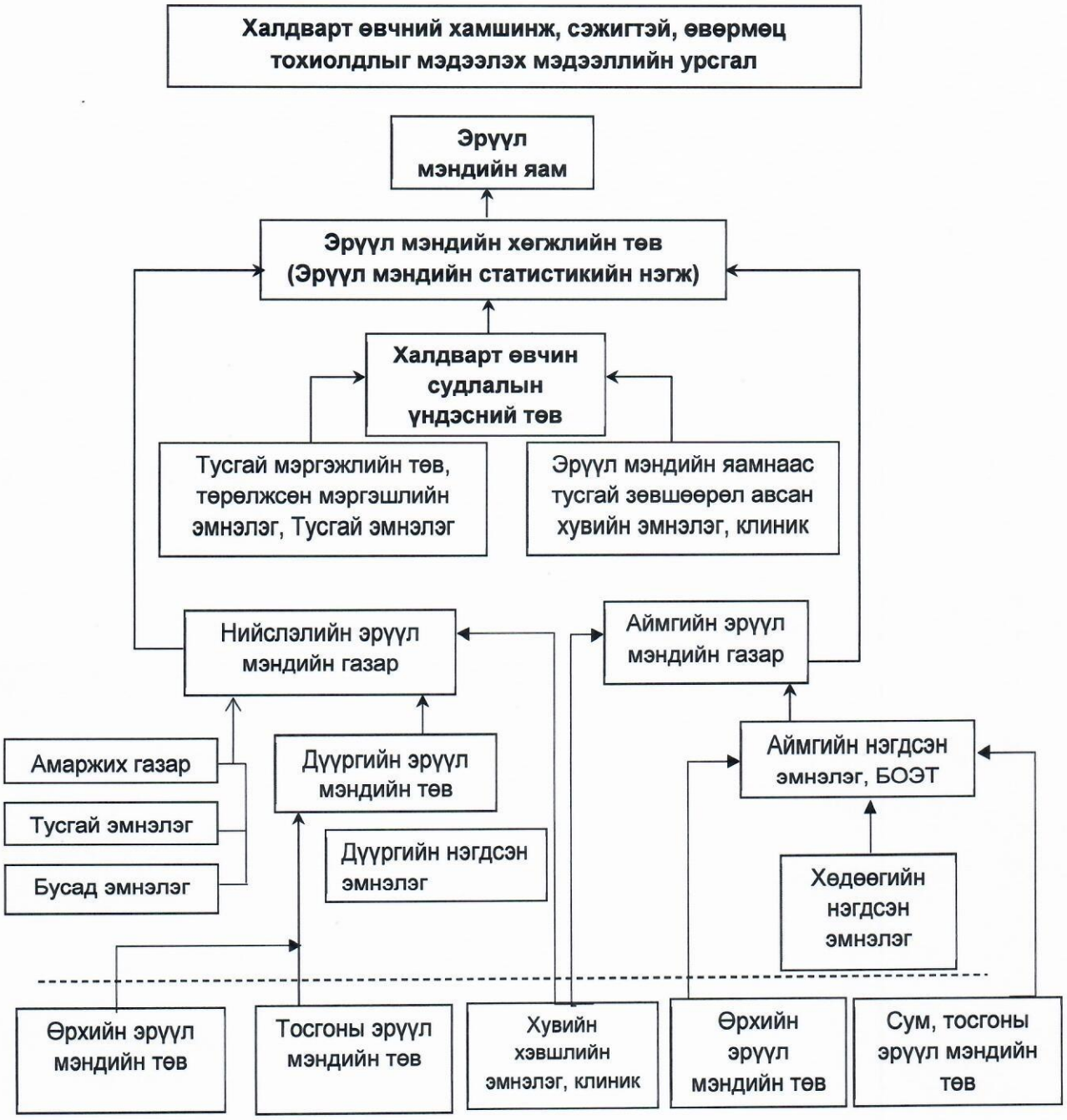
3.1 Халдварт өвчний онош баталгаажсан тохиолдлуудын долоо хоног, сарын мэдээг өссөн дүнгээр нэгтгэж жилийн тайланд тусгана.

3.2 Аймаг, дүүргийн халдвар судлаач, тархвар зүйч эмч нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-301 тайлан" маягтын дагуу нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.3 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь "Халдварт өвчин судлалын кабинетийн үйл ажиллагааны жилийн тайлан"-г нэгтгэж дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвд цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.4 Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн "Халдварт өвчин судлалын кабинетийн үйл ажиллаагааны жилийн тайлан"-г хүлээн авч нэгтгэн Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цахим болон цаасан хэлбэрээр баталгаажуулан дараа оны 2 дугаар сарын 15-ны өдрийн дотор хүргүүлнэ.

Дөрөв. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн 176 дугаар тушаалын тавдугаар хавсралт

БЭЛГИЙН ЗАМААР ДАМЖИХ ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Бэлгийн замаар дамжих халдварыг бүртгэх

1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн /лаборатори бүхий/ байгууллагууд нь бэлгийн замаар дамжих халдвар, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг "Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас" маягтаар бүртгэн харьяа аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.

1.2 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв нь Бэлгийн замаар дамжих халдварыг хам шинжээр оношлон "Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас" маягтын дагуу бүртгэн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.

1.3 Төрөлхийн тэмбүүгийн сэжигтэй тохиолдлыг тухайн харьяаллын Бэлгийн замаар дамжих халдварын кабинетын эмч оношийг баталгаажуулан, халдвар судлаач эмч мэдээлнэ.

1.4 Хүний дархлал хомсдолын вирус (ХДХВ)-ийн халдварын сэжигтэй тохиолдлыг Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн нэгдсэн лабораторийн албанд баталгаажуулж Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/ БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд "ХДХВ-ийн халдвар, Дархлалын олдмол хомсдол (ДОХ)-ын өвчлөлийг мэдээлэх хуудас" маягтаар бүртгэн мэдээлнэ.

1.5 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлэг, клиник, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүдийн эмэгтэйчүүдийн эмч жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн тэмбүү илрүүлэх шинжилгээгээр тэмбүүгийн халдвар илэрсэн тохиолдолд тухайн харъяаллын БЗДХ-ын кабинетийн эмчид илгээн "Тэмбүүгийн халдвартай жирэмсэн эмэгтэйн хяналтын бүртгэл"-ийн маягтаар бүртгэн, аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар болон Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд мэдээлнэ.

1.6 Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ-ийн төрөх тасаг, амаржих газрууд, эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлэг, клиник, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүд, амаржих газар төрөх тасагт илэрсэн өвчлөлийг "Тэмбүү илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл" маягтаар бүртгэн аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар болон Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд мэдээлнэ.

1.7 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг "Серологийн шинжилгээний бүртгэл", ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг "ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл"-ийн маягтын дагуу

бүртгэн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/ БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд мэдээлнэ.

1.8 Аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүдийн Бэлгийн замаар дамжих халдварын кабинетын эмч нь "Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас" маягтын дагуу бүртгэгдсэн тохиолдлыг эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн програмд шивж, мэдээний санг үүсгэнэ.

Хоёр. Сарын мэдээ

2.1 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь онош батлагдсан Бэлгийн замаар дамжих халдвар, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг нэгтгэн дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд сар бүр мэдээлнэ.

2.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд онош батлагдсан тохиолдлын дагуу цахим мэдээний санг "Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас" АМ-3 маягтын дараа сарын 04-ний өдрийн дотор бүрдүүлнэ.

2.3 Бэлгийн замаар дамжих халдварын шинжилгээний тайланг эрүүл мэндийн байгууллагын лабораторийн эмч, лаборант нар сар, улирлаар гарган дараа сарын 10-ны өдрийн дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд ирүүлнэ.

2.4 Хам шинжийн оношилгооны сарын тайланг өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн эмч нар нэгтгэн гаргаж аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төвийн Бэлгийн замаар дамжих халдварын кабинетийн эмчид цахим хэлбэрээр дараа сарын 5-ны өдрийн дотор хүргүүлнэ.

2.5 Бэлгийн замаар дамжих халдварын кабинетийн эмч нь хам шинжийн оношилгооны сарын тайлангийн нэгтгэлийг дараа сарын 10-ны өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд ирүүлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

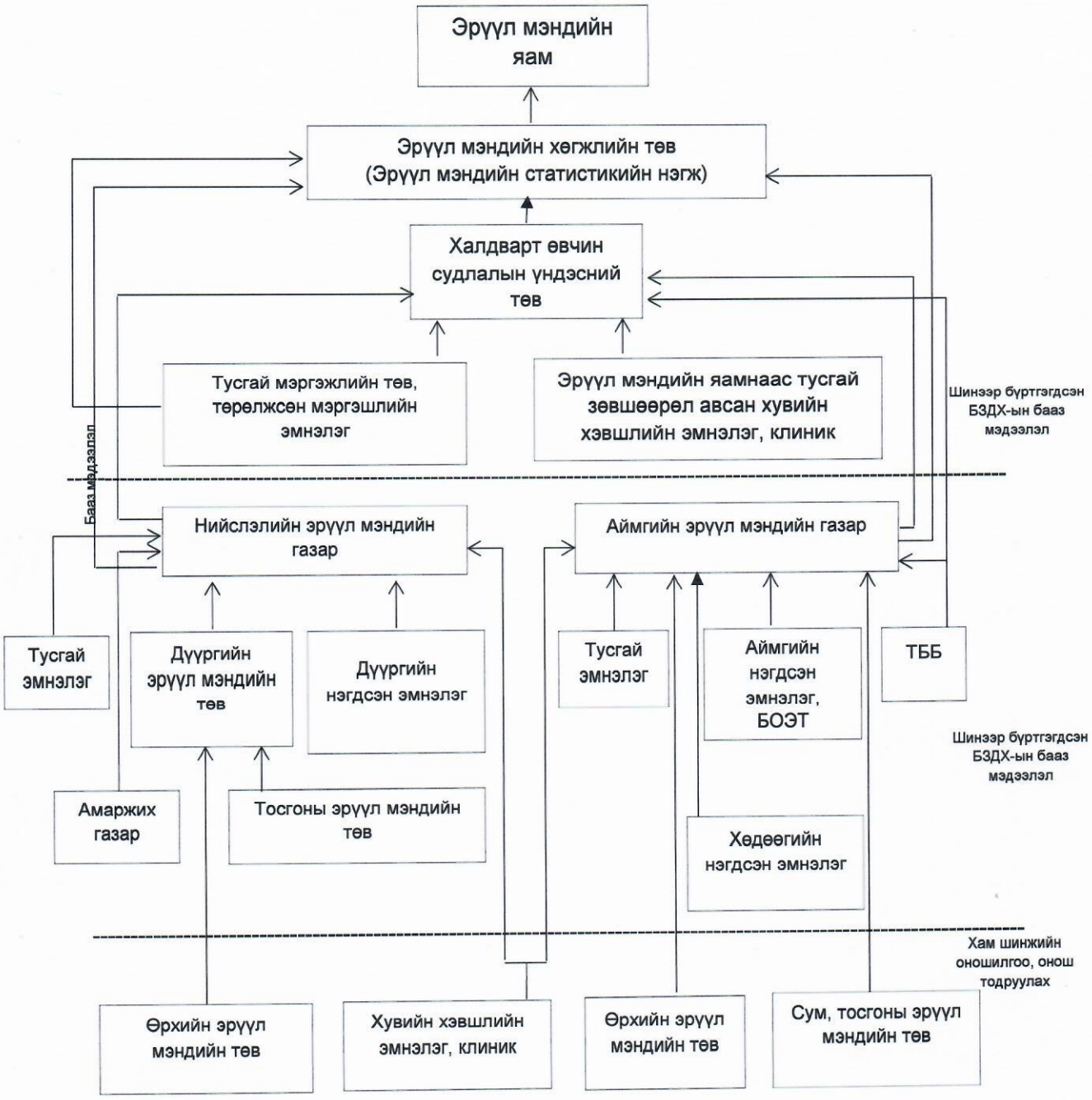
3.1 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж жилийн тайланд тусгана.

3.2 Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төвийн БЗДХ-ын кабинетийн эмч, хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-304 тайлан" маягтын дагуу гарган дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор харьяа аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.3 Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар, Тусгай мэргэжлийн төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Тусгай эмнэлэг, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөлтэй хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд, төрийн бус байгууллагууд нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.4 Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны алба нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, Тусгай мэргэжлийн төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Тусгай эмнэлэг, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөлтэй хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдээс ирүүлсэн "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-304 тайлан"-г хүлээн авч нэгтгэн, баталгаажуулж цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлнэ.

Дөрөв. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/611 дугаар тушаалын зургаадугаар хавсралт

СҮРЬЕЭ ӨВЧНИЙГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Сүрьеэ өвчнийг бүртгэх

1.1 Аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь онош батлагдсан шинээр илэрсэн сүрьеэгийн тохиолдлыг "Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас" АМ-4 маягтаар бүртгэн аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.

1.2 Сүрьеэ өвчний улмаас нас барсан тохиолдлыг "Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ" АМ-7 маягтаар бүртгэн мэдээлэх бөгөөд сарын мэдээнд зөвхөн шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчний улмаас нас барсан тохиолдлыг мэдээлнэ.

1.3 Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн диспансерийн эмч нь "Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас" АМ-4 маягтын дагуу эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн программд шивж цахим мэдээний сан үүсгэнэ.

1.4 Эмэнд дасалтай сүрьеэгийн сэжигтэй тохиолдол бүрийг Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн лавлах лабораториор баталгаажуулж олон эмэнд дасалтай сүрьеэтэй /ОЭДС/-тэй өвчтөний эмчилгээ хяналтын карт" ОЭДС-1 маягтаар бүртгэнэ.

Хоёр. Сарын мэдээ

2.1 Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн диспансерийн эмч нь тухайн сард шинээр илэрсэн сүрьеэгийн өвчлөл, нас баралтын тохиолдлыг аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа сарын 02-ны өдрийн дотор, аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.

2.2 Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн диспансерийн эмч нь "Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас" АМ-4 маягтаар үүссэн цахим мэдээний санг дараа сарын 10-ны өдрийн дотор Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн СТСА-д сар бүр ирүүлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

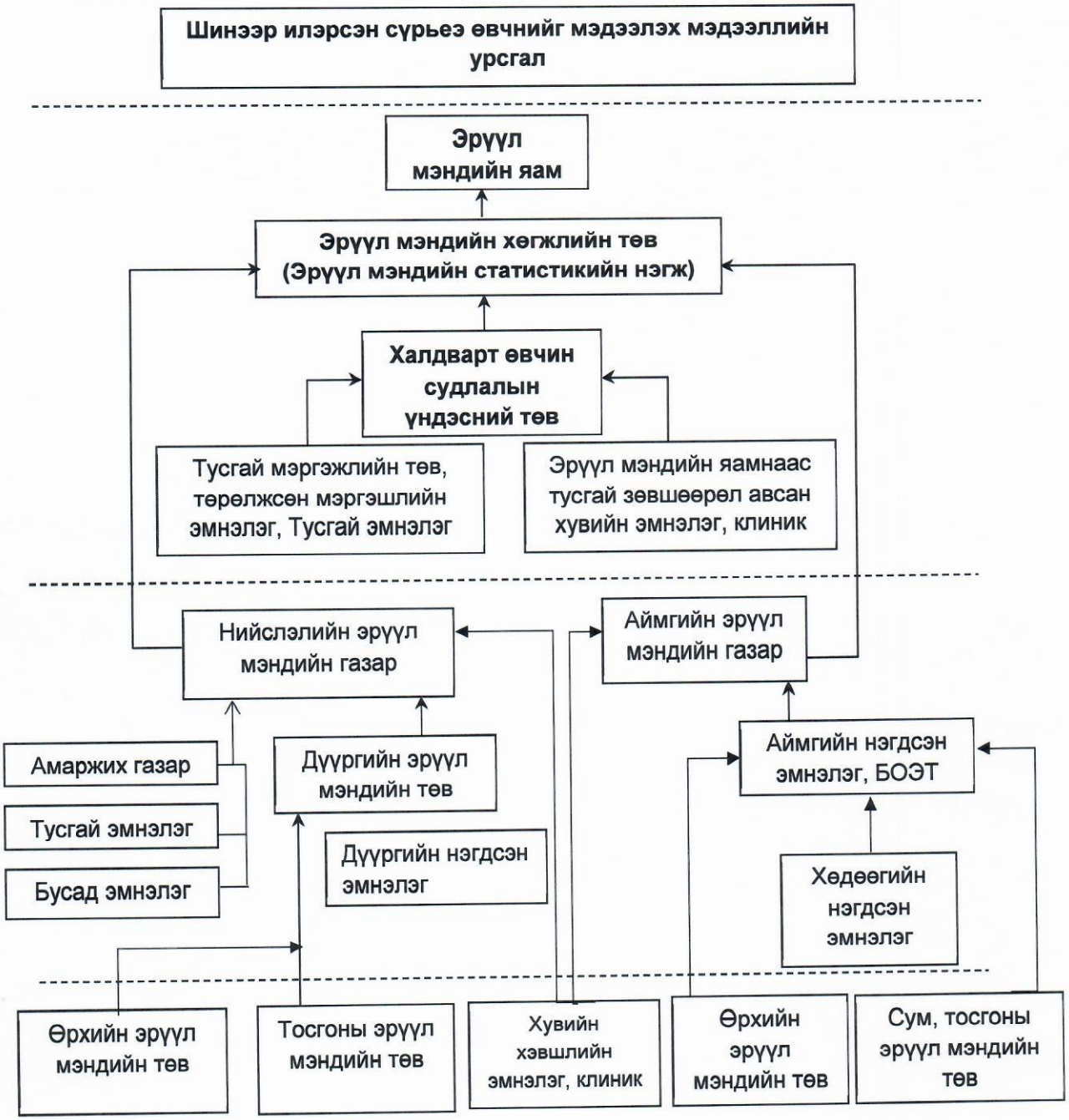
3.1 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж жилийн тайланд тусгана.

3.2 Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн диспансерийн үйл ажиллагааны жилийн тайланг "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-302 тайлан" маягтын дагуу сүрьеэгийн зохицуулагч эмч гарган дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.3 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг хүлээн авч нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн СТСА -д цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.4 Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн СТСА нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-302 тайлан"-г хүлээн авч нэгтгэн баталгаажуулж, цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлнэ.

Дөрөв. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/601 дугаар тушаалын долоодугаар хавсралт

ХОРТ ХАВДРЫГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Хорт хавдрыг бүртгэх

1.1 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүд, тусгай эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь онош батлагдсан шинээр илэрсэн хорт хавдрын тохиолдлыг "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас" АМ-5 маягтаар бүртгэн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.

2.1 Хорт хавдар өвчний улмаас нас барсан тохиолдлыг "Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ" АМ-7 маягтаар бүртгэн мэдээлэх бөгөөд сарын шуурхай мэдээлэлд нийт (шинэ, хуучин) хорт хавдар өвчний улмаас нас барсан тохиолдлыг мэдээлнэ.

2.2 Аймаг, дүүргийн хавдрын кабинетийн эмч нь "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас"-аар (АМ-5 маягт), "Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ"-ээр (АМ-7 маягт) бүртгэгдсэн тохиолдлыг эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн программд цахим мэдээний санг үүсгэнэ.

Хоёр. Сарын мэдээ

2.3 Аймаг, дүүргийн хавдрын кабинетийн эмч нь тухайн сард шинээр илэрсэн хорт хавдрын өвчлөл, хорт хавдрын нийт нас баралтын тохиолдлыг аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа сарын 02-ны өдрийн дотор, аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар нь дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.

2.4 Тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь тухайн сард шинээр илэрсэн хорт хавдрын өвчлөл, хорт хавдрын нийт нас баралтын тохиолдлыг дараа сарын 2-ны өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.

2.5 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас" АМ-5 маягтаар үүссэн цахим мэдээний санг дараа сарын 10-ны өдрийн дотор Хавдар судлалын үндэсний төвд сар бүр ирүүлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

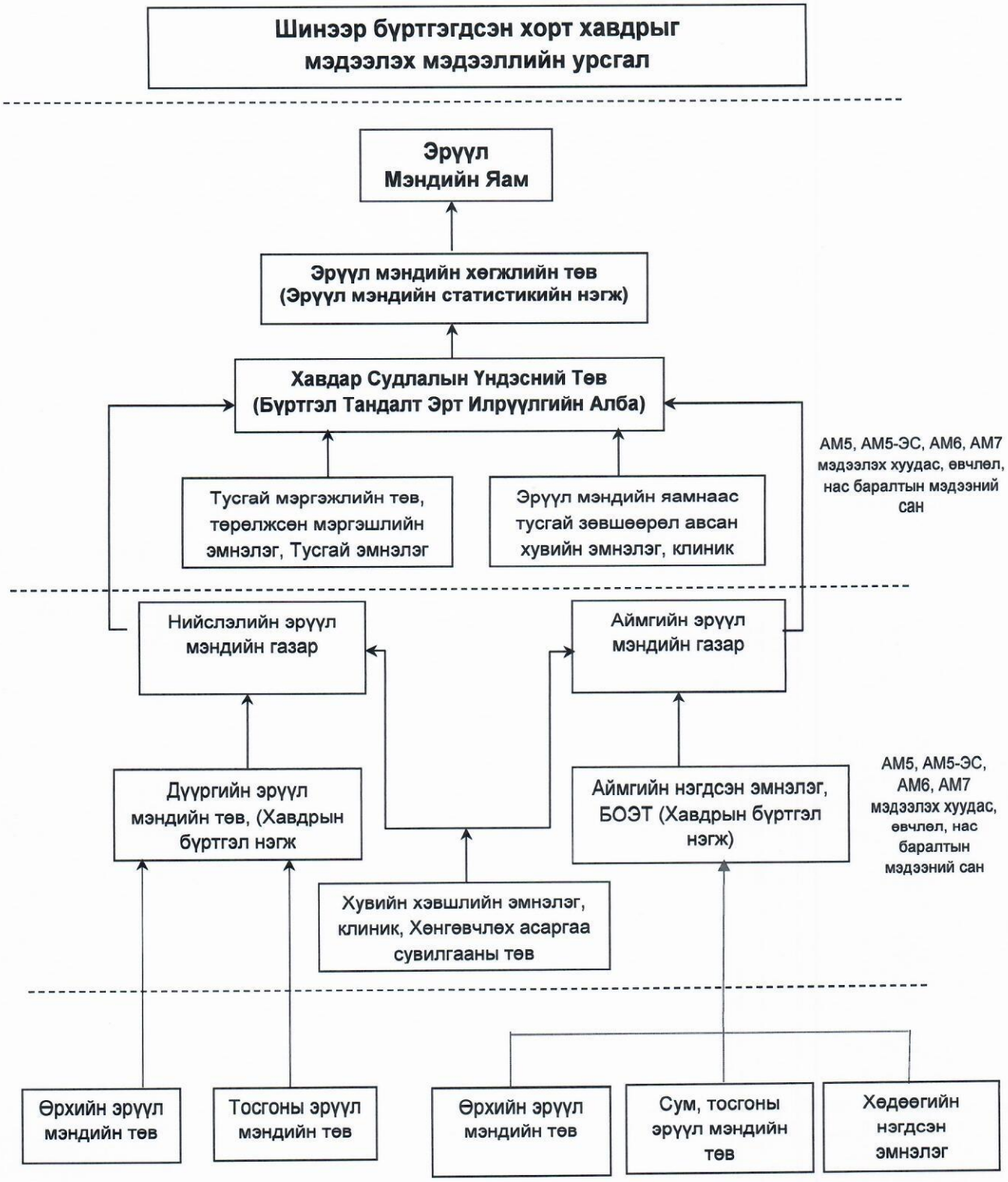
3.1 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж жилийн тайланд тусгана.

3.2 Аймаг, дүүргийн хавдрын жилийн үйл ажиллагааны тайланг "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-303 тайлан" маягтын дагуу хавдрын кабинетийн эмч гарган дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.3 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг хүлээн авч нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Хавдар судлалын үндэсний төвд цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.4 Хавдар судлалын үндэсний төв нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-303 тайлан"-г хүлээн авч нэгтгэн баталгаажуулж, цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлнэ.

Дөрөв. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/641 дугаар тушаалын наймдугаар хавсралт

ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Хорт хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийг бүртгэх

1.1 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь эрт илрүүлэг үзлэгийг Эмчийн үзлэгийн бүртгэл АМ-1А, 1Б маягтаар бүртгэн, үйлчлүүлэгч бүрт эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээлэх хуудас хөтөлж, өвчлөл бүртгэгдсэн тохиолдолд хорт хавдрыг мэдээлэх журмын дагуу мэдээлнэ.

1.2 Эрүүл мэндийн байгууллагуудын эрт илрүүлэг үзлэг хариуцсан эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн нь эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээлэх хуудсын дагуу цахим мэдээний санг үүсгэнэ.

1.3 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн хавдар бүртгэгч эмч нь "Эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээлэх хуудас" (ЭИМ маягт)-аар цахим мэдээний сан үүсгэнэ.

1.4 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн эмч нар эрт илрүүлэг үзлэгийн програмд холбогдох эрхийн дагуу нэвтрэх эрхтэй бөгөөд цахим мэдээний сан үүсгэхэд үүргийн дагуу оролцоно.

1.5 Эрт илрүүлэг үзлэгийн цахим програмд нэвтэрч мэдээлийн сан үүсгэх эрхийг аймаг дүүргийн түвшинд хавдар бүртгэгч эмч олгоно. Нийслэл, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, ЭМЯ-наас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн эмнэлгийн хувьд Хавдар судлалын үндэсний төвөөс олгоно.

Хоёр. Сарын мэдээ

2.1 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, төрөлжсөн мэргэжлийн төв, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь эрт илрүүлэг үзлэгийн сарын мэдээг мэдээллийн урсгалын дагуу дараа сарын 1-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр ирүүлнэ.

2.2 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлгийн эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээг аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн хавдар бүртгэгч эмч, Эрүүл мэндийн газар нь тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн эмнэлгийн үзлэгийн мэдээг нэмж нэгтгэн хянаж, дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Хавдар судлалын үндэсний төвд сар бүр мэдээлнэ.

2.3 Тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, ЭМЯ-наас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн эмнэлгүүд эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээг дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Хавдар судлалын үндэсний төвд сар бүр мэдээлнэ.

2.4 Цахим мэдээний санг эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээлэх хуудсаар дараа сарын 05-ны өдрийн дотор үүсгэсэн байна.

Гурав. Жилийн тайлан

3.1 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж жилийн тайланд тусгана.

3.2 Аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн хавдрын кабинетийн эмч, хавдар бүртгэгч нь эрт илрүүлэг үзлэгээр үүссэн цахим мэдээний санг хянаж, үйл ажиллагааны тайланг зохих маягтын дагуу гарган цаасан болон цахим хэлбэрээр дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор Хавдар судлалын үндэсний төвд хүргүүлнэ.

3.3 Тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, ЭМЯ-наас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн эмнэлгүүд эрт илрүүлэг үзлэгээр үүссэн цахим мэдээний сан, үйл ажиллагааны тайланг цаасан болон цахим хэлбэрээр дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор Хавдар судлалын үндэсний төвд хүргүүлнэ.

3.4 Хавдар судлалын үндэсний төв нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн эрт илрүүлэг үзлэгийн үйл ажиллагааны тайланг хүлээн авч, нэгтгэн цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлнэ.

Дөрөв. Эргэн мэдээлэх

4.1 Хавдар судлалын үндэсний төвд онош тодруулахаар илгээсэн тохиолдлоос хорт хавдрын онош батлагдвал АМ-5 маягт болон цахим сангаар харьяа аймаг, дүүргийн хавдар бүртгэгчид эргэн мэдээлнэ.

4.2 Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар нь хорт хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийн сарын мэдээг нэгтгэн, хянаж дүн шинжилгээ хийн, дараа сарын 5-ны өдрийн дотор харьяа эрүүл мэндийн байгууллагуудад эргэн мэдээлнэ.

4.3 Хавдар судлалын үндэсний төв нь хорт хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээг нэгтгэн, боловсруулж, дүн шинжилгээ хийн холбогдох газруудад эргэн мэдээлнэ.

4.4 Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар нь эрт илрүүлэг үзлэгийн жилийн тайлан, мэдээний санд боловсруулалт дүн шинжилгээ хийн холбогдох газруудад дараа оны 02 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор эргэн мэдээлнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн 761 дугаар тушаалын есдүгээр хавсралт

УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХЫН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ МЭДЭЭГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Сарын мэдээ

1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинет нь хүн амын өвчлөл, нас баралтыг Уламжлалт анагаах ухааны оношийн дагуу бүртгэж, кодлоно.

1.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинет нь тухайн эрүүл мэндийн байгууллагад бүртгэгдсэн хүн амын өвчлөл, нас баралтын мэдээллийг Эрүүл мэндийн бүртгэл, тайлангийн программд өдөр бүр бүртгэн цахим мэдээний сан үүсгэнэ.

1.3 Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төв нь өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинетаас ирүүлсэн өвчлөл, нас баралтын мэдээг нэгтгэж, дараа сарын 05-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.

Хоёр. Улирлын мэдээ

2.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинетад үзүүлсэн уламжлалт анагаахын тусламж үйлчилгээг бүртгэлийн маягт АМ-28А, АМ-28Б, АМ-29А, АМ-29Б, АМ-29В, АМ-29Г маягтын дагуу бүртгэн, тайлангийн ЭМТ-203.6 маягтын дагуу дараа улирлын эхний сарын 10-ны өдрийн дотор Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төвд мэдээлнэ.

2.2 Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төв нь өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинетаас ирүүлсэн уламжлалт анагаах ухааны заслын мэдээг улирал бүр нэгтгэж, дараа улирлын эхний сарын 15-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

3.1 Сар, улирлын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж, жилийн тайланд тусгана.

3.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинетад үзүүлсэн уламжлалт анагаахын тусламж үйлчилгээний мэдээг нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төвд мэдээлнэ.

3.3 Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төв нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг батлагдсан маягтын дагуу нэгтгэн дараа оны 2 дугаар сарын 01-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30
өдрийн A/61 дугаар тушаалын аравдугаар хавсралт

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БҮРТГЭЛИЙН БОЛОН ТАЙЛАНГИЙН МАЯГТЫН ЖАГСААЛТ, ХАДГАЛАХ ХУГАЦАА

Дугаар	Маягтын нэр	Маягтын дугаар	Хөтлөх хүний албан тушаал	Хадгалах хугацаа / жилээр / цаасан хэлбэр	Хадгалах хугацаа / жилээр / цахим хэлбэр
А. ӨРХ, СУМ, ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВҮҮДЭД ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ					
1	Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр	ӨЭ -1.А	Их эмч	Байнга	/-/
2	6-18 настай хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр	ӨЭ-1.Б	Их эмч	Байнга	/-/
3	Өрхийн хүн амын эрүүл мэндийн бүртгэл	ӨЭ-2	Өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	Байнга	Байнга
4	Хүүхдийн эрүүл өсөлт, хөгжлийн хяналтын карт	ӨЭ-3А	Өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	20	/-/
5	Хүүхдийн өсөлт, хөгжлийн бүртгэлийн маягт	ӨЭ-3Б	Өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	20	/-/
6	2 сар хүртэлх хүүхдийн үзлэгийн маягт	ӨЭ-4А	Өрх болон сумын эмч	5	/-/
7	Хоёр сараас 5 хүртэлх насны өвчтэй хүүхдийн үзлэгийн маягт	ӨЭ-4Б	Өрх болон сумын эмч	15	/-/
8	Дархлаажуулалтад хамрагдсан 0-15 настай хүүхдийн нэгдсэн бүртгэл	ӨЭ-5А	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	/-/
9	Товлолын бус урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдсан хүмүүсийн бүртгэл	ӨЭ-5.Б	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	

10	Дархлаажуулалтын дараах урвал хүндрэлийн бүртгэл	ӨЭ-5.В	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	
11	Урьдчилан сэргийлэх тарилгын орлого, зарлагын өдөр тутмын бүртгэл	ӨЭ-5.Г	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	
12	0-15 настай хүүхдийг дархлаажуулах сарын төлөвлөгөө ба хамралт	ӨЭ-6.А	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	
13	Урьдчилан сэргийлэх тарилгаас татгалзсан тухай мэдээлэх хуудас	ӨЭ-6.Б	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	5
14	Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилгын гэрчилгээ	ӨЭ-7	Вакцины сувилагч	15	15
15	Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүсийн бүртгэл	ӨЭ-8	Өрхийн их эмч, сувилагч	5	5
16	Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүний ахиц дэвшлийг үнэлэх маягт	ӨЭ-9	Өрхийн их эмч, сувилагч	5	5
17	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн асуудалтай хүмүүст үзүүлсэн тусламжийн бүртгэл	ӨЭ-10	Өрхийн их эмч, сувилагч	5	5
18	18, 36 сартай хүүхдийн эрүүл мэндийн цогц үзлэгийн маягт	ӨЭ-11	Их эмч	5	5
19	Гэрээр үзүүлэх тусламж үйлчилгээний бүртгэл	ӨЭ-12	Их эмч, сувилагч	5	5
20	Гэрээр үзүүлэх тусламж үйлчилгээний хяналтын карт	ӨЭ-13	Их эмч, сувилагч	5	5
21	Эмчийн үзлэгийн бүртгэл	АМ-1А	Их эмч	5	5
22	Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	АМ-2	Их эмч	5	5
23	БЗДХ-ыг мэдээлэх хуудас	АМ-3	Их эмч	5	5
24	Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ	АМ-7	Их эмч	20	20
25	Эмнэлгийн магадлагаа	АМ-8	Их эмч	/-/	/-/
26	Энгийн эмийн жор	АМ-9А	Их эмч	1	/-/

27	Мансууруулах эмийн жор	АМ-9Б	Их эмч	1	/-/
28	Хяналтын карт / диспансерийн /	АМ-11	Их эмч	Байнга	Байнга
29	Эмнэлэгт өвчтөн илгээх хуудас	АМ-13А	Их эмч	Өвчний түүхийн хамт	Өвчний түүхийн хамт
30	Эмнэлгээс өвчтөн илгээх хуудас	АМ-13Б	Их эмч	1	/-/
31	Эмнэлэгт өвчтөн илгээх цахим бүртгэлийн хуудас	АМ-13В	Их эмч	1	/-/
32	Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн бүртгэл	АМ-14	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	5
33	Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хяналтын хөтөч	АМ-15	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	/-/
34	Солилцох хуудас	АМ-16	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	Төрөлтийн түүхийн хамт	/-/
35	Эхийн эндэгдэл, ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт	АМ-17	Их эмч	5	/-/
36	Амбулаториор эмчлүүлэгсдийн карт	АМ-20	Их эмч, сувилагч	/-/	/-/
37	Шинжилгээнд явуулах бичиг	АМ-21/А-Б/	Их эмч, сувилагч	/-/	/-/
38	Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагсдын бүртгэл /амбулаторит/	АМ-26А	Их эмч, сувилагч	10	10
39	Настны эрүүл мэндийн бүртгэл	АМ-28	Өрхийн их эмч, сувилагч	5	5
40	Өдрийн эмчилгээний бүртгэл /хүүхэд/	АМ-30А	Их эмч	10	10
41	Өдрийн эмчилгээний бүртгэл /насанд хүрэгчид/	АМ-30Б	Их эмч	10	10
42	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас	АМ-31	Их эмч	5	5
43	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас	АМ-32	Их эмч	5	5

44	Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудас	АМ-33	Их эмч, сувилагч	10	10
45	Бүх нийтээр тэмдэглэх баяр, тэмдэглэлт өдрийн амралтын үеийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг мэдээлэх бүртгэл	АМ-36	Их эмч, сувилагч	5	5
46	5 хүртэлх насны хүүхдийн эрт илрүүлэг үзлэгийн маягт	ЭИМ-1	Их эмч	5	5
47	5-18 хүртэлх насны хүүхэд, өсвөр үеийнхний эрт илрүүлэг үзлэгийн маягт	ЭИМ-2	Их эмч	5	5
48	Насанд хүрэгчдийн эрт илрүүлэг үзлэгийн маягт	ЭИМ-3	Их эмч, сувилагч	5	5
49	Артерийн гипертензи, чихрийн шижин хэв шинж 2-ийн эрт илрүүлгийн үзлэгийн бүртгэл	ЭИМ-3.1А	Их эмч, сувилагч	5	5
50	Умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт	ЭИМ-4.1	Их эмч, сувилагч	5	5
51	Хөхний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт	ЭИМ-5.1	Их эмч, сувилагч	5	5

Б. АМБУЛАТОРИ ПОЛИКЛИНИКТ ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

1	Эмчийн үзлэгийн бүртгэл	АМ-1Б	Их эмч	5	5
2	БЗДХ-ын кабинетын эмчийн үзлэгийн бүртгэл	АМ-1В	Их эмч, сувилагч	5	5
3	Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	АМ-2.А	Их эмч	5	5
4	Вируст хепатитын сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	АМ-2.Б	Их эмч	5	5
5	БЗДХ-ыг мэдээлэх хуудас	АМ-3	Их эмч	5	5
6	Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас	АМ-4	Их эмч	5	5
7	Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас	АМ-5	Их эмч	5	5
8	Гемодиализын хяналтын карт	АМ-6	Их эмч	5	5
9	Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ	АМ-7	Их эмч, статистикч их эмч	20	20
10	Эмнэлгийн магадлагаа	АМ-8	Их эмч	/-/	/-/
11	Эмийн жор	АМ-9А	Их эмч	1	/-/
12	Мансууруулах эмийн жор	АМ-9Б	Их эмч	1	/-/
13	Уламжлалт эмийн жор	АМ-9В	Их эмч	1	/-/
14	Эрүүл мэндийн хуудас	АМ-10	Их эмч	1	/-/
15	Хяналтын карт /диспансерийн /	АМ-11	Их эмч	Байнга	Байнга
16	Эмнэлэг хяналтын комиссоор орогчдын бүртгэл	АМ-12А	Эмч нарын комиссын нарийн бичгийн дарга	20	20
17	Комиссын шийдвэр	АМ-12Б	Эмч нарын комиссын нарийн бичгийн дарга	5	/-/

18	Эмнэлэгт өвчтөн илгээх хуудас	АМ-13А	Их эмч	Өвчний түүхийн хамт	Өвчний түүхийн хамт
19	Эмнэлгээс өвчтөн илгээх хуудас	АМ-13Б	Их эмч	-	-
20	Эмнэлэгт өвчтөн илгээх цахим бүртгэлийн маягт	АМ-13В	Их эмч	1	/-/
21	Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн бүртгэл	АМ-14А	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	5
22	Тэмбүүгийн халдвартай жирэмсэн эмэгтэйн хяналтын бүртгэл	АМ-14Б	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	5
23	Амаржих газар /төрөх тасаг/ тэмбүү илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл	АМ-14В	Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч, эх баригч бага эмч	5	5
24	Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хяналтын хөтөч	АМ-15	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	/-/
25	Солилцох хуудас	АМ-16	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	Төрөлтийн түүх хамт	/-/
26	Эхийн эндэгдэл, ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт	АМ-17	Их эмч	5	/-/
27	Үр хөндөлтийн түүх	АМ-18	Их эмч	5	5
28	Үр хөндөлтийн бүртгэл	АМ-19	Их эмч, сувилагч	5	5
29	Амбулаториор эмчлүүлэгсдийн карт	АМ-20	Их эмч, эх баригч бага эмч	2	2
30	Шинжилгээнд явуулах бичиг	АМ-21 (А-Г)	Их эмч, сувилагч	/-/	/-/
31	Лабораторийн шинжилгээний хуудсууд	АМ-22 (А-М)	Лаборант	/-/	/-/
32	Лабораторийн шинжилгээний бүртгэл	АМ-23	Их эмч, лаборант	5	10
33	Үйл оношийн кабинетийн шинжилгээний бүртгэл	АМ-24А	Их эмч, сувилагч	5	10
34	Хэвлийн хөндийн эрхтнүүдийн хэт авиан оношилгоо	АМ-24Б	Их эмч, сувилагч	5	10
35	Сэргээн засах эмчилгээний карт	АМ-25А	Их эмч, сувилагч	5	/-/

36	Сэргээн засах эмчилгээний бүртгэл	АМ-25Б	Их эмч, сувилагч	5	5
37	Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагсдын бүртгэл /амбулаторит/	АМ-26А	Их эмч, сувилагч	2	2
38	Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагсдын бүртгэл /стационарт/	АМ-26Б	Их эмч, сувилагч	2	2
39	Насны эрүүл мэндийн бүртгэл	АМ-27	Их эмч, сувилагч	10	10
40	Зүү засал эмчилгээний карт	АМ-28А	Их эмч	5	5
41	Төөнө засал эмчилгээний карт	АМ-28Б	Их эмч	5	5
42	Дэвтээлгэ засал эмчилгээний карт	АМ-29А	Их эмч	5	5
43	Бариа засал эмчилгээний карт	АМ29Б	Их эмч	5	5
44	Хатгах засал эмчилгээний карт	АМ-29В	Их эмч	5	5
45	Өдрийн эмчилгээний бүртгэл /хүүхэд/	АМ-30А	Их эмч	5	5
46	Өдрийн эмчилгээний бүртгэл /насанд хүрэгчид/	АМ-30Б	Их эмч	5	5
47	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас	АМ-31	Их эмч	5	5
48	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас	АМ-32	Их эмч	5	5
49	Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудас	АМ-33	Их эмч, сувилагч	10	10
50	Хөдөлгөөн заслын үнэлгээний хуудас	АМ-34	хөдөлгөөн засалч	5	5
51	Хөдөлмөр заслын үнэлгээний хуудас	АМ-35	хөдөлмөр засалч	5	5
52	Бүх нийтээр тэмдэглэх баяр, тэмдэглэлт өдрийн амралтын үеийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг мэдээлэх бүртгэл	АМ-36	Их эмч, сувилагч	5	5
53	Нүүр амны эмчлэгч эмчийн эмчилгээний бүртгэл	АМ-37	Их эмч	5	5
54	Нүүр амны мэс заслын эмчийн эмчилгээний бүртгэл	АМ-38	Их эмч	5	5

55	Нүүр амны согог заслын эмчийн эмчилгээний бүртгэл	АМ-39	Их эмч		
56	Нүүр амны гажиг заслын эмчийн эмчилгээний бүртгэл	АМ-40	Их эмч	5	5
57	Нүүр амны урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн бүртгэл	АМ-41	Их эмч	5	5
58	Умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт	ЭИМ-4.2	Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч	5	5
59	Хөхний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт	ЭИМ-5.2	Мэс заслын эмч, Хавдрын эмч	5	5

В. СТАЦИОНАРТ ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

1	Өвчний түүх	СТ-1	Эмчлэгч эмч	50	50
	Дотрын эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Мэдрэлийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Нүдний эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Чих хамар хоолойн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Арьс, харшлийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Дотоод шүүрлийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Гэмтлийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Уламжлалтын эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Эмэгтэйчүүдийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Цусны эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Сэтгэцийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Хоол боловсруулах эрхтний эмчийн үзлэг		Эмчлэгч эмч	50	50
	Зүрхний эмчийн үзлэг		Эмчлэгч эмч	50	50
	Сэргээн засахын эмчийн үзлэг		Эмчлэгч эмч	50	50
2	Өвчний түүх /хүүхдийн/	СТ-2	Эмчлэгч эмч	50	50
3	Эмчлүүлэгчийн хэрэглэсэн эмийн хуудас	СТ-1,2 Хавсралт 1	Сувилагч	Өвчний түүхийн хамт	Өвчний түүхийн хамт
4	Амин үзүүлэлтийн хуудас	СТ-1,2 Хавсралт 2	Сувилагч	----//----	----//----
5	Эрчимт эмчилгээний хяналтын хуудас	СТ-1,2 Хавсралт 4	Их эмч, сувилагч	----//----	----//----
6	Мэдээгүйжүүлэгч эмчийн үзлэг, мэдээ алдуулалтын явц, сэрээх үеийн хяналтын хуудас	СТ-1 Хавсралт 5	Их эмч, сувилагч	----//----	----//----
7	Сэрээх үеийн хяналтын хуудас /хүүхэд/	СТ-2	Их эмч, сувилагч	----//----	----//----

		Хавсралт 5			
8	Мэс заслын тэмдэглэл	СТ-1,2 Хавсралт 6	Их эмч	----//----	----//----
9	Мэс засал/мэс ажилбар хийлгэх тухай зөвшөөрлийн хуудас	СТ-1.2 хавсралт 8	Их эмч	----//----	----//----
10	Амь нас/эрүүл мэндэд эрсдэлтэй тусламж үйлчилгээ үзүүлэх зөвшөөрлийн хуудас	СТ-1.2 хавсралт 9	Их эмч	----//----	----//----
11	Өөрийн хүсэлтээр эмнэлгээс гарах тухай зөвшөөрлийн хуудас	СТ-1.2 хавсралт 10	Их эмч	----//----	----//----
12	Өөрийн хүсэлтээр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах тухай зөвшөөрлийн хуудас	СТ-1.2 хавсралт 11	Их эмч	----//----	----//----
13	Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзсан тухай мэдүүлэг	СТ-1.2 хавсралт 12	Их эмч	----//----	----//----
14	Сувилагч эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх хуудас	СМ-1 Хавсралт 11	Их эмч, сувилагч	----//----	----//----
15	Сувилгааны тэмдэглэл	СМ-2 Хавсралт 12	Их эмч, сувилагч	----//----	----//----
16	Өвдөлтийг хянах хуудас/сонгомолоор/	СМ-3 Хавсралт 13	Их эмч, сувилагч	----//----	----//----
17	Шингэний балансийг хянах хуудас/сонгомолоор/	СМ-4 Хавсралт 14	Их эмч, сувилагч	----//----	----//----
18	Төрөлтийн түүх	СТ-3	Их эмч	20	20
19	Кесар мэс заслын тэмдэглэл	СТ-3 Хавсралт 1	Их эмч	Төрөлтийн түүхийн хамт	Төрөлтийн түүхийн хамт
20	Ургийн зүрхний бичлэгийн үнэлгээний хуудас	СТ-3 Хавсралт 2	Их эмч	----//----	----//----
21	Төрөхийн өмнөх эхэд үзүүлэх тусламж үйлчилгээний хуудас	СТ-3 Хавсралт 3	Их эмч	----//----	----//----
22	Төрсөн тухай эмнэлгийн гэрчилгээ	СТ-4	Их эмч	20	20
23	Төрөлтийн бүртгэл	СТ-5	Эх баригч бага эмч	20	20
24	Эхийн амрах байраар үйлчлүүлэгчдийн бүртгэл	СТ-6	Амрах байрны сувилагч	20	20
25	Нярайн түүх	СТ-7	Нярайн их эмч, их эмч	15	15

26	Нярайн эрчимт эмчилгээний хяналтын хуудас	СТ-7 Хавсралт 1	Нярайн их эмч, нярайн сувилагч	Нярайн түүхийн хамт	Нярайн түүхийн хамт
27	Нярай хүүхдийн бүртгэл	СТ-8	Эх баригч бага эмч	5	5
28	Нярайн вакцин хийсэн тухай бүртгэл	СТ-9	Эх баригч бага эмч	5	5
29	Эд, эс, эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээний бүртгэлийн маягт /Реципиентийн мэдээлэл/	СТ-10А	Их эмч, сувилагч	20	20
30	Эд, эс, эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээний бүртгэлийн маягт /Донорын мэдээлэл/	СТ-10Б	Их эмч, сувилагч	20	20
31	Нярайн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас	СТ-11	Их эмч	5	/-/
32	Нярайн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас	СТ-12А	Их эмч	5	/-/
33	Амьгүй төрөлтийг мэдээлэх хуудас	СТ-12Б	Их эмч	5	/-/
34	Эмчлүүлэгчийг эмнэлэг (сувилалд) хүлээн авсан бүртгэл	СТ-13А	Хүлээн авахын сувилагч	5	20
35	Яаралтай тусламж үйлчилгээ үзүүлэгсдийн бүртгэл	СТ-13Б	Хүлээн авахын сувилагч	5	20
36	Эмчлүүлэгсдийн өдөр тутмын тооцооны бүртгэл	СТ-14	Ахлах сувилагч, Сувилагч	2	/-/
37	Эмч дуудах хуудас	СТ-15	Их эмч	1	/-/
38	Цус цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэсэн протокол	СТ-16	Эмчлэгч эмч	Өвчний түүхийн хамт	Өвчний түүхийн хамт
39	Цус цусан бүтээгдэхүүн захиалах маягт	СТ-17	Эмчлэгч эмч, сувилагч	5	/-/
40	Цусны албанд шинжилгээний сорьц хүргүүлэх маягт	СТ-18	Эмчлэгч эмч, сувилагч	5	/-/
41	Цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэлийг мэдээлэх маягт	СТ-19	Эмчлэгч эмч, сувилагч	5	/-/
42	Цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх зөвшөөрөл авах маягт	СТ-20	Эмчлэгч эмч	5	/-/
43	Цус, цусан бүтээгдхүүн сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэлийн бүртгэл	СТ-21	Сувилагч	5	5
44	Цус, цусан бүтээгдхүүн захиалсан ба хүлээн авсан бүртгэл	СТ-22	Сувилагч	5	5
45	Түргэн тусламжийн дуудлагын хуудас	СТ-23А	Их эмч, сувилагч	5	6
46	Хүүхдийн түргэн тусламжийн дуудлагын хуудас	СТ-23Б	Их эмч, сувилагч	5	6

47	Халдвартай өвчний тусгаарлалт,халдваргүйтгэлийн дуудлагын хуудас	СТ-23В	Их эмч, сувилагч	5	6
48	Түргэн тусламжийн эмчийн ажлын тооцооны хуудас /насанд хүрэгчид/	СТ-24А/Б	Их эмч	3	3
49	Хүүхдийн түргэн тусламжийн эмчийн ажлын тооцооны хуудас	СТ-25А/Б	Их эмч	3	3
50	Алсын дуудлагын хуудас	СТ-26	Их эмч, сувилагч	3	3
51	Эмийн захиалгын түүвэр	СТ-27	Сувилагч	3	/-/
52	Тусгай хог хаягдлын устгалын бүртгэл	СТ-28	Сувилагч	1	/-/
53	Тусгай хог хаягдлын бүртгэл	СТ-29	Сувилагч	1	/-/
54	Эмнэлгийн зөөлөн эдлэлд хийсэн халдваргүйтгэл, угаалга ариутгалд хүлээн авч, олгосон бүртгэл	СТ-30	Сувилагч	1	/-/
55	Ариутгалд багаж материал хүлээн авч олгосон бүртгэл	СТ-31	Сувилагч	1	/-/
56	Яаралтай тусламжийн хуудас /насанд хүрэгч/	СТ-32.А	Их эмч, сувилагч	5	6
57	Яаралтай тусламжийн хуудас /хүүхэд/	СТ-32.Б	Их эмч, сувилагч	5	6
58	Яаралтай тусламжийн хуудас /төрөх, эмэгтэйчүүд/	СТ-32.В	Их эмч, сувилагч	5	6
59	Амилуулах тусламжийн хуудас	СТ-33	Их эмч, сувилагч	5	6
60	Гемодиализ хяналтын карт	СТ-34	Их эмч, сувилагч	5	6
61	Гэрийн төрөлтийг мэдээлэх хуудас	СТ-35	Их эмч, эх баригч, сувилагч	5	5
62	Түлэгдлийн шалтгаантай осол гэмтлийг бүртгэх нэмэлт хуудас	СТ-36	Их эмч, сувилагч	5	5
63	Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	АМ-2	Их эмч	5	5
64	БЗДХ-ыг мэдээлэх хуудас	АМ-3	Их эмч	5	5
65	Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас	АМ-4	Их эмч	5	5
66	Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас	АМ-5	Их эмч	5	5
67	Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ	АМ-7	Их эмч, статистикч их эмч	20	20
68	Эмнэлгийн магадлагаа	АМ-8	Их эмч	/-/	/-/

69	Эмийн жор	АМ-9А	Их эмч	1	/-/
70	Мансууруулах эмийн жор	АМ-9Б	Их эмч	1	/-/
71	Уламжлалт эмийн жор	АМ-9В	Их эмч	1	/-/
72	Эхийн эндэгдэл, ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт	АМ-17	Их эмч	5	/-/
73	Үр хөндөлтийн түүх	АМ-18	Их эмч, сувилагч	5	5
74	Үр хөндөлтийн бүртгэл	АМ-19	Их эмч, сувилагч	5	5
75	Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагсдын бүртгэл /стационарт/	АМ-26Б	Их эмч, сувилагч	2	2
76	Зүү засал эмчилгээний карт	АМ-28А	Их эмч	5	5
77	Төөнө засал эмчилгээний карт	АМ-28Б	Их эмч	5	5
78	Дэвтээлгэ засал эмчилгээний карт	АМ-29А	Их эмч	5	5
79	Бариа засал эмчилгээний карт	АМ-29Б	Их эмч	5	5
80	Хатгах засал эмчилгээний карт	АМ-29В	Их эмч	5	5
81	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас	АМ-31	Их эмч	5	5
82	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас	АМ-32	Их эмч	5	5
83	Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудас	АМ-33	Их эмч, сувилагч	10	10
84	Хөдөлгөөн засал эмчилгээний хуудас	АМ-34	хөдөлгөөн засалч	5	5
85	Хөдөлмөр засал эмчилгээний хуудас	АМ-35	хөдөлмөр засалч	5	5
86	Бүх нийтээр тэмдэглэх баяр, тэмдэглэлт өдрийн амралтын үеийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг мэдээлэх бүртгэл	АМ-36	Их эмч, сувилагч	5	5

Г. ТУСГАЙ МЭРГЭЖЛИЙН ТӨВ, ТӨРӨЛЖСӨН МЭРГЭШЛИЙН ЭМНЭЛГҮҮДЭД ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

1	Сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэл	СҮ-1	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	10
2	Сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээ, хяналтын карт	СҮ-2	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	10
3	Сүрьеэгийн үүсгэгчийг түрхэц, xpert аргаар илрүүлэх шинжилгээний хуудас	СҮ-3	Лаборант	5	/-/
4	Сүрьеэгийн үүсгэгч илрүүлэх, эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний хуудас	СҮ-4	Лаборант	5	/-/
5	Сүрьеэгийн үүсгэгч илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл	СҮ-5	Их эмч	5	/-/
6	Сүрьеэтэй байж болзошгүй тохиолдлын бүртгэл	СҮ-10	Өрх болон сумын эмч болон нарийн мэргэжлийн эмч нар	5	/-/
7	Сүрьеэгийн тохиолдлын хяналтын хавьтлын бүртгэл	СҮ-11	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
8	Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчийн карт	СҮ-13	Өрх болон сумын эмч	5	/-/
9	Гадаад чанарын үнэлгээний түрхэц дагалдах хуудас	СҮ-14	Хяналтын эмч, лаборант	5	/-/
10	Сүрьеэгийн лабораторийн гадаад чанарын хяналтын эргэх холбооны хуудас	СҮ-16	Хяналтын эмч, лаборант	5	/-/
11	Сүрьеэгийн урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд орсон тохиолдлын бүртгэл	СҮ-20	Их эмч	5	/-/
12	Рифампицинд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэл	ЭТС-1А	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
13	Нэг ба цөөн эмэнд тэсвэртэй /Рифампицинээс бусад/ сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэл	ЭТС-1Б	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
14	Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээ хяналтын карт	ЭТС-2	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
15	Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний бүртгэл	ЭТС-3	Лабораторийн эмч, лаборант	10	10
16	Түрхэц, өсгөвөрлөх, xpert mtb/rif шинжилгээний бүртгэл	ЭТС-4	Лабораторийн эмч, лаборант	10	10
17	Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй байж болзошгүй тохиолдлын бүртгэл	ЭТС-10	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/

18	Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын хавьтлын хяналтын бүртгэл	ЭТС-11	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
19	БЗДХ-ын хавьтал судлалын бүртгэл	БЗДХ-1	Их эмч, сувилагч	10	10
20	Нян судлалын шинжилгээний бүртгэл	БЗДХ-2	Их эмч, сувилагч	10	10
21	Серологийн шинжилгээний бүртгэл	БЗДХ-3	Их эмч, сувилагч	10	10
22	Тэмбүүгийн үүсгэгч илрүүлэх шинжилгээний хариуны маягт	БЗДХ-4	Лаборант	5	/-/
23	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний хариуны маягт	БЗДХ-5	Лаборант	5	/-/
24	Нян судлалын лабораторийн шинжилгээний хариуны маягт	БЗДХ-6	Лаборант	5	/-/
25	Бэлгийн замаар дамжих халдварын хяналтын карт	БЗДХ-7	Их эмч	5	/-/
	Төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг бүртгэх, хянах хуудас	БЗДХ-8	БЗДХ-ын кабинетын их эмч	5	/-/
26	ХДХВ-ийн халдвар, ДОХ-ын өвчлөлийг мэдээлэх хуудас	ХДХВ-1	Их эмч	5	10
27	ХДХВ-ийн халдварын тохиолдлын тандалтын хуудас	ХДХВ-2	Тархвар зүйч эмч Халдвар судлаач их эмч	5	/-/
28	ХДХВ-ийн халдварын өртөлтийн дараах сэргийлэлтийн эмчилгээний бүртгэл	ХДХВ-3	Их эмч, сувилагч	10	20
29	БЗДХ/ДОХ-ын кабинетийн эмчийн үзлэгийн бүртгэл	ХДХВ-4	Хяналтын их эмч	10	/-/
30	Ретровирусийн эсрэг эмийн эмчилгээнд орсон ХДХВ/ДОХ-тай эмчлүүлэгчийн нэгдсэн бүртгэл	ХДХВ-5	Хяналтын их эмч, сувилагч	10	10
31	ХДХВ/ДОХ-ын үед үзүүлэх эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдахаас сайн дураар татгалзах хуудас	ХДХВ-6	Хяналтын их эмч, сувилагч	10	20
32	ХДХВ/ДОХ-ын эмчилгээнд хамруулах зөвшөөрлийн хуудас	ХДХВ-7	Хяналтын их эмч	10	/-/
33	Эмчлүүлэгчийн хэрэглэсэн эмийн хуудас	ХДХВ-8	Хяналтын их эмч, сувилагч	10	20
34	Т лимфоцит эсийн маркер тодорхойлох шинжилгээний бүртгэл	ХДХВ-9	Хяналтын их эмч	5	/-/
35	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл	ХДХВ-10	Лабораторийн эмч, лаборант	5	10

36	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ, үйлчилгээний бүртгэл	ХДХВ-11	Лабораторийн эмч, лаборант	5	10
37	Сэтгэцийн эмгэгтэй хүмүүсийн хяналтын бүртгэл	СЭ-1	Их эмч, сувилагч	10	20
38	Шүүх сэтгэц эмгэг судлалын дүгнэлт шинжилгээ	СЭ-2	Их эмч	10	/-/
39	Шүүх сэтгэц эмгэг судлалын дүгнэлт шинжилгээний бүртгэл	СЭ-3	Их эмч	10	20
40	Амиа хорлох тохиолдлыг бүртгэх маягт	СЭ-4	Их эмч	10	20
41	Албадан эмчлүүлсэн, нийгэмд аюултай үйлдэл хийж болзошгүй хүмүүсийн бүртгэл	СЭ-5	Их эмч	10	20
42	Мансууруулах бодис хэрэглэх эмгэгтэй хүмүүсийн бүртгэл	СЭ-6	Их эмч	10	20
43	Амьд сорьцын шинжилгээний бүртгэл	ЭС-1	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
44	Амьд сорьцын шинжилгээний хуудас	ЭС-1А	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
45	Хөхний булчирхайн эдийн шинжилгээний хуудас	ЭС-1Б	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
46	Эмэгтэйчүүдийн эдийн шинжилгээний хуудас	ЭС-1В	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
47	Цогцсыг хүлээн авсан ба олгосон бүртгэл	ЭС-2	Эмгэг судлаач их эмч	50	50
48	Эмгэг судлалын шинжилгээний бүртгэл	ЭС-3	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
49	Эсийн шинжилгээний бүртгэл	ЭС-4	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
50	Бамбай булчирхайн эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4А	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
51	Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4Б	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
52	Шээс ялгаруулах зам, шээсний эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4В	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
53	Шүлсний булчирхайн эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4Г	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
54	Эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4Д	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
55	Цусны нөөц зохицуулах нэгжийн бүртгэл	ЦТ-1	Их эмч, бага эмч	10	10
56	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн протокол	ЦТ-2	Их эмч, бага эмч	10	10

57	Цус, цусан бүтээгдэхүүн захиалах маягт	ЦТ-3	Их эмч, бага эмч	10	10
58	Цусны албанд шинжилгээний сорьц хүргүүлэх маягт	ЦТ-4	Их эмч, бага эмч	10	10
59	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлттэй холбоотой урвал, хүндрэлийг бүртгэх мэдээлэх маягт	ЦТ-5	Их эмч, бага эмч	10	10
60	Ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт	ЦТ-6	Их эмч, бага эмч	10	10
61	Донорт илэрсэн сөрөг урвал, хүндрэлийг бүртгэх, мэдээлэх маягт	ЦТ-7	Их эмч, бага эмч	10	10
62	Урвал, гарах шахсан тохиолдол, үл тохирлыг бүртгэх маягт	ЦТ-8	Их эмч, бага эмч	10	10
63	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх зөвшөөрөл авах маягт	ЦТ-9	Их эмч, бага эмч	10	10
64	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэлийг бүртгэх маягт	ЦТ-10	Их эмч, бага эмч	10	10
65	Цус, цусан бүтээгдэхүүний хэрэглээний бүртгэл	ЦТ-11	Их эмч, бага эмч	10	10
66	Хаягдал цус, цусан бүтээгдэхүүн шинжилгээний сорьцын устгалын бүртгэл	ЦТ-12	Цусны станцын сувилагч, ариутгагч	10	10
67	Цус сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэлийн шалтгааныг судлах маягт	ЦТ-13	Их эмч, Тархвар зүйч эмч	5	/-/
68	Цусны аво, резус бүлэг тодорхойлох шинжилгээний бүртгэл	ЦТ-14	Их эмч, бага эмч	10	10
69	Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүний аво, резус бүлэг тодорхойлоход хөтлөгдөх маягт	ЦТ-15	Их эмч, бага эмч	10	10
70	Хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээний карт	ЦТ-16	Их эмч, бага эмч	10	10
71	Цусны аво, резус бүлэг, хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээнд сорьц хүлээж авсан бүртгэл	ЦТ-17	Их эмч, бага эмч	10	10
72	Цус, цусан бүтээгдэхүүн олгох маягт	ЦТ-18	Их эмч, бага эмч	10	10
73	Зоонозын халдварын хүний өвчлөлийн сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	ЗХӨ-1	Их эмч, бага эмч	10	10
74	Галзуу өвчний сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	ЗХӨ-2	Их эмч, бага эмч	10	10
75	Тарваган тахал өвчний сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	ЗХӨ-3	Их эмч, бага эмч	10	10

76	Боом энцефалит өвчний сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	ЗХӨ-4	Их эмч, бага эмч	10	10
77	Лабораторит ирсэн сорьцын бүртгэл	ЗХӨ-5	Их эмч, бага эмч	10	10
78	Шинжилгээний дүнгийн хуудас	ЗХӨ-6	Их эмч, бага эмч	10	10

Д. ТАЙЛАНГИЙН МАЯГТУУД

1	Өрхийн эрүүл мэндийн төвийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-101	Статистикч бага эмч	20	Байнга
2	Сумын эрүүл мэндийн төвийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-102	Статистикч бага эмч	20	Байнга
3	Халдварт бус өвчний эрт илрүүлгийн тайлан	ЭМТ-103	Статистикч бага эмч	20	Байнга
4	Аймаг, нийслэлийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-201	Статистикч их эмч	20	Байнга
5	Хувийн эмнэлгийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-202	Их эмч	20	Байнга
6	Сувиллын үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-203	Их эмч	5	5
7	Халдварт өвчин судлалын төв, кабинетийн үйл ажиллаагааны тайлан	ЭМТ-301	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
8	Сүрьеэгийн төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-302	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
9	Хавдар судлалын төв, кабинетийн үйл ажиллаагааны тайлан	ЭМТ-303	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
10	БЗДХ/ДОХ-ийн төв, кабинетийн үйл ажиллаагааны тайлан	ЭМТ-304	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
11	Сэтгэц, эмгэг мансуурал судлалын төв кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-305	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
12	Дархлаажуулалтын үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-306	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
13	Эмгэг судлалын үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-307	Кабинетийн их эмч	20	Байнга

14	Цусны төвийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-308	Их эмч	20	Байнга
15	Нүүр амны төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-309	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
16	Осол, гэмтэл гадны шалтгааны үр дагаврын тайлан	ЭМТ-310	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
17	Геронтологийн төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-311	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
18	Арьсны төв кабинетын үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-312	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
19	Эрүүл мэндийн байгууллагын хүний нөөцийн тайлан	ЭМТ-401	Хүний нөөцийн менежер, статистикч их эмч	20	Байнга
20	Эрүүл мэндийн байгууллагын хүчин чадлын тайлан	ЭМТ-402	Хүний нөөцийн менежер, статистикч их эмч	20	Байнга
21	Хүн амын өвчлөл эндэгдлийн сарын мэдээ	ЭМТ-501	Статистикч их эмч	20	Байнга
22	Хүн амын амбулаторын өвчлөлийн тайлан	ЭМТ-502	Статистикч их эмч	20	Байнга
23	Хүн амын стационарын өвчлөлийн тайлан	ЭМТ-503	Статистикч их эмч	20	Байнга
24	Хүн амын нас баралтын тайлан	ЭМТ-504	Статистикч их эмч	20	Байнга

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр, лого	РД
	НДД
	Өвчний түүх нээсэн он сар өдөр цаг мин / /
	Тасгийн нэр:
Эцэг /эх/-ийн нэр	Өөрийн нэр:

Төрсөн он сар өдөр / / Нас:____	Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	**Гэрлэлтийн байдал:** ☐ Огт гэрлээгүй ☐ Батлуулсан гэр бүлтэй ☐ Батлуулаагүй гэр бүлтэй ☐ Тусгаарласан ☐ Цуцалсан ☐ Бэлбэсэн	**Боловсролын байдал:** ☐ Боловсролгүй ☐ Бага ☐ Бүрэн дунд ☐ Мэргэжлийн болон техникийн ☐ Дипломын ☐ Бакалавр ☐ Магистр ☐ Доктор

Тогтмол хаяг: Аймаг/хот:_____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо_____ Гудамж/Байшин _____ тоот _____	Ажлын газар, албан тушаал: Мэргэжил:	Цусны бүлэг: ____ Баталгаажуулсан хүний нэр гарын үсэг:_____

Яаралтай үед холбоо барих Өөрийн утас: _____ Ар гэрийн утас:_____ _____	Төлбөрийн төрөл: ☐ Төр хариуцсан ☐ 15% ☐ 10% ☐ Өвчтөн хариуцсан	Доод шатлалаас илгээсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Харшлын анамнез: ☐ Эмийн бодис ☐ Хоол хүнс ☐ Бусад

Хэвтэх үеийн онош	
Үндсэн онош	ӨОУА-код он сар өдөр
Дагалдах онош	
Хүндрэл	
Үйлдлийн онош (Мэс засал, мэс ажилбар**)**	ҮОУА-код
Уламжлалтын онош	

Өвчний төгсгөл: ☐ Эдгэрсэн ☐ Сайжирсан ☐ Хэвэндээ ☐ Нас барсан	Эмнэлгээс: ☐ Гарсан ☐ Шилжсэн ☐ Нас барсан	он сар өдөр / / / / / /	Ор хоног [ ] хоног [ ] цаг	Эмчилгээний зардал: (₮)

Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг	Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Эмчилгээ эрхэлсэн орлогч, тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/

Үзлэг эхэлсэн _____ он ___ сар ___ өдөр ___ цаг ____ минут
ХЧТА-ын ____ хоног

Өндөр (см) [ ] Жин (кг) [ ] Биеийн жингийн индекс (кг/м2) [ ]	Цусны даралт (ммуб) ☐ Систолын даралт [ ] ☐ Диастолын даралт [ ]

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Хэвтэх үеийн зовиур:

Өвчний түүх:

Амьдралын түүх:

Ахуйн нөхцөл:
☐ Орон сууцанд ☐ Гэрт, ☐ Бусад

Ажил хөдөлмөрийн нөхцөл:
☐ Ердийн ☐ Хүнд ☐ Хортой
☐ Бусад

Урьд өвчилсөн өвчин, эмгэгийн байдал:

Халдварт:
☐ Улаан бурхан ☐ Салхин цэцэг
☐ Вирүст хепатит А ☐ Вирүст хепатит В
☐ Вирүст хепатит С ☐ Сүрьеэ
☐ Гахайн хавдар ☐ Бусад_____

Мэс ажилбар хийсэн эсэх:

Осол гэмтэл, хордлого, шалтгаан

Харшлын анамнез:
☐ Эмийн бодис ☐ Хоол хүнс
☐ Бусад

Удамшлын анамнез:
Удамшлын өвчнүүд:

Хооллолтын байдал:
☐ Ердийн
☐ Цагаан
☐ Бусад

Архи хэрэглэдэг эсэх:
☐ Тийм
☐ Үгүй

Тамхи татдаг эсэх:
☐ Тийм
☐ Үгүй

Хэдэн наснаас эхэлж татсан _____
Хэдэн жил татаж байгаа _____

ЕРӨНХИЙ ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал:
☐ Хөнгөн
☐ Дунд
☐ Хүндэвтэр
☐ Хүнд
☐ Маш хүнд

Ухаан санаа:
☐ Саруул
☐ Бүдгэрсэн
☐ Ступор
☐ Солор
☐ Кома
☐ Бусад

Орчиндоо:
☐ Харьцаатай
☐ Харьцаагүй
☐ Сул

Байрлал:
☐ Идэвхтэй
☐ Идэвхгүй
☐ Албадмал
☐ Хагас суугаа
☐ Хэвтрийн

Арьс салстын байдал:

а. Арьс салсын өнгө
☐ Хэвийн
☐ Хэвийн бус

б. Арьсны уян чанар:
☐ Хэвийн
☐ Ихэссэн
☐ Алдагдсан

в.Арьсны чийглэг байдал
☐ Хэвийн ихэссэн
☐ Багассан

г.Арьсан дээрх тууралт
☐ Тууралтгүй
☐ Тууралттай

Хаван:
☐ Хавангүй
☐ Хавантай

а. Ерөнхий
б. Хэсгийн:
☐ Нүүрэнд
☐ Зовхинд
☐ Хэвлийд
☐ Шилбээр

Захын тунгалагийн булчирхай:
а. Хэмжээ
☐ Хэвийн
☐ Харахад томорсон
☐ Тэмтрэлтээр томорсон

б. Байрлал
☐ Хүзүүний
☐ Суганы
☐ Цавины
☐ Бусад

в. Эмзэглэл
☐ Эмзэглэлтэй
☐ Эмзэглэлгүй

Үе мөчний хэлбэр:
☐ Хэвийн
☐ Өөрчлөгдсөн

Үений хөдөлгөөн:
☐ Идэвхтэй
☐ Идэвхгүй
☐ Хязгаарлагдмал

ДОТРЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Харж ажиглах:

Хамрын амьсгал чөлөөтэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Хөхрөлт байгаа эсэх: Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: ☐ Төвийн ☐ Захын	Амьсгалд туслах булчингууд оролцож байгаа эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Амьсгалын тоо *1 минутанд____удаа* ☐ Хэм *жигд* ☐ *Жигд бус*	Цээжний хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Эмгэг Амьсгалын хэлбэр: ☐ Цээжний ☐ Хэвлийн ☐ Холимог	Цээжний 2 талд амьсгалд жигд оролцох байдал: ☐ Жигд (баруун\зүүн тал) ☐ Хоцорно

Тэмтрэлт:		**Тогшилт**	
Эмзэглэлтэй эсэх: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй (_____) Уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан	Дууны доргион: ☐ Хэвийн Суларсан ☐ Тодорхойлогдохгүй ☐ Хүчтэй болсон	Тогшилтын дуу: ☐ 2 талд ижил ☐ Ижил бус	Хэсэгт тогшилтын дуу: ☐ Бүдгэрсэн ☐ Тодорсон ☐ Дүлий болсон;

Чагналт

Амьсгал 2 талд: ☐ Ижил ☐ Ижил бус (_____хэсэгт); Эмгэг амьсгалтай: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (цулцангийн суларсан, цулцангийн ширүүссэн, гуурсан хоолойн эмгэг, стенозын, амьсгал сонсогдохгүй)	Нэмэлт шуугиантай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (нойтон хэржигнүүр, шажигнуур, хуурай хэржигнүүр, гялтангийн шүргэлцэх чимээ _____хэсэгт) Бронхофони ☐ хэвийн ☐ Тодорсон ☐ Суларсан (_____ хэсэгт)

Зүрх судасны тогтолцоо

Зүрх судасны эрсдэлт хүчин зүйлс:		**Ажиглалт**	
☐ Зохисгүй хооллолт ☐ Хөдөлгөөний хомсдол ☐ Стресс ☐ Таргалалт ☐ Тамхидалт	☐ Архины зохисгүй хэрэглээ ☐ Удамшил ☐ Артерийн гипертензи ☐ Гиперхолестеринеми ☐ Чихрийн шижин	Арьсны хөхрөлттэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Гүрээний венийн лугшилт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана (хүчтэй, дунд, сул)	Захын хавантай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Зүрхний оройн түлхэлт: ☐ Ажиглагдана ☐ Ажиглагдахгүй

Тэмтрэлтээр		**Тогшилт**оор
Зүрхний оройн түлхэлт Байрлал: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Хүч: ☐ Дунд зэрэг ☐ Хүчтэй ☐ Сул Шууны артерийн лугшилт Хэмнэл: ☐ Жигд ☐ Жигд бус	Давтамж: _____ /мин Хүчдэл: ☐ Дунд зэрэг ☐ Их ☐ Бага Дүүрэлт: ☐ Дунд зэрэг ☐ Сул 2 талд ижил эсэх: ☐ Ижил ☐ Ижил бус	Зүрхний (харьцангуй) хил хязгаар: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (дээд, баруун, зүүн хил)

Чагналтаар

Зүрхний авиа: Хэмнэл: ☐ Жигд ☐ Жигд бус Давтамж: _____ /мин I авиа: ☐ Тод; ☐ Бүдгэвтэр (I, IV цэгт); ☐ Бүдэг(I, IV); ☐ Чангарсан (I, IV цэгт) II авиа: ☐ Тод; ☐ Бүдэг (II, III, V цэгт); ☐ Өргөгдсөн (II, III цэгт) III авиа: ☐ Сонсогдоно; ☐ Сонсогдохгүй	☐ Шуугиангүй ☐ Шуугиантай Байрлал: I; II; III; IV; V цэг Систолын (I, II, III, IV, V цэгт) Диастолын (I, II, III, IV, V цэгт) ☐ Үл дамжина ☐ Дамжина_____ Хүч: ☐ Сул ; ☐ Дунд зэрэг; ☐ Хүчтэй Перикардын шүргэлцэх чимээ бий эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцоо			
Харж ажиглах:	**Өнгөц тэмтрэлтээр:**	**Тогшилтоор**	**Чагналтаар**
Хэл өнгөртэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Арьс, салст–чийглэг ☐ Тийм ☐ Үгүй Өнгө _____ Хэвлийн – хэм ☐ Жигд ☐ Жигд бус Хэлбэр _____	Хэвлий эмзэглэлтэй эсэх ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Булчингийн чангарал байгаа эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Хэвлийн хэнгэрэгэн чимээ: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн Ихэссэн хэсэгт тогшилтын дуу ☐ Бүдгэрсэн ☐ Тодорсон ☐ Дүлий болсон	Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Хэвийн ☐ Дүлий

Гүнзгий тэмтрэлтээр:			
Тахир гэдэс – байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөн ☐ Тийм ☐ Үгүй	Өгсөх болон уруудах гэдэс: - Байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй	Хөндлөн гэдэс: Байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөн ☐ Тийм ☐ Үгүй	Цутгалан гэдэс: Байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөн ☐ Тийм ☐ Үгүй

Элэг цөс, дэлүү			
Элэгний шинж тэмдгүүд: ☐ Мэдрэл сульдал ☐ Биж хам шинж ☐ Иммуни-үрэвслийн шинж ☐ Өвдөх хам шинж: Хүч_____ Хугацаа [ ]	☐ Шарлах хам шинж ☐ Загатналт ☐ Цусархаг хам шинж ☐ Элэгний их шинж ☐ Элэгний бага шинж	Элэгний хэмжээ тэмтрэлтээр: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (Баруун, зүүн дэлбэн, зур)	Дэлүүний хэмжээ тэмтрэлтээр: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (I, II, III, IV зэрэг, дугуйл)

Шээс бэлгийн тогтолцоо				
Хоногийн шээсний гарц: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Багассан	Шээсний өнгө: ☐ Сүрлэн шар ☐ Улаан шар ☐ Өнгөгүй ☐ Тундастай ☐ Тундасгүй	Шөнө шээдэг эсэх: ☐ Тийм, тоо_____ ☐ Үгүй Шээс тасалддаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Дутуу шээдэг эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй	Дүлж шээдэг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Шээхэд давсгаар өвддөг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Бөөр тэмтрэлтээр: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй (Баруун, зүүн) Пастернацкий ☐ Баруун ( ) ☐ Зүүн ( )

Мэдрэлийн тогтолцоо		
Үнэрлэх мэдрэмж: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан ☐ Ялгахгүй Сонсголын мэдрэмж: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Буурсан	Нүүрний 2 тал: ☐ Ижил ☐ Ижил бус Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдаагүй	Мэдрэхүй: Өнгөц: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Буурсан Гүн: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Буурсан Хэт мэдрэгшил ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Буурсан

Сэтгэцийн байдал:
Бусад: (Арьс, үе мөч, тунгалагийн тогтолцоо)

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

КЛИНИКИЙН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ
Зовиураас:
Асуумжаас:
Бодит үзлэгээс:
Лабораторийн шинжилгээ:
Үйл оношийн шинжилгээ:
Үндсэн онош:
Дагалдах онош:
Хүндрэл:
Эмчийн нэр: Гарын үсэг / /   Он сар өдөр

Үзлэг хийсэн өдөр, цаг минут	ҮЗЛЭГИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ	ЭМЧИЛГЭЭ, ХООЛ, СУВИЛГААНЫ ЗААЛТ

Үзлэг хийсэн өдөр, цаг минут	ҮЗЛЭГИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ	ЭМЧИЛГЭЭ, ХООЛ, СУВИЛГААНЫ ЗААЛТ

ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ, ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ДҮГНЭЛТ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____

Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

_____ оны _____ сарын _____ -нд _____

оношоор эмнэлэгт _____ хоног хэвтэж эмчлүүлэв.

Нийт хэрэглэсэн эмийн зардал (₮): нийт дүн _____ тасагт

_____ хагалгаанд _____ мэдээ алдуулалтанд _____

Биеийн байдал	Ирэх үед	Гарах үед
Хөнгөн		1
Дунд	1	2
Хүндэвтэр	2	3
Хүнд	3	4
Маш хүнд	4	5

Хийгдсэн шинжилгээ			
Эмнэл зүйн	1	Гэрлийн	8
Биохими	2	ЭКГ	9
Нян судлал	3	ЭХО	10
Вирус	4	Уян дуран	11
Эд, эсийн	5	Компьютер томографи	12
Иммунологи	6	Соронзон томографи	13
Бусад	7	Хийгдээгүй	14

Үндсэн онош:_____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

Шинжилгээний өөрчлөлтүүд */зөвхөн өөрчлөлт бүхий шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг бичнэ/* _____

_____

Цусны ерөнхий шинжилгээ:_____

_____

Цусны биохимийн шинжилгээ: _____

Вирүс, маркерийн шинжилгээ: _____

_____

_____

Хийгдсэн эмчилгээ	Эмийн	1
	Эмийн бус	2
	Мэс заслын	3
	Бусад	4

Бусад эмчилгээ

_____

_____

_____

Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн эсэх - тийм, үгүй /зур/

Мэс заслын эмчилгээ - хийсэн, үгүй /зур/ Мэс заслын нэр _____

_____

_____

Шарх эдгэрэлт - *анхдагчаар, хоёрдогчоор* /зур/

Мэс заслын дараах хүндрэл - байсан, үгүй /зур/ Хүндрэлийн нэр _____

_____

_____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

МЭДРЭЛИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

МЭДРЭЛИЙН ҮЗЛЭГ

Ухаан санааны байдал:	Сэтгэцийн байдал:	Хэл ярианы байдал:
☐ Саруул ☐ Саруул бус: _____ ☐ Баримжаалал алдагдсан: ❒ Цаг хугацааны ❒ Орон зайн ❒ Өөрийн **GCS: E ___V___ M___**	☐ Анхаарал:_____ ☐ Ой тогтоолт:_____ ☐ Тоолох чадвар:_____ ☐ Бүтээх чадвар: _____ ☐ Сэтгэл хөдлөл: _____ ☐ Зан төрх: _____	☐ Хэвийн ☐ Ойлгохын хэлгүйдэл ☐ Ярихын хэлгүйдэл ☐ Нэрлэхийн хэлгүйдэл ☐ Уншихгүйдэл ☐ Бичихгүйдэл ☐ Давтан хэлэх чадвар↓

Гавал тархины мэдрэлүүд:

I: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус: Б ___ З ___

II:

XXX: Б__ З__ (мм) Харах чадал:

Гэрлийн гурвал: Б: ____ З: ____

Шууд: Б___З___ Харааны талбай:

Шууд бус: Б___ З___

Нүдний уг: _____

III-IV-VI:

Птоз: Б___ З___ Нистагм:

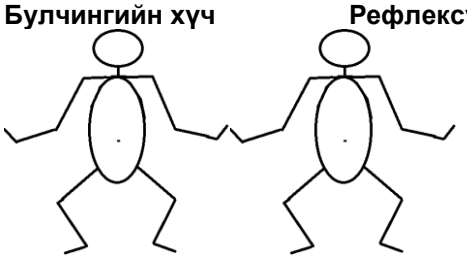
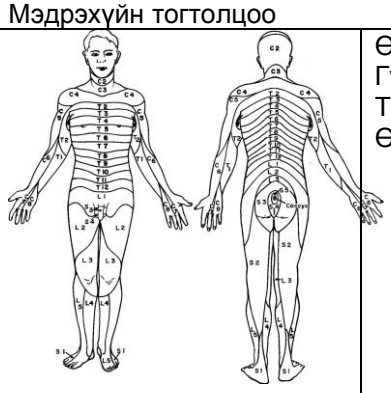
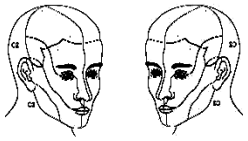
Диплопи: ☐ Эерэг ☐ Сөрөг ☐ Илрээгүй ☐ Илэрсэн

НХБ: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус

V:	Хэвийн бус бол:	Б	З
	Нүүрний мэдрэхүй		

VII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол:	Б	З
	Нүдний анилт		
	Духны атираа		
	Хамар уруулын нугалаа		
VIII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол:	Б	З
	Сонсгол		
	Чих шуугих		
IX, X: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол:	Б	З
	Хүүхэн хэлний хазайлт		
	Залгиурын рефлекс		
☐ Дисфони ☐ Дисфаги			
XI: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус:	Хэвийн бус бол:	Б	З
	Стерноклейдомастойд		
	Трапец хэлбэрт булчин		
XII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол:	Б	З
	Хэлний хазайлт		

☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Эвэрлэгийн рефлекс				Хатангиршил/татвалзал		
	Зажлуурын булчингийн хүч				Дизартри/анартри		

Хөдөлгөөний тогтолцоо	Мэдрэхүйн тогтолцоо
Булчингийн хүч **Рефлексүүд**  **Эмгэг рефлекс:** ❒ Бөхийх ❒ Гэдийх **Булчингийн тонус:** ☐ Хэвийн ❒ Ихэссэн ❒ Буурсан ☐ Хэвийн бус: ❒ БГ ❒ БХ ❒ЗГ ❒ЗХ	 Өнгөц мэдрэхүй– Өн Гүний мэдрэхүй- Г Температур - Т Өвдөлт- Өв 

7. Тэнцвэрийн тогтолцоо	8. Мэнэнгийн хамшинж:
Зогсох тэнцвэр: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус____ **Явах тэнцвэр:** ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____ **Шугаман алхалт: Хурдан солигдох хөдөлгөөн:** ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ☐ Хэвийн_____ ☐ Дисдиадохокинез **Ромбергийн сорил:** ❒БГ ❒БХ ❒ЗГ ❒ЗХ ☐ Эерэг ☐ Сөрөг	☐ Дагзны хөшингө:_ хуруу ☐ Кернигийн шинж: Б__ З__ **9. Ёзоорын хамшинж:** ☐ Ласегийн шинж: Б_ З _ ☐ Мацкевичийн шинж: Б_ З_ ☐ Сколиоз ☐ Нурууны булчингийн чангарал

		Б	З	10. Вегататив үйлийн байдал
☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Өсгий-өвдөг-шилбэний			☐ Хөлрөлт: _____ ☐ Пигментаци:_____
	Хуруу-хамрын сорил			☐ Вазомотор урвал:_____ ☐ Симпаталги:_____
	Дисметри:			☐ Тэжээрлийн байдал:_____

11. Бусад шинжүүд:

12. Байршлын болон клиникийн онош:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

Арьсны рефлекс			**4. Мэдрэхүйн тогтолцоо**
Рефлекс	Б	З	
Хэвлийн дээд рефлекс			
Хэвлийн дунд рефлекс			
Хэвлийн доод рефлекс			
Хөлийн улны рефлекс			
Хушганы рефлекс			
Рефлекс (Зураг дээр): (0) үүсэхгүй, (+) сул, (++) хэвийн, (+++) ихэссэн, (++++)хэт ихэссэн, эмгэг рефлекс (↓↑) эмгэг рефлекс			**Тэмдэглэгээ (Зураг дээр): (Ө) (Т) (Х) (С)**
Хөдөлгөөний идэвхи **Хөдөлгөөнгүйтэл (Гипокинез)**			

НҮДНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал_____

НҮДНИЙ ҮЗЛЭГ

VOD		**ph**	
VOS		**ph**	

Өнгө танилт:

Нүдний хөдөлгөөн:

Нулимсны зам:

Зовхи:

Салст:

Склер:

Эвэрлэг:

Өмнөд таславч:

Солонгон бүрхүүл:

Хүүхэн хараа:

Болор:
Шилэнцэр:
Нүдний уг:
Бусад:

НҮДНИЙ ШИНЖИЛГЭЭ

Autorefractometer:
Tonometer:
Exophthalmometer:
Schirmer test:
A scan: **B scan:**
CCT:
Gonioscopy:
OCT (ONH): **OCT (Macula):**
Humphrey:
FFA:
X-ray: **CT:** **MRI:**
Бусад:

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ		
Өвчин эхэлсэн хугацаа: он сар өдөр		
Нүдний эмчилгээ хийлгэж байсан эсэх:		
Нүдний мэс засал хийлгэж байсан эсэх:		
Удамшлын анамнез:		
КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн оношо		
Дагалдах оношо		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

ЧИХ ХАМАР ХООЛОЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
□ Дунд □ Хүндэвтэр □ Хүнд □ Маш хүнд	□ Саруул □ Бүдгэрсэн □ Ухаангүй	□ Хэвийн □ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод □ Бүдэг □ Бүдгэвтэр □ Хэм жигд ☐ Жигд бус □ Хэм алдалттай АД баруун талд ____/____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

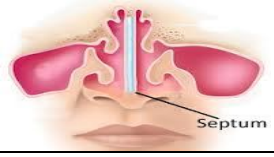
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

ЧИХ ХАМАР ХООЛОЙН ҮЗЛЭГ

Хамрын амьсгал: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай /баруун, зүүн, 2 талд адил/	Гадна хамрын хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Зөв бус	Тэмтрэхэд: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй

Хамрын үүдэвч: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Ерөнхий хөндий: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай	Хамрын таславч: ☐ Муруйлтгүй ☐ Муруйсан ☐ Бусад өөрчлөлттэй	

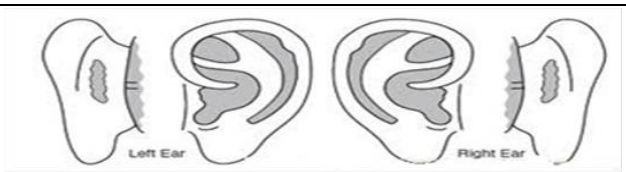
Хамрын салст бүрхүүл: ☐ Ягаан ☐ Улаан ягаан ☐ Хөхөлбий ☐ Цайвар ☐ Бусад	Самалдгууд: ☐ Хэвийн ☐ Хөөнгө ☐ Бусад өөрчлөлттэй Хамрын жим: ☐ Ялгадасгүй ☐ Ялгадастай	Ялгадас: ☐ Хэвийн Эмгэг шинжтэй: ☐ Идээрхэг □ Ногоон ☐ Үнэртэй □ Өтгөн ☐ Бусад өөрчлөлттэй

Хэвийн Дунд Хүнд Бөглөрөлт

Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал:

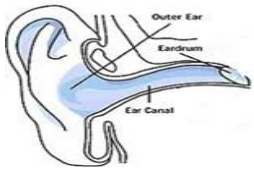
Баруун, зүүн чих:

Гадна чихний хэлбэр: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Тэмтрэхэд: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	Хөхлөг сэртэн: ☐ Хэвийн ☐ Хавантай	Тэмтрэхэд: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй



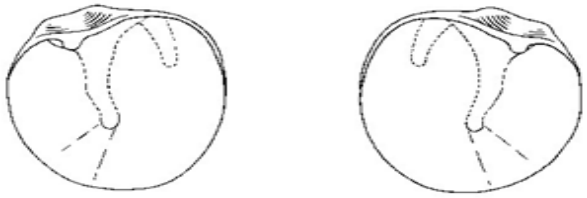
Чихний гадна суваг:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Нарийссан (төрөлхийн, олдмол)
- ☐ Чөлөөтэй
- ☐ Саадтай
- ☐ Ялгадасгүй
- ☐ Ялгадастай: *(идээрхэг, үнэртэй, ногоон)*

Сувгийн хана:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Цүлхийсэн (аль хана)



Хэнгэргэн хальс:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус
- ☐ Бусад
- ☐ Сувдан саарал
- ☐ Улаан
- ☐ Цооролтын байрлал
- ☐ Цооролтын хэмжээ

Хэнгэргэн хөндийн салст:
- ☐ Цайвар ягаан
- ☐ Улаан
- ☐ Эмгэг өөрчлөлт



Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал: _____

Хөглүүрийн сорил:
- ☐ Ринне
- ☐ Вебер
- ☐ Желле
- ☐ Вальсалва

Сонсголын бичлэг:
_____
_____

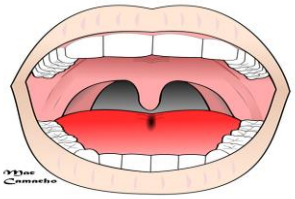
Зэрэг:
_____
_____

Ам ангайлт:
- ☐ Чөлөөтэй
- ☐ Хязгаарлагдсан

Хүүхэн хэл:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус

Зөөлөн тагнай:
- ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус

Тагнайн гүйлс:
- ☐ Хэвийн ☐ Томорсон
- ☐ 1-р зэрэг ☐ 2-р зэрэг
- ☐ 3-р зэрэг ☐ Бусад өөрчлөлт



Архаг үрэвслийн шинж:
- ☐ Зак
- ☐ Гисс
- ☐ Преображенский
- ☐ Бусад

Лакуны байдал:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Өргөссөн

Залгиурын ар хана:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус

Залгиурын хажуу хана:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус

Шувтан хонхрын байдал:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус

Төвөнхийн гадна үзлэг:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус

Тэмтрэхэд:
- ☐ Эмзэглэлгүй
- ☐ Эмзэглэлтэй

Нуржигнах:
- ☐ Чимээтэй
- ☐ Чимээгүй

Төвөнхийн шууд бус тольдолтоор:
Амьсгалын үйл ажиллагаа:
- ☐ Чөлөөтэй
- ☐ Саалтай

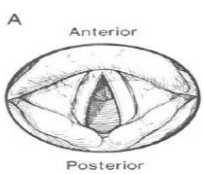
Халхавч мөгөөрс:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус

Төвөнхийн салст:
- ☐ Цайвар ягаан
- ☐ Улаан
- ☐ Цайвар

Утгуур мөгөөрс:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус

Дууны туслах хөвчүүд:
- ☐ Хэвийн
- ☐ Хэвийн бус

Жинхэнэ хөвч:
- ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус



Дууны өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус
Фонаци хийх үед: *(Дууны хөвчүүд бүрэн гадаргуугаар шүргэлцэнэ)*
Дууны хөвчүүдийн үйл ажиллагааны хямрал:

Дууны хөвчийн доод зайн байдал: _____
ЦМХоолой цагираг:
- ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ☐ Өнгө

Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал:
Бусад:_____

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

АРЬСНЫ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

Арьс, салст, дайвруудын үзлэг:

Арьсны хүрэлцэх мэдрэхүйн байдал: ☐ Мэдэрч байна ☐ Мэдрэхгүй байна

Арьсны байдал:

Арьсны өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Улаан цоохор	☐ Хэвийн бус ☐ Зэвхий саарал ☐ Шар	☐ Шарангуй ☐ Хүрэн ☐ Харласан	☐ Хөхөрсөн ☐ Цайж алагласан ☐ Хүрэл шиг

Уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Алдагдсан	Арьсны халуун: ☐ Хэвийн ☐ Халуун ☐ Хүйтэн	Чийглэг байдал: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Багассан

Хэсэг газрын үзлэг

Тууралтын онцлог

Өнгө: ☐ Ягаан ☐ Улаан ☐ Цагаан ☐ Цайвар бор	☐ Бор ☐ Хар ☐ Хөх ☐ Саарал ☐ Шар	Хүрээ: ☐ Хил хязгаар нь тод ☐ Тод бус (well defined) (Ill-defined)	Хэлбэр: ☐ Дугараг ☐ Зууван ☐ Олон талт ☐ Олон цагирагт	☐ Зоос хэлбэрийн ☐ Могой хэлбэрийн ☐ Шугаман

Тэмтрэхэд: ☐ Тогтоц нь ☐ Зөөлөн	☐ Хатуувтар ☐ Нягт хатуу ☐ Бамбалзсан	☐ Даргар ☐ Халуун ☐ Хүйтэн	☐ Хөдөлгөөнтэй ☐ Хөдөлгөөнгүй	☐ Эмзэглэлтэй ☐ Эмзэглэлгүй

Эмх цэгц, хэв маяг болон тархалт Тоо хэмжээ: ☐ Нэг ☐ Олон тууралт	Эмх цэгц: ☐ Бүлэглэсэн ☐ Тархсан Нягтрал: ☐ Байгаа ☐ Байхгүй

Тархац: Тэлэлт:	Байрлалт	☐ Хурууны завсар

☐ Дангараа ☐ Нэг хэсэг (хэсэгчилсэн) ☐ Хэсэг газрыг хамарсан ☐ Бүх биеэр тархсан	☐ 2 талд тэгш ☐ Тэгш бус ☐ Өртсөн хэсэгт ☐ Даралттай хэсэгт	☐ Энд тэнд ☐ Blaschko-н шугам дагуу

Өвчлөлтэй холбогдолтой түүх (Удамшлын болоод бодисын солилцооны өвчний түүх)

1. Чихэрийн шижинтэй эсэх _____
2. Даралт ихтэй эсэх _____
3. Харшил (ялангуяа эмийн) _____
4. Эм хэрэглэлт, байнга уудаг болон одоо ууж байгаа _____
5. Хорт зуршил (архи, тамхи) _____
6. Атофийн түүх (астма, чонон хөрвөс, экзем) _____
7. Гэр бүлийн өвчлөлийн түүх _____
8. Нийгмийн идэвх сонирхол _____
9. Бэлгийн хавьтлын түүх

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**

Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

АРЬСНЫ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

Арьс, салст, дайвруудын үзлэг:

Арьсны хүрэлцэх мэдрэхүйн байдал: ☐ Мэдэрч байна ☐ Мэдрэхгүй байна

Арьсны байдал:

Арьсны өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Улаан цоохор	☐ Хэвийн бус ☐ Зэвхий саарал ☐ Шар	☐ Шарангуй ☐ Хүрэн ☐ Харласан	☐ Хөхөрсөн ☐ Цайж алагласан ☐ Хүрэл шиг

Уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Алдагдсан	Арьсны халуун: ☐ Хэвийн ☐ Халуун ☐ Хүйтэн	Чийглэг байдал: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Багассан

Хэсэг газрын үзлэг

Тууралтын онцлог

Өнгө: ☐ Ягаан ☐ Улаан ☐ Цагаан ☐ Цайвар бор	☐ Бор ☐ Хар ☐ Хөх ☐ Саарал ☐ Шар	Хүрээ: ☐ Хил хязгаар нь тод ☐ Тод бус (well defined) (Ill-defined)	Хэлбэр: ☐ Дугараг ☐ Зууван ☐ Олон талт ☐ Олон цагирагт	☐ Зоос хэлбэрийн ☐ Могой хэлбэрийн ☐ Шугаман

Тэмтрэхэд: ☐ Тогтоц нь ☐ Зөөлөн	☐ Хатуувтар ☐ Нягт хатуу ☐ Бамбалзсан	☐ Даргар ☐ Халуун ☐ Хүйтэн	☐ Хөдөлгөөнтэй ☐ Хөдөлгөөнгүй	☐ Эмзэглэлтэй ☐ Эмзэглэлгүй

Эмх цэгц, хэв маяг болон тархалт Тоо хэмжээ: ☐ Нэг ☐ Олон тууралт	Эмх цэгц: ☐ Бүлэглэсэн ☐ Тархсан Нягтрал: ☐ Байгаа ☐ Байхгүй

Тархац: Тэлэлт:	Байрлалт	☐ Хурууны завсар

☐ Дангараа ☐ Нэг хэсэг (хэсэгчилсэн) ☐ Хэсэг газрыг хамарсан ☐ Бүх биеэр тархсан	☐ 2 талд тэгш ☐ Тэгш бус ☐ Өртсөн хэсэгт ☐ Даралттай хэсэгт	☐ Энд тэнд ☐ Blaschko-н шугам дагуу

Өвчлөлтэй холбогдолтой түүх (Удамшлын болоод бодисын солилцооны өвчний түүх)

1. Чихэрийн шижинтэй эсэх _____
2. Даралт ихтэй эсэх _____
3. Харшил (ялангуяа эмийн) _____
4. Эм хэрэглэлт, байнга уудаг болон одоо ууж байгаа _____
5. Хорт зуршил (архи, тамхи) _____
6. Атофийн түүх (астма, чонон хөрвөс, экзем) _____
7. Гэр бүлийн өвчлөлийн түүх _____
8. Нийгмийн идэвх сонирхол _____
9. Бэлгийн хавьтлын түүх

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**

Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

ДОТООД ШҮҮРЭЛ СУДЛАЛЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл: ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр: ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

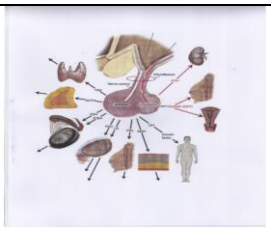
Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

ДОТООД ШҮҮРЭЛ СУДЛАЛЫН ҮЗЛЭГ

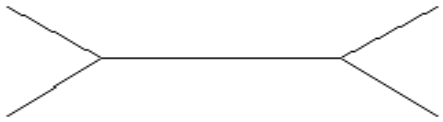


Зовиур:

Бамбайн томролын зэрэг:
- ☐ 0 зэрэг (Харагдахгүй, тэмтрэгдэхгүй)
- ☐ 1-р зэрэг (Харагдахгүй, тэмтрэгдэнэ)
- ☐ 2-р зэрэг (Харагдана, тэмтрэгдэнэ)

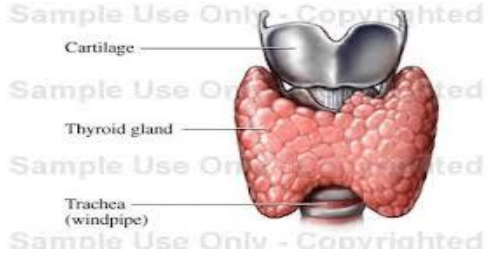
Нүдний бүлтийлт: Нүдний шинж: ☐ Краусийн шинж ☐ Грефийн шинж ☐ Кохерийн шинж ☐ Мебиусийн шинж	☐ Штельвагийн шинж ☐ Дельримплийн шинж ☐ Еленикийн шинж ☐ Розенбахийн шинж ☐ Боткиний шинж ☐ Жоффруагийн шинж	Марийн шинж _____ Цахилгаан бүхээгний шинж _____ Дермографизм *(улаан, түргэн тогтвортой)* _____

(Экзофтальмометрээр)



Үзүүлэлт	Хариу	Хэвийн хэмжээ
Чөлөөт Т3		
Чөлөөт Т4		
Нийт Т3		
Нийт Т4		
TSH		
TR-Ab		
TG-Ab		
TPO-Ab		

Бамбайн хэт авиан шинжилгээ:

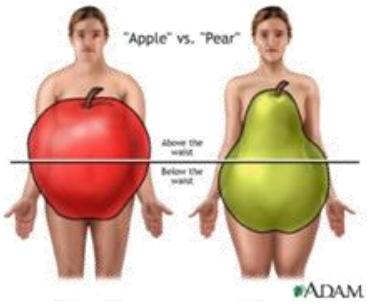


Бамбайн цөмийн изотоп шинжилгээ:

_____

Бамбайн эсийн шинжилгээ:

_____

Чихрийн шижингийн үзлэг	
Чихрийн шижингийн эрсдэлт хүчин зүйлс: ☐ Тарган удам ☐ ЧШ-гийн удам ☐ Жин *(хамгийн их)* ☐ Гепатит ☐ Панкреатит ☐ Жирэмсний ЧШ ☐ 4 кг дээш хүүхэд ☐ Архи ☐ Тамхи ☐ Хоолны дэглэм: *сайн / дунд / муу* ☐ Хөдөлгөөн: *сайн / дунд / муу*	**Оношлогдсон он:** **Хэрэглэдэг эмийн бэлдмэл:**
Бие бялдарын үзүүлэлт: ☐ Жин_____кг ☐ Өндөр _____ см ☐ Биеийн өөхний хэмжээ_____% ☐ *(эр<25%; эм<30%)* ☐ Бүсэлхийн тойрог_____см ☐ *(Ази - эр<94см; эм<80см)* ☐ *(Европ - эр<102см; эм<88см)*	

Биеийн жингийн индекс (БЖИ) _____ кг/м2

Жингийн дутагдал	Хэвийн жинтэй	Жингийн илүүдэл	Таргалалтын I зэрэг	Таргалалтын II зэрэг	Таргалалтын III зэрэг
<18кг/м^2	18-24.9кг/м^2	25-29.9 кг/м^2	30-34.9 кг/м^2	35-39.9 кг/м^2	40кг/м^2<

Чихрийн шижингийн хяналт

Өөрийн хяналт:	
Өлөн үеийн глюкоз (<6.0 ммоль/л)	
Хоолны дараах глюкоз (<8.0 ммоль/л)	
Эмчийн хяналт:	

HbA_1C.....%

Эрүүл	Сайн	Дунд	Муу
4-6%	<6.5%	6.5-7.5%	7.5%<

Anti- GAD/IA2 _____	***Глюкозын ачаалалтай сорил:*** ☐ Өлөн үеийн глюкоз_____ ммоль/л ☐ 2 цагийн дараах глюкоз _____ ммол

Чихрийн шижингийн хүндрэл Нүд: _____
Зүрх: _____

Өөх тосны үзүүлэлтүүд	**Хариу**	**Хэвийн хэмжээ**
Холестерол		< 4ммоль/л
БНЛП		< 2ммоль/л
ИНЛП		эр<1.0ммоль/л
		эм<1.2ммоль/л
Триглицерид		< 1.7ммоль/л
ИНЛП-с бусад		< 3.3ммоль/л
Холест/ИНЛП		< 5 ммоль/л

CRP.....<5.0мг/л

Зүрх судасны вегетатив невропати:

Бөөр:

Үзүүлэлтүүд	Хариу	Хэвийн хэмжээ	**Микроальбуминурийн шинжилгээ**		
Сахар				< 20	
Кетон				20-200	
Уураг				200	
Цагаан эс			Креатинин		
Улаан эс			АКХ *(Альбумин / Креатинины харьцаа)*	< 2.5/эр/	
Цилиндр				< 3.5/эм/	

Хөл:

Арьсны өнгө:
☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөлттэй
Арьс хуурайшилт:
☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөлттэй
Хумсны байдал:
☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөлттэй
Хөлийн хэлбэр
☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөлттэй

Дараах өөрчлөлт илэрсэн эсэх:
☐ Эвэр
☐ Үрэвсэл
☐ Зузаарал
☐ Шарх
☐ Хагарал
☐ Ампутаци

Хөлийн судасны лугшилт:
a.pedis dorsalis:
☐ Хэвийн ☐ Сул
☐ Тэмтрэгдэхгүй
a.tibialis posterior:
☐ Хэвийн ☐ Сул
☐ Тэмтрэгдэхгүй

Хөлийн мэдрэхүй: /тэмдэглэ/

Доргионы:	Хүрэлцэхүйн:	Температурын:	Өвдөлтийн:	Монофиламент:
☐ Хэвийн	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн
☐ Сул	☐ Сул	☐ Сул	☐ Сул	☐ Сул
☐ Тэмтрэгдэхгүй	☐ Тэмтрэгдэхгүй	☐ Тэмтрэгдэхгүй	☐ Тэмтрэгдэхгүй	☐ Тэмтрэгдэхгүй

Шагай, Бугалганы индекс: ☐ Баруун: ☐ Зүүн:

Борвины рефлекс: ☐ Баруун: ☐ Зүүн:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн оношоо

Дагалдах оношоо

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**

Эмчийн нэр: Гарын үсэг он сар өдөр / /

ГЭМТЛИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо		
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо		
Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо	
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

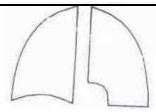
Мэдрэлийн тогтолцоо	
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

АНХАН ШАТНЫ ҮЗЛЭГ БОЛОН СЭХЭЭН АМЬДРУУЛАХ

A	Амьсгалын зам болон хүзүү нуруу	
	Амьсгалын зам чөлөөтэй	Тийм/үгүй
	Амьсгалж байгаа байдал	Тийм/үгүй
	Эрүү нүүрний гэмтэл	Тийм/үгүй
	Эмчилгээ:	
	Хүзүү, нурууны үнэлгээ:	
	Хүзүү нурууны хөдөлгөөн хорих	Тийм/үгүй

B	Амьсгалын болон цээжинд өгөх үнэлгээ					
	Амьсгал	Тусламжтай	Өөрөө		Амьсгалын аппарат	Тийм/үгүй
	Цээж рүү нэвтэрсэн гэмтэл		☐ Тийм ☐ Үгүй		Хэмжээ:	
	Үзлэг: 					
	Эмчилгээ:					

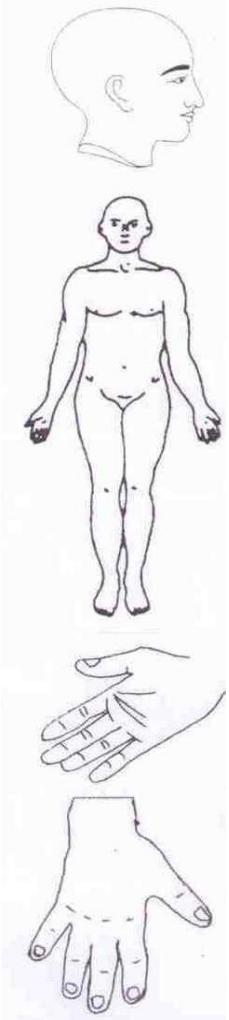
C	Цусны эргэлт болон гэмтлийн шаталбар /оноо			
	Анхан шатны үзлэг			
	Судасны лугшилт			
	Цусны даралт			
	Амьсгалын хэмжээ			
	Амьсгалын байдал	Хэвийн	Өнгөц	Тасалданг
	Калиллярын дүүрэх хугацаа	<2 сек	>2 сек	байхгүй
	Температур			
	Мөчний хэлбэр алдагдсан			
	Гадагш цус алдалт			

Хүндрэл болон чадвар алдалт	
Глазго-ийн кома	
шаталбар	
GCS _____ /15	
Хүүхэн хараа	
Баруун	Зүүн
Хэмжээ	Хэмжээ
Хариу урвал	Хариу урвал

Глазго-ийн ком/шаталбар /оноо/		
Нүд нээх	Аяндаа	4
	Ярихад	3
	Өвтгөхөд	2
	Зүүгээр хатгахад	1
Хэл яриа	Орон зай хугацааны баримжаатай	5
	Ойлгомжтой гэхдээ будилсан	4
	Тохироогүй үг хэлэх	3
	Ойлгомжгүй авиа гаргах	2
	Ярихгүй, дуу гаргахгүй	1
Хөдөлгөөний хариу үйлдэл	Заавараар хөдөлгөөн хийх	6
	Өвтгөхөд цочруулд хэсэг газрын хөдөлгөөн хийх	5
	Өвтгөхөд татганах хариу өгөх	4
	Өвтгөхөд атийх хариу өгөх	3
	Өтгөхөд тэнийх хариу өгөх	2
	Өвтгөхөд ямар ч хариу өгөхгүй	1
Оноо	13-15 хөнгөн	
	9-12 дунд	
	3-8 хүнд	

ЯТТасагт хийсэн эмчилгээ: ☐ Тийм ☐ Үгүй

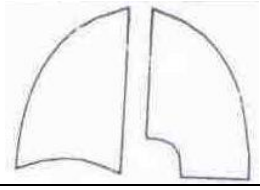
ХОЁР ДАХЬ ШАТНЫ ҮЗЛЭГ



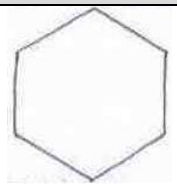
Толгой, нүүр болон хүзүү

Нүд:
Чихний хэнгэрэг:

Цээж

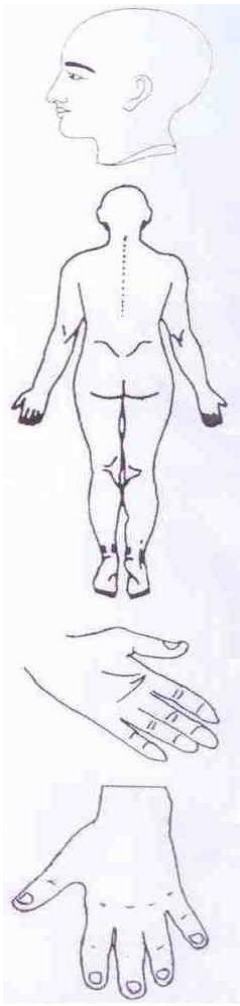


Хэвлий



Шээсний зам:

Аарцаг



Хярзан Шээсний сүв Шулуун гэдэсний үзлэг Бүдүүн гэдэсний реплекс Үтрээний үзлэг

Нугас, нуруу

Баруун	Дээд мөч	Зүүн
Ясны гэмтэл		Ясны гэмтэл
Үений гэмтэл		Үений гэмтэл
Судасны лугшилт		Судасны лугшилт
Хүч		Хүч
Тонус		Тонус

Баруун	Доод мөч	Зүүн
Ясны гэмтэл		Ясны гэмтэл
Үений гэмтэл		Үений гэмтэл
Судасны байдал		Судасны байдал
Хүч		Хүч
Тонус		Тонус

Мэдрэлийн рефлекс	R
Biceps	
Triceps	
Supinator	
Knee	
Ankle	
Plantar	

L	Мэдрэлийн рефлекс
	Biceps
	Triceps
	Supinator
	Knee
	Ankle
	Plantar

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн оношо		
Дагалдах оношо		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

УЛАМЖЛАЛТЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

Өвөрчлөл:

☐ Хий ☐ Шар ☐ Бадган ☐ Хий шар хавсарсан	☐ Хий бадган хавсарсан ☐ Шар бадган хавсарсан ☐ Хий, шар, бадган хурсан	Цог сүлд: ☐ Сайн ☐ Дунд ☐ Буурсан

	Хий	Шар	Бадган
Үзэх шинжилгээ			
Нүүр царай	☐ Хуурай ширүүн ☐ Бор хүрэн хар, хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Бусад	☐ Зөөлөн чийглэг хөлс ихтэй, тослог ☐ Улаа бутарсан шар, шаргал өнгөтэй ☐ Бусад	☐ Сэлхэрсэн ☐ Цайвар өнгөтэй ☐ Бусад
Нүд	☐ Цагаан нүд хөхөлбөр ☐ Харц тогтворгүй ☐ Олон анивчина ☐ Нулимс гоожно ☐ Бусад	☐ Цагаан нүд улаан, шар, шаргал ☐ Махан ургацагтай ☐ Харц ширүүн ☐ Шар ус, нуух гоожно ☐ Бусад	☐ Цагаан нүд цагаан, цайвар ☐ Өөхөн ургацагтай ☐ Харц дөлгөөн ☐ Зовхи сэлхэрнэ ☐ Бусад
Чих	☐ Хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Шуугина загатнана ☐ Бусад	☐ Улаан шар өнгөтэй ☐ Шар ус өгрий булаг гоожно ☐ Бусад	☐ Цагаан өнгөтэй ☐ Хулхи ихтэй ☐ Бусад
Хамар	☐ Хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Хамар битүүрэх	☐ Хамар улайх, цус гарах, хуурайших	☐ Хамраас ялгадас гарах, хамрын үзүүр цайх

	☐ Үнэр мэдрэхгүй болох ☐ Бусад	☐ Бусад	☐ Бусад
Уруул	☐ Хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Муруйна ☐ Чичирч таталдана ☐ Бусад	☐ Улбар шаргал өнгөтэй ☐ Хатаж хуурайшина хагарна ☐ Цус гарна ☐ Бусад	☐ Цайвар өнгөтэй ☐ Өнгөртэй, өрөмтэй ☐ Ялбарна, шүүс гоожино ☐ Бусад
Хэл	☐ Улаан, хөхөлбөр, ягаан өнгөтэй ☐ Хуурай ширүүн ☐ Өнгөргүй ☐ Хийн гүвдрүүтэй ☐ Хөшүүн охор богино үзүүр нарийн, хэл чулчирна хэлгийрнэ таталдана ☐ Эхүүн амтагдана ☐ Бусад	☐ Улаавтар өнгөтэй ☐ Нимгэн зузаан шаргал шар өнгөртэй ☐ Улаан бэржрүү гүвдрүүтэй ☐ Хар толбо зураастай ☐ Давслаг гашуун амтагдана ☐ Бусад	☐ Цайвар ягаан өнгөтэй ☐ Том ☐ Чийглэг зөөлөн ☐ Нимгэн зузаан цайвар өнгөртэй, зах ирмэгээрээ шүдний оромтой ☐ Ам заваарна ☐ Амтлаг амтагдана ☐ Бусад
Баас	☐ Шингэн ☐ Хөөс ихтэй ☐ Хоргослож хатна ☐ Бусад	☐ Шар өнгөтэй ☐ Цус өгрийн хольцтой ☐ Өмхий үнэртэй ☐ Бусад	☐ Цайвар шаргал өнгөтэй ☐ Эс шингэсэн идээ ундаа салсын хольцтой ☐ Наалдамтгай ☐ Исгэлэн үнэртэй ☐ Бусад
Шээс	☐ Хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Ус адил тунгалаг ☐ Үнэр уур багатай ☐ Хөөс том, дуутай хагарч арилна ☐ Дээрээ бутарсан нарийн ширхэглэг язмагтай ☐ Хувирсаны сүүлд хөхөлбөр өнгөтэй, тунгалаг ☐ Бусад	☐ Шар, улбар шар, улаан өнгөтэй ☐ Үнэр уур ихтэй, уур нь удаан арилна ☐ Хөөс нь жижиг түргэн арилна ☐ Зузаан өрөмтэй ☐ Дундаа хөвсөн зузаан бөөгнөрсөн язмагтай ☐ Хувирсаны сүүлд шар улбар хүрэн өнгөтэй өтгөн ☐ Бусад	☐ Цайвар шар өнгөтэй ☐ Үнэр уур багатай ☐ Хөөс нь жижиг удаан арилна, савны хананд наалдана ☐ Доороо нарийн бөөгнөрсөн тунасан язмагтай ☐ Хувирсаны сүүлд цайвар шар өнгөтэй, шингэн ☐ Бусад
Хөлс	☐ Бага хэмжээтэй ☐ Бусад	☐ Их хэмжээтэй, үнэрлэг ☐ Бусад	☐ Дунд зэрэг ☐ Бусад
Үс	☐ Бор хар өнгөтэй ☐ Хар ☐ Хуурай ☐ Буржгар ☐ Бусад	☐ Шаравтар ☐ Тослог ☐ Зөөлөн улаан, эрт бууралтсан ☐ Бусад	☐ Бараан, гялалзсан ☐ Тослог ☐ Даахирсан ☐ Бусад
Шүд	☐ Дорсгор иржгэр ☐ Том ☐ Эцэнхий буйлтай	☐ Шарласан ☐ Тослог ☐ Зөөлөн буйлтай	☐ Цагаан ☐ Хатуу ☐ Бусад

	☐ Бусад	☐ Бусад	
Хумс	☐ Хөхрөх ☐ Хувхайрах ☐ Зузаарах ☐ Хатуу болох ☐ Бусад	☐ Шарлах ☐ Харавтар зураас тогтох ☐ Бусад	☐ Цайх ☐ Цагаан толбо, дусал адил бусаар гарах ☐ Бусад
Хүрэлцэх шинжилгээ			
Бэлчир орон	Өврийн бэлчир		
	☐ Хар цагааны завсар ☐ Бусад	☐ Гэдэсний дээд ☐ Гэдэсний доод ☐ Бусад	☐ Аюулхайн ☐ Галын илч буурсан ☐ Бэтгийн ☐ Давсагны ☐ Бусад
	Арын бэлчир		
	☐ Th1 – Хий ☐ Th6 – Амин судас ☐ Th7 – Зүрх ☐ L4 - Олгой ☐ Бусад	☐ Th2 – Шар ☐ Th9 – Элэг ☐ Th10 – Цөс ☐ L5 – Гэдэс ☐ Бусад	☐ Th3 – Бадган ☐ Th11 – Дэлүү ☐ Th12 – Ходоод ☐ S1 – Давсаг ☐ Бусад
Хаван, хавдар	☐ Хуурай, ширүүн, хүйтэн, ихсэж багасах нь түргэн ☐ Бусад	☐ Өвчин эмзэглэл ихтэй, халуун ☐ Бусад	☐ Хүйтэн, өвчин эмзэглэл бага, тогтвортой ☐ Бусад
Арьс	☐ Хуурай ☐ Ширүүн ☐ Хүйтэн ☐ Бусад	☐ Зөөлөн ☐ Тослог ☐ Бүлээн, халуун ☐ Бусад	☐ Өөхлөг ☐ Тослог ☐ Хүйтэн ☐ Бусад
Асуух шинжилгээ			
Өлсөх	☐ Тогтмол бус ☐ Бусад	☐ Их ☐ Бусад	☐ Бага ☐ Бусад
Ундаасах	☐ Тогтмол бус ☐ Бусад	☐ Их ☐ Бусад	☐ Бага ☐ Бусад
Нойр	☐ Өнгөц сэрэмтгий ☐ Их зүүдлэнэ, хар дарна ☐ Бусад	☐ Шөнө унтаж чадахгүй ☐ Өдөр нойр их хүрнэ ☐ Бусад	☐ Нойр их ☐ Алжааж нойрмоглоно ☐ Бусад
Яриа	☐ Түргэн ☐ Олон үглэнэ ☐ Бусад	☐ Хурц ширүүн, түрэмгий ☐ Бусад	☐ Удаан алгуур ☐ Үг дуу цөөн ☐ Бусад
Галбир	☐ Туранхай ☐ Бусад	☐ Дунд зэрэг ☐ Бусад	☐ Тарган ☐ Бусад
Биеийн идэвхи	☐ Хөдөлгөөн түргэн ☐ Бусад	☐ Дунд зэрэг ☐ Бусад	☐ Хөдөлгөөн удаан ☐ Бусад
Оюуны идэвхи	☐ Санаж сэдсэн, идэвхитэй ☐ Бусад	☐ Түрэмгий ухаалаг ☐ Бусад	☐ Амгалан, удаан ☐ Бусад
Мөн чанар	☐ Дан ☐ Хавсарсан ☐ Хурсан	☐ Дан ☐ Хавсарсан ☐ Хурсан	☐ Дан ☐ Хавсарсан ☐ Хурсан

	☐ Бусад	☐ Бусад	☐ Бусад
Судас			
УАУ-ны онош /код/			
Эмчилгээний зарчим			

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ
Үндсэн онош
Дагалдах онош
Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

ЭХ БАРИХ, ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ҮЗЛЭГ

Анхны биений юм хэдэн настайд ирсэн ☐☐ Биений юмны мөчлөгийн хоног ☐☐

Биений юмны үргэлжлэх хугацаа ☐☐ Биений юмны хэмжээ: бага, дунд, их /зур/

Сүүлийн биений юм хэзээ ирсэн:_____Цэвэршсэн: /зур/ тийм, үгүй Хэдэн онд_____

Жирэмслэлтийн тоо ☐ үүнээс төрсөн ☐ зулбасан ☐ үр хөндүүлсэн ☐☐

Эх барих, эмэгтэйчүүдийн тусгайлсан үзлэг:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Тольны үзлэг: PV

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**

Эмчийн нэр: Гарын үсэг он сар өдөр / /

ЦУСНЫ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

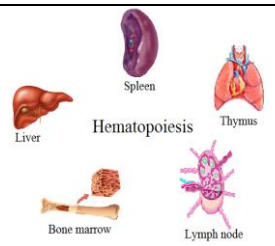
Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

Цус судлалын эмчийн үзлэг



Зовиур: _____

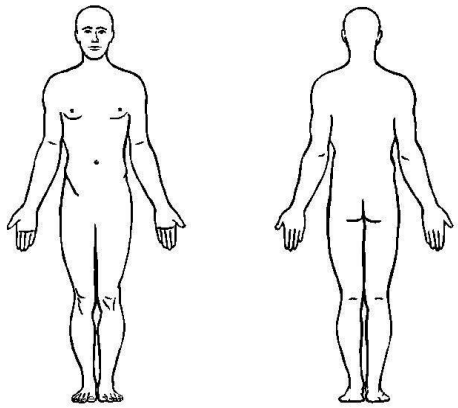
_____

_____

Биеийн жин /Кг/:

Биеийн өндөр /См/:

Биеийн гадаргуу / м^2/:

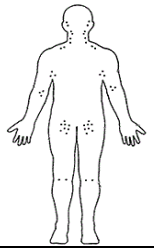
Арьсан дээрх тууралтын хэлбэр: ☐ Цэгчилсэн гүвдрүүт тууралт ☐ Цэврүүт тууралт ☐ Толбон тууралт ☐ Шалбархайт болон тав тогтсон ☐ Сорви ☐ Хөхрөлт ☐ Цус хуралт ☐ Цус харвалт ☐ Холимог тууралт ☐ Тууралтгүй	**Үсний байдал:** ☐ Хэвийн ☐ Хугарамтгай **Хумсны байдал:** ☐ Хэвийн ☐ Хугарамтгай	(Тууралтын байрлалыг зурагт тэмдэглэх) 

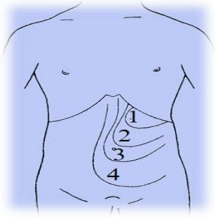
Хумсны байдал: ☐ Хэвийн ☐ Хугарамтгай	Амны хөндий: Хэл/ *Өнгө:* ☐ Ердийн ☐ Цайвар ☐ Улаан	*Хөхлөг:* ☐ Ердийн ☐ Хатингаршсан ☐ Томорсон	*Тууралт:* ☐ Тууралттай ☐ Шарх ☐ Улайлт ☐ Яр

	☐ Ягаан		☐ Газрын зураг
Бөөрөлзгөнө хэл *Өнгө:* ☐ Ердийн ☐ Улайсан ☐ Цайсан ☐ Хөхөлбий	*Шарх:* ☐ Шархтай ☐ Шархгүй	Буйл: *Эмзэглэл* ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	*Тууралт:* ☐ Тууралттай ☐ Тууралтгүй

Тунгалагийн булчирхайн байдал:

Нягт : ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Гадаргуу: ☐ Барзгар ☐ Гөлгөр	Хөдөлгөөн: ☐ Хөдөлгөөнтэй ☐ Хөдөлгөөнгүй Эмзэглэл: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	Дэлүүний хэмжээ ☐ Хэвийн ☐ 1зэргээр томорсон. ☐ 2 зэргээр томорсон. ☐ 3 зэргээр томорсон. ☐ 4 зэргээр томорсон. ☐ Дэлүү мэс заслаар авагдсан.





Шинжилгээ:

Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ:				Лейкограмм:			
Огноо				огноо			
WBC				Blasts			
PLT				Basophil			
RBC				Eosinophil			
HGB				Promyelocyte			
HCT				Myelocyte			
MCV				Metamyelocyte			
MCH				Bands			
RET				Neutrophil			
RET-He				Lymphocyte			
				Monocyte			

Дүгнэлт: _____

_____

Миелограмм:

Огноо			Дүгнэлт: _____
Бласт			_____
Бүх нейтрофиль			_____
Бүх эритриод эс			_____
Лимфоцит			_____
Плазмоцит			_____
Мегакариоцит			_____

Цито химийн урвал

	Эерэг	Сөрөг	Огноо		
MPO			APTT		
PAS			PT		
DAB			INR		
NS			TT		
			Fibrinogen		

Биохими

Огноо			Дүгнэлт:_____
Нийт билирубин			_____
Шууд бус билирубин			_____
Алат			_____
Асат			_____
Шүлт Фосфатаза			_____
ЛДГ			_____
Кальци			_____
Кали			_____
Креатинин			_____
Төмөр			_____
Ферритин			_____
Төмөр хол/ чадвар			_____
Витамин B12			_____
Фолийн хүчил			

Бактер, вирус, маркерийн шинжилгээ: _____ _____			Дүгнэлт: _____ _____
Шээсэнд:			
Огноо			Дүгнэлт: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Сахар			
pH			
Уураг			
Цагаан эс			
Улаан эс			
Хувийн жин			
гемосидерин			
Бенс-жонс уураг			
Гемоглобин			
Цусанд:			
Огноо			Дүгнэлт: _____ _____
Кумбсын шууд урвал			
Кумбсын шууд бус урвал			
Бусад(PCR, молекул генетик цитогенетик, урсгал цитометр): _____ _____			Дүгнэлт: _____ _____
Иммунологи			
Огноо			Дүгнэлт: _____ _____
IgG			
IgM			
IgA			
Үйл онош:			
Цусны бусад эмгэг өөрчлөлтүүд:			
Эмнэл зүйн онош:			
Зөвлөгөө, эмчилгээ:			
Эмчийн нэр: Гарын үсэг:			он сар өдөр / /

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

СЭТГЭЦИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

СЭТГЭЦИЙН ҮЗЛЭГ

Танин мэдэхүй, оюун, сэтгэхүйн хүрээ (сэрэхүй, ой, оюун, сэтгэхүйн өөрчлөлтүүд)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Сэтгэл хөдлөлийн хүрээ (сэтгэл хөдлөлийн байдал, сэтгэл гутрал, сэтгэл хөөрөл, сэтгэлийн тохироо алдагдах)

Зориг эрмэлзлэлийн хүрээ (сэтгэл зориггүйдэл, катотоник шинжүүд, гэнэтийн үйлдэл, дон, дурууд)

_____

_____

_____

Ухамсарт ухааны хүрээ (ухаан дэмийрэн, зүүдчилэн, бүрийтэн, будангуйран,нойрмоглон балартах)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Хам шинжийн онош

Эмчилгээ сувилгааны заалт

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ
Үндсэн онош

Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ЭРХТНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл: ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр: ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд:☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал:_____

ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ТОГТОЛЦООНЫ ҮЗЛЭГ

Зовуурь:

Өвчний эхлэл явц:

Эрсдэлт хүчин зүйлс:

☐ Архи ☐ Тамхи (хайрцаг\жил __) ☐ Бусад хорт зуршил ☐ Ажлын таагүй нөхцөл	☐ Стресс ☐ Харшил ☐ Удамшил ☐ ХБЭ-ны эмгэгээр өвдөж байсан ☐ Хэвлийд мэс засал хийлгэсэн	☐ Хавсарсан хүнд эмгэг ☐ Шарласан ☐ Хоолны дэглэм ☐ Бусад

Хийсэн эмчилгээ:

Харж ажиглах: Хэл өнгөртэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Арьс, салст–чийглэг ☐ Тийм ☐ Үгүй Өнгө _____	Хэвлийн – хэм ☐ *Жигд* ☐ *Жигд бус* Хэлбэр _____	**Тэмтрэлт:** Өнгөц тэмтрэлт – хэвлий эмзэглэлтэй эсэх ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Булчингийн чангарал байгаа эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Гүнзгий тэмтэрлт:

Тахир гэдэс – байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн	Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй	Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй Цутгалан гэдэс - байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй

Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй Өгсөх болон уруудах гэдэс - байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	Хөндлөн гэдэс - байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн	Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй

Тогшилт: Хэвлийн хэнгэрэгэн чимээ: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн	Ихэссэн хэсэгт тогшилтын дуу ☐ Бүдгэрсэн ☐ Тодорсон ☐ Дүлий болсон	**Чагналт:** Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Хэвийн ☐ Дүлий

Хэвлийн рентген шинжилгээ КТГ, хэт авиан шинжилгээ

Дурангийн шинжилгээ:

Улаан хоолой ☐ Салстын өнгө _____ ☐ Хаван _____ ☐ Z шугам _____	☐ Хөдөлгөөн _____ ☐ Шалбархай – хэмжээ_____ ☐ Тоо _____	☐ Байрлал _____ ☐ Хэлбэр _____ ☐ Өнгөр _____

Ходоод: Амсар - салстын өнгө _____ Хаван _____ Хөдөлгөөн _____ Шалбархай – хэмжээ _____ Хэлбэр _____ Өнгөр _____ Тоо _____ Байрлал _____	Их бие - салстын өнгө _____ Хаван _____ Хөдөлгөөн _____ Шалбархай – хэмжээ _____ Хэлбэр_____ Өнгөр _____ Тоо _____ Байрлал _____	Антрум - салстын өнгө _____ Хаван _____ Хөдөлгөөн _____ Шалбархай – хэмжээ _____ Хэлбэр _____ Өнгөр _____ Тоо _____ Байрлал _____

Дээд гэдэс Салстын өнгө Хаван _____ Хөдөлгөөн _____	Шалбархай – хэмжээ _____ Хэлбэр _____ Өнгөр _____ Тоо _____	Байрлал _____ Фатер хөхлөг _____ Цөс ялгаралт _____

Нр тодорхойлох:

Рн-метрийн шинжилгээ:

Лабораторийн шинжилгээ:

Цитологи\гистологийн шинжилгээ:

Бусад шинжилгээ:

Эмнэлзүйн онош:

Эмчилгээ\зөвлөгөө:

Зөвлөгөө өгсөн эмч:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

ЗҮРХНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүн ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд ____/____ Зүүн талд ____/____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл: ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Бусад _____

Сэтгэцийн байдал: _____

Анамнез

Зовиур, өвчний түүх:

Зүрх судасны эрсдэлт хүчин зүйлс:

☐ Зохисгүй хооллолт	☐ Архины зохисгүй хэрэглээ
☐ Хөдөлгөөний хомсдол	☐ Удамшил
☐ Стресс	☐ Артерийн гипертензи
☐ Таргалалт	☐ Гиперхолестеринеми
☐ Тамхидалт	☐ Чихрийн шижин

Бодит үзлэг

Ажиглалт	**Чагналт**
Арьсны хөхрөлт бий эсэх: ☐ Үгүй ☐ Тийм _____ Захын хаван бий эсэх: ☐ Үгүй ☐ Тийм _____ Гүрээний венийн лугшилт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана (хүчтэй, дунд, сул) Зүрхний оройн түлхэлт: ☐ Ажиглагдана ☐ Ажиглагдахгүй	Артерийн даралт хэмжилт: ☐ Баруун талд: _____/_____мм.муб ☐ Зүүн талд: _____/_____мм.муб Зүрхний авиа Хэмнэл: ☐ жигд ☐ жигд бус Давтамж: _____ /мин I авиа: ☐ тод; ☐ бүдгэвтэр (I, IV цэгт); ☐ бүдэг(I, IV); ☐ чангарсан (I, IV цэгт) II авиа: ☐ тод; ☐ бүдэг (II, III, V цэгт); ☐ өргөгдсөн (II, III цэгт)

Тэмтрэлт Зүрхний оройн түлхэлт Байрлал: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Хүч: ☐ дунд зэрэг ☐ хүчтэй ☐ сул Шууны артерийн лугшилт Хэмнэл: ☐ жигд ☐ жигд бус Давтамж: _____ /мин Хүчдэл: ☐ дунд зэрэг ☐ их ☐ бага Дүүрэлт: ☐ дунд зэрэг ☐ сул 2 талд ижил эсэх: ☐ ижил ☐ ижил бус	III авиа: ☐ сонсогдоно; ☐ сонсогдохгүй ☐ Шуугиангүй ☐ Шуугиантай: Байрлал: I; II; III; IV; V цэг Систолын (I, II, III, IV, V цэгт) Диастолын (I, II, III, IV, V цэгт) ☐ Үл дамжина ☐ Дамжина _____ Хүч: ☐ сул ; ☐ дунд зэрэг; ☐ хүчтэй Перикардын шүргэлцэх чимээ бий эсэх ☐ Үгүй ☐ Тийм
Тогшилт Зүрхний (харьцангуй) хил хязгаар: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (дээд, баруун, зүүн хил)	

Хийгдсэн шинжилгээний үр дүн:

Зүрхний цохилтын байдал:

Давтамж:_____

Хэмнэл: _____

Хориг: _____

Томрол: _____

Үхжил, гэмтэл: _____

Ишеми: _____

Бусад шинжилгээ:

Зүрхний хэт авиан шинжилгээ:

Эмнэл зүйн онош

Зөвлөгөө, эмчилгээ

Эмчийн нэр, гарын үсэг: / /

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр / /

БИЕИЙН ЕРӨНХИЙ ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
□ Дунд □ Хүндэвтэр □ Хүнд □ Маш хүнд	□ Саруул □ Бүдгэрсэн □ Ухаангүй	□ Хэвийн □ Хэвийн бус_____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	**Чагналтаар:** ☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн	☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт_____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	**Чагналтаар:** Зүрхний авиа ☐ Тод □ Бүдэг □ Бүдгэвтэр □ Хэм жигд ☐ Жигд бус □ Хэм алдалттай АД баруун талд ____/____ Зүүн талд _____/_____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй

Арьс, тунгалгийн тогтолцоо : _____
_____

ЭРҮҮ НҮҮРНИЙ МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ
ХЭСЭГ ГАЗРЫН ҮЗЛЭГ (St.localis)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Хамрын амьсгал: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай /баруун, зүүн, 2 талд адил/	Гадна хамрын хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Зөв бус	Тэмтрэхэд: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй

Хамрын үүдэвч: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Ерөнхий хөндий: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай	Хамрын таславч: ☐ Муруйлтгүй ☐ Муруйсан Бусад өөрчлөлттэй ……

Хамрын салст бүрхүүл: ☐ Ягаан ☐ Улаан ягаан ☐ Хөхөлбий ☐ Цайвар ☐ Бусад	Самалдгууд: ☐ Хэвийн ☐ Хөөнгө ☐ Бусад өөрчлөлттэй Хамрын жим: ☐ Ялгадасгүй ☐ Ялгадастай	Ялгадас: ☐ Хэвийн Эмгэг шинжтэй: ☐ Идээрхэг ☐ Ногоон ☐ Үнэртэй ☐ Өтгөн ☐ Бусад өөрчлөлттэй

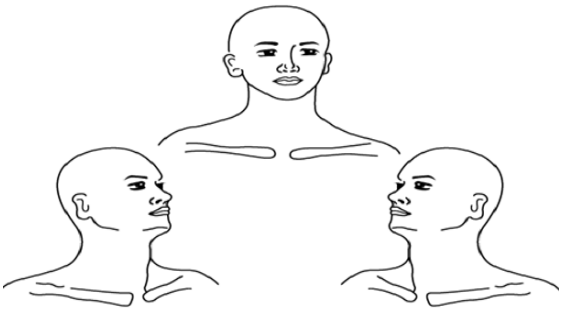
Баруун, зүүн чих:

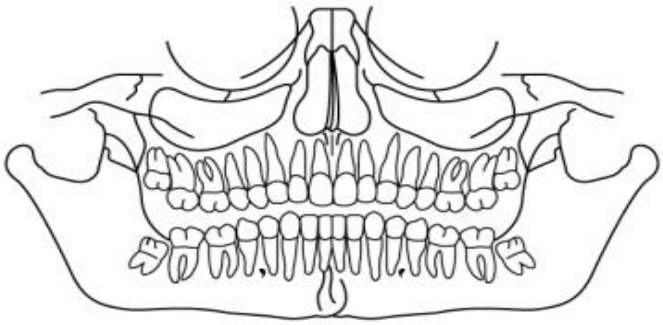
Гадна чихний хэлбэр: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Тэмтрэхэд: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	Хөхлөг сэртэн: ☐ Хэвийн ☐ Хавантай	Тэмтрэхэд: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй

Чихний гадна суваг: ☐ Хэвийн ☐ Нарийссан (төрөлхийн, олдмол)	☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай ☐ Ялгадасгүй ☐ Ялгадастай: *(идээрхэг, үнэртэй,ногоон*)	Сувгийн хана: ☐ Хэвийн ☐ Цүлхийсэн (аль хана)

Амны хөндий:

Ам ангайлт: ☐ Чөлөөтэй ☐ Хязгаарлагдсан Хүүхэн хэл: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Зөөлөн тагнай: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Тагнайн гүйлс: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон ☐ 1-р зэрэг ☐ 2-р зэрэг 3-р зэрэг ☐ Бусад өөрчлөлт	Залгиурын хажуу хана: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Шувтан хонхрын байдал: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус





Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал:

_____
_____
_____
_____

Дүрс оношлогоо:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	**Хийгдэх шинжилгээ-**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он сар өдөр

СЭРГЭЭН ЗАСАХЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Харилцах бэрхшээлтэй эсэх: Тийм □ Үгүй □
Залгих чадвар бэрхшээлтэй эсэх: Тийм □ Үгүй □
(Хэрвээ тийм бол хэл засалч бөглөнө)
Танин мэдэхүйн үйл ажиллагаа өөрчлөлттэй эсэх: Тийм □ Үгүй□
(Хэрвээ тийм бол хөдөлмөр засалч бөглөнө)

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
□ Дунд □ Хүндэвтэр □ Хүнд □ Маш хүнд	□ Саруул □ Бүдгэрсэн □ Ухаангүй	□ Хэвийн □ хэвийн бус____ Холголт цооролт: □ тийм □ үгүй Тууралт: □ тийм □ үгүй Хаван: □ тийм_____ □ үгүй

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд_____ удаа Амьсгалд туслах булчин оролцож байгаа эсэх: □ тийм □ үгүй Цээжний хэлбэр: □ зөв □ эмгэг Амьсгалын хэлбэр: □ Цээжний □ хэвлийн □ холимог	Цээжний 2 тал амьсгалд жигд оролцох байдал: □ жигд □ хоцорно / баруун, зүүн / Чагналтаар: □ Цулцангийн □ Хэржигнүүртэй _____ □ Гуурсан хоолойн □ Амьсгал сулавтар / баруун, зүүн / □ Ширүүн □ Хэржигнүүргүй

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд_____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил □ Хэвийн □ Томорсон (зүүн баруун)	Чагналтаар : Зүрхний авиа □ Тод □ Бүдэг □ Бүдгэвтэр □ Хэм жигд □ Жигд бус □ Хэм алдагдалтай АД баруун талд____/____ зүүн талд____/____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл □ Ердийн □ Хуурай □ Өнгөргүй □ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр □ эмзэглэлгүй □ эмзэглэлтэй (байрлал_____) Гүн тэмтрэлтээр □ эмзэглэлгүй □ эмзэглэлтэй (байрлал_____) □ Зөөлөн, гялтан цочрол үгүй □ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Шээс бэлгийн тогтолцоо				**Үе мөч**
Шээх байдал □ Өөрөө □ Катетерар □ Цистостомийн гуурсаар Хоногийн шээсний гарц □ Хэвийн □ Ихэссэн □ багассан	Шээсний өнгө □ сүрлэн шар □ улаан шар □ өнгөгүй □ тунадастай □ тунадасгүй Шөнө шээдэг эсэх □ тийм □ үгүй	Шээс тасалддаг эсэх □ тийм □ үгүй Дутуу шээдэг эсэх □ тийм □ үгүй Дүлж шээдэг эсэх □ тийм □ үгүй	Шээхэд өвдөлттэй эсэх □ тийм □ үгүй Бөөр тэмтрэлтээр □ эмзэглэлтэй □ эмзэглэлгүй / баруун, зүүн / Пастернацкий □ баруун □ зүүн	Үе мөчний хэлбэр □ хэвийн □ өөрчлөгдсөн Үений хөдөлгөөн □ идэвхтэй □ идэвхгүй □ хязгаарлагдмал

Бага тархины үйл ажиллагаа

Нистагм: + / - салганал: (тайван байхад/ хөдөлгөхөд) өсгий шилбэний сорил:----------

Хамар хурууын сорил: ---------- Тандем алхаа: ---------- Ромберг сорил: ----------

Солбисон хурдан хөдөлгөөн: ---------- Алхааны атакси: ----------

Мэдрэлийн тогтолцоо		
Ухаан санааны байдал: ☐ Саруул ☐ Саруул бус: ☐ Баримжлал алдагдсан: ☐ Цаг хугацааны ☐ Орон зайны ☐ Өөрийн	Сэтгэцийн байдал: ☐ Анхаарал : _____ ☐ Ой тогтолт : _____ ☐ Тоолох чадвар:_____ ☐ Бүтээх чадвар: _____ ☐ Сэтгэл хөдлөл: _____ ☐ Зан төрх : _____	Хэл ярианы байдал : ☐ Хэвийн ☐ Ойлгохын хэлгүйдэл ☐ Ярихын хэлгүйдэл ☐ Нэрлэхийн хэлгүйдэл ☐ Уншихгүйдэл ☐ Бичихгүйдэл ☐ Давтан хэлэх чадвар ↓

Гавал тархины мэдрэлүүд:

I: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Б ___ З____ II: XXX: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Б___ З ___ Гэрлийн гурвал: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Б: ____ З _____ III-IV-VI: Птоз: Б_____ З_____ Нистагм: ☐ Илрээгүй ☐ Илэрсэн Диплопи: ☐ Эерэг ☐ Сөрөг	VII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол :	Б	З
		Нүдний анилт		
		Духны атираа		
		Хамар уруулын нугалаа		
	VIII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	З
		Сонсгол		
		Чих шуугих		
	IX, X: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	З
		Хүүхэн хэлний хазайлт		
		Залгиурын рефлекс		
	☐ Дисфони	☐ Дисфаги		
	XI: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	З
		Стерноклейдомастойд		
		Трапец хэлбэрт булчин		

V: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	З
	Нүүрний мэдрэхүй		
	Эвэрлэгийн рефлекс		
	Зажлуурын булчингийн хүч		

XII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	З
	Хэлний хазайлт		
	Хатангиршил / татвалзал		
	Дизартри / анартри		

Хөдөлгөөний тогтолцоо	**Мэдрэхүйн тогтолцоо**				
Үений хөдөлгөөний далайц Мөр Тохой Бугуй Сарвуу Түнх Өвдөг Шагай **Булчингийн хүч:** Гар: ----------	Мэдрэхүй	Хэвийн	Ихэссэн	Буурсан	Үнэрлэх: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Буурсан Сонсгол : ☐ Хэвийн
	Өнгөц				
	Гүн				

---------- Хөл: ---------- ---------- **Булчингийн тонус:** Гар: ---------- ---------- Хөл: ---------- ----------	Хэт мэдрэгшил				☐ Ихэссэн ☐ Буурсан

Рефлекс	**≠ ≠**	**≠ ≠ ≠**	**≠**	**Эмгэг рефлекс**	**+**	**-**
Бицепс				Бабински:		
Трицепс				Хоффман:		
Өвдөгний				Тавхайн чичигнэлт:		
Ахиллын						

Тэнцвэрийн тогтолцоо	**Мэнэнгийн хамшинж :**
Зогсох тэнцвэр: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____ **Явах тэнцвэр:** ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____ **Шугаман алхалт: Хурдан солигдох хөдөлгөөн:** ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ☐ Хэвийн _____ ☐ Дисдиадохокинез **Ромбергийн сорил**: ☐ БГ ☐ БХ ☐ ЗГ ☐ ЗХ ☐ Эерэг ☐ Сөрөг	☐ Дагзны хөшингө:___ хуруу ☐ Кернигийн шинж: Б____З____ **Ёзоорын хамшинж:** ☐ Ласегийн шинж: Б__ З__ ☐ Мацкевичийн шинж: Б __ З__ ☐ Сколиоз ☐ Кифоз ☐ Нурууны булчингийн чангарал

		Б	З	**Өвдөлт:** ☐ тийм ☐ үгүй
☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Өсгийн-өвдөг-шилбэний			 өвдөлтгүй бага зэрэг арай хүчтэй хүчтэй үнэхээр хүчтэй тэвчишгүй
	Хуруу-хамрын сорил			
	Дисметри:			

Бусад шинжүүд:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
Эмчийн нэр	Гарын үсэг	Он сар өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1 Хавсралт 1

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ХЭРЭГЛЭСЭН ЭМИЙН ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Өвчний түүхийн № _____ Палат № _____

№	Эмийн нэр	Тун	Хэрэглэх арга	Сар, өдөр																															Нийт хэрэглэсэн эмийн тоо	Нэг бүрийн үнэ	Нийт үнэ
				ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о			

№	Эмийн нэр	Тун	Хэрэглэх арга	сар, өдөр																													Нийт хэрэглэсэн эмийн тоо	Нэг бүрийн үнэ	Нийт үнэ
				ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о			
	Спирт																																		
	Хөвөн																																		
	Бээлий																																		
	Систем																																		
	Уян зүү																																		
	Тариур	20 гр																																	
		10 гр																																	
		5 гр																																	
		3 гр																																	
		1 гр																																	
Эмчилгээ хийсэн хүний гарын үсэг																																			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1,2 Хавсралт 2

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АМИН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: _____ Өвчний түүх № _____ Нас: ___ Хүйс:___ Тасаг:____ Өрөө:

Огноо																								
Хэвтсэн хоног																								
Мэс засал хийлгэсний дараах өдөр																								
Цаг минут																								
Пульс (P)	**Амьсгал (R)**	**Халуун (T^0C)**																						
150	55	40.5																						
140	50	40																						
130	45	39.5																						
120	40	39																						
110	35	38.5																						
100	30	38																						
90	25	37.5																						
80	20	37																						
70	15	36.5																						
60	10	36																						
50	5	35.5																						
45	0	35																						
Цусны даралт																								
Хоол №																								
Биеийн жин																								
Ялгаруулалтын давтамж /хэдэн удаа/	Өтгөн																							
	Шээс																							
	Өглөөний ээлж																							
Сувилагчийн гарын	Өдрийн ээлж																							
	Оройн ээлж																							

СУВИЛАГЧ ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН БИЕИЙН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛЭХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:_____ Өвчний түүх №_____ Нас:___ Хүйс:___ Тасаг:___ Өрөө:___

Ангилал		Огноо /цаг/											Сувилгааны асуудал - #
		Үнэлгээ											
ӨДӨР ТУТМЫН ҮНЭЛГЭЭ	1. Амьсгал/ Зүрх судас	Амьсгалалт	Жигд										#1. Амьсгалах хэв маягийн өөрчлөлт
			Жигд бус	Өнгөц									#2. Хийн солилцоо алдагдсан
				Гүн									#3. Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан
				Тоо олширсон									#4. Хөдөлгөөний алдагдал
				Тоо цөөрсөн									#5. Ядаргаа
		Чимээ	Хэвийн										#7. Шокын эрдсэл
			Хэвийн бус	Сул									#8. Захын мэдрэлийн үйл ажиллагаа алдагдах эрсдэл
				Тод									#9. Нойр хулжих
		Ханиалгалт	Үгүй										#10. Нойргүйдэл
			Цэргүй										#11. Хөдөлгөөн муудсан (ор, биеийн, шилжих,тэргэнцэр)
			Цэртэй										#12. Тамиргүйдэх
		Хаван	Хавангүй										
			Хавантай	Бүх биеэр									
				Нүүрэнд									
				Зовхинд									
				Хэвлийд									
				Шилбэнд									
		Хялгасан судасны дахин дүүрэлт		2 секундээс бага									
				2 секундээс удаан									
		Зүрхний хэм	Жигд										
			Хэм алдагдсан										
	2. Хоол боловсруулалт	Хооллолт	Амаар										#13. Амны салст бүрхүүл гэмтсэн
			Гуурсаар										#14. Хоол тэжээлийн тэнцвэр алдагдал: Бие махбодид шаардлагатай хэмжээнээс их
			Бусад замаар (судсаар .....)										#15. Хоол тэжээлийн тэнцвэр алдагдал: Бие махбодид шаардлагатай хэмжээнээс бага
		Хоолны дэглэм	Хоол хориогүй										#16. Залгих чадварын алдагдал
			Хоол хориотой										#17. Бөглөрөх эрсдэл
		Хоолны дуршил	Хэвийн										#18. Бөөлжис цутгах
			Өөрчлөлттэй										#19. Шингэний хэмжээ ихсэлт
			Огиулалттай										#20. Шингэний дутагдал
			Бөөлжүүлнэ										#21. Өтгөн хаталт
		Хэвлий	Хэвийн										#22. Суулгалт
			Цэрдийсэн										#23. Агаарын солилцооны алдагдал
			Хонхойж татагдсан										#24. Цусан дахь сахарын хэмжээ тогтворгүйжих эрсдэл
		Өтгөн	Хэвийн										
			Хатуу										
			Шингэн										
			Өнгө өөрчлөгдсөн										
	3. Шээс ялгаруулалт	Шээс	Шээсний гарц	Хэвийн									#25. Шээс алдалт
				Ихэссэн									#26. Шээс хаагдсан
				Багассан									#27. Шээс ялгаруулалт саатсан
			Зовиур	Өвдөлттэй*									
				Дүлэлттэй									
				Тасалдсан									
				Задгайрсан									
			Өнгө, үнэр	Өөрчлөлтгүй									
				Өөрчлөлттэй									
			Шээлгүүргүй										
			Шээлгүүртэй										
	4. Арьс	Арьсны байдал	Хэвийн										#28. Цус алдах эрсдэл
			Өөрчлөлттэй*	Улайсан									#29. Халдварын эрсдэл
				Хавдсан									#30. Арьсны бүрэн бүтэн байдал алдагдсан
				Зүсэгдсэн									#31. Эдийн бүрэн бүтэн байдал алдагдсан
				Шүүс гарсан									#32. Тодосгогч бодисонд харшлах эрсдэлтэй
				Идээлсэн									#33. Халуурах
				Тууралттай									#34. Халуун буурах
				Цооролттой									
		Арьсны эрүүл ахуй	Бүх биеийн угаалга хийх	Шаардлагагүй									
				Шаардлагатай									
			Хэсэгчилсэн угаалга хийх	Шаардлагагүй									
				Шаардлагатай									
			Ор цэвэрлэх	Шаардлагагүй									
				Шаардлагатай									
		Мэс заслын шарх	Боолт	Цэвэр									
				Бохир									
			Гуурстай										
		Уян зүү тавьсан хэсэг		Хэвийн									
				Улайсан									
				Хавдсан									
	5. Мэдрэл, сэтгэхүйн байдал	Ухаан санааны байдал	Хэвийн										#35. Будилуу болох (цочмог, архаг)
			Сэтгэл хөөрлийн байдалтай										#36. Ой санамж муудсан
			Сэтгэл түгшсэн байдалтай										#37. Ярих чадвар саатсан
			Ухаангүй										#38. Тархины дасан зохицох чадвар буурсан
		Орчиндоо (бусадтай)	Харьцаатай										#39. Өвдөлт
			Сул										#40. Сэтгэл түгших
			Харьцаагүй										#41. Айдас
		Өвдөлт	Өвдөлтгүй										#42. Гашуудах
			Өвдөлттэй*										#43. Итгэл алдарсан
		Үе мөчний хөдөлгөөн	Хэвийн										#44. Ганцаардах эрсдэл
			Хязгаардлагдмал										#45. Өөрийгөө зөв үнэлж чадахгүй болсон
			Үений хавдалттай										

ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА												
6. ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА	Уян зүү		Тавьсан/сольсон									#46. ЭМБ-ын мэдлэг олгох шаардлагатай #47. Хувийн эрүүл мэндээ зохицуулах чадваргүй болсон #48. Мэдлэгийн дутагдал #49. Өөрийгөө асрах чадваргүй болсон (усанд орох, хувцаслах, хооллох, бие засах) #50. Алхах чадвар алдагдсан
			Бэхэлгээ хийсэн									
	Гуурсны арчилгаа		Хийх шаардлагагүй									
			Хийгдсэн									
	Бургуй хийсэн		Цэвэрлэх бургуй/ тосон									
			Эмчилгээний бургуй									
			Хий гаргах гуурс									
	Хэсэгчилсэн асаргаа		Халуун жин тавьсан									
			Хүйтэн жин тавьсан									
			Халуун бигнүүр тавьсан									
			Хүйтэн бигнүүр тавьсан									
			Гич тавьсан									
			Бумба тавьсан									
	ЭМБ/Зөвлөгөө өгөх		Өөрт нь зөвлөгөө өгсөн									
			Гэр бүлд нь зөвлөгөө өгсөн									
	Нөхөн сэргээх		Дасгал хөдөлгөөн хийлгэсэн									
			Иллэг массаж хийсэн									
	Байрлал		Сольсон /цаг/									
			Солих шаардлагагүй									
	Ариун цэвэр	Цагаан хэрэглэл сольсон	СУ (сувилагч) Ө (эмчлүүлэгч өөрөө) СА (сахиур)									
		Үс угаасан										
		Үс самнасан										
		Сахал хуссан										
		Хувцас сольсон										
		Хөл гарын хумс авсан										
		Амны хөндий, шүд угаасан										
	Хооллосон											
	Аюулгүй байдал		Онцгой анхаарах тэмдэг									
			Унаж бэртэхээс сэргийлэх									
			Орны хашлага									
			Тэргэнцэр, таяг									
	Нэмэлт		Шинжилгээнд авч явсан									Тусгай тэмдэглэл:
			Өрөө тасаг, шилжүүлсэн									
7. Сувилгааны асуудал - #			1. Амьсгал/Зүрх судас									Тусгай тэмдэглэл:
			2.Хоол боловсруулах									
			3.Шээс ялгаруулалт									
			4.Арьс									
			5.Мэдрэл, сэтгэхүйн байдал									
			6.Өдөр тутмын сувилгаа									
8. Үнэлгээ хийсэн сувилагч			Огноо/цаг									Тусгай тэмдэглэл:
			Нэр /товчлохгүй/									
9. Үнэлгээг давтан хийх хугацаа, нийт давтамжийн талаар ахлах сувилагчийн тэмдэглэл			Огноо/цаг									
			Нэр /товчлохгүй/									

Хуудсыг хөтлөх заавар:

Тэмдэглэгээ		Хөтлөх заавар	
Y хэсэгт дараах гурван тэмдэглэгээнээс хамаарахыг тавина:	√	Тийм	Тийм* гэж үнэлсэн асуудал бүрийг сувилгааны төлөвлөгөөнд оруулна. Ангилал бүрээс нэг асуудалтай бол тэрхүү асуудал бүрээр эмчлүүлэгчийн зовиурыг багасгах сувилгааны ажлын төлөвлөлтийг СТ-3 хуудсанд тэмдэглэж хэрэгжүүлж, дүгнэнэ
	X	Үгүй	Үгүй* бол сувилгааны төлөвлөгөөнд орох асуудал биш гэж үзэх тул сувилгааны төлөвлөгөөнд энэ чиглэлээр хийх ажил төлөвлөгдөхгүй гэж ойлгоно.
	/	Хамаарахгүй	Тухайн үнэлгээний асуулт эмчлүүлэгчид хамаарахгүй бол бол тэр бүлгийг бүхэлд нь (/)ташуу зураас татан хамаатуулахгүй орхиж болно.
#		Асуудлын дугаар	Тухайн бүлэг асуудлыг үнэлж, түүний ард буй сувилгааны асуудлаас тохирох нэг асуудлыг сонгон авч *Сувилгааны асуудал* ангилалын арын тохирох хүснэгтэнд тэмдэглэнэ. Ж-нь: Ханиалгалт, цэртэй гэж үнэлсэн бол “Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан” гэсэн асуудлыг сонгон “ **#3** “ тэмдгийг тохирох нүдэнд тавина.
Эмчлүүлэгчийн ариун цэврийн хэсгийг дараах		*СУ*	Сувилагч хийсэн
		Ө	Эмчлүүлэгч өөрөө хийсэн
		СА	Сахиур хийсэн
-*-		Өвдөлттэй бол өвдөлт үнэлэх хуудсыг сонгомолоор авч тухайн эмчлүүлэгчид хэрэглэнэ	
		Арьсны байдал өөрчлөлттэй гэж үнэлвэл цооролтын удирдамжийг /нэрийг магадлах/ баримтлан сувилах төлөвлөгөөг боловсруулна.	
		Шингэний балансыг үнэлэх хуудсыг сонгомолоор авч тухайн эмчлүүлэгчид хэрэглэнэ	
Саарал хүснэгт		Хэвийн үзүүлэлтийг тодруулав.	

СМ-2-Хавсралт 12

СУВИЛГААНЫ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмчлүүлэгчийн нэр: Өвчний түүх № Нас: Хүйс: Тасаг: Өрөө:

Огноо / цаг	Асуудлын дугаар #	Сувилах төлөвлөгөө	Хэрэгжүүлэлт/Дүгнэлт
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:

ШИНГЭНИЙ БАЛАНС ХЯНАХ ХУУДАС

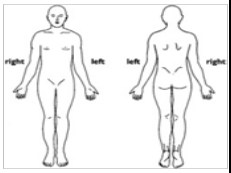
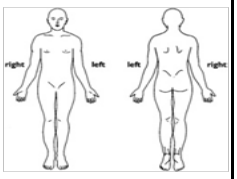
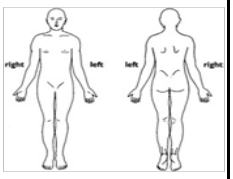
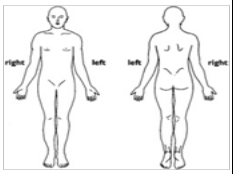
Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: Өвчний түүх № Нас: Хүйс: Тасаг: Өрөө:

Огноо	**Биед орсон шингэн / ml хэмжих нэгж/**					**Биеэс гарсан шингэн / ml хэмжих нэгж/**				
	Хэрхэн	Өглөө	Өдөр	Орой	Тус бүрийн хэмжээ	Хэрхэн	Өглөө	Өдөр	Орой	Тус бүрийн хэмжээ
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					**Нийт хэмжээ**				
Сувилагчийн гарын үсэг										
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					**Нийт хэмжээ**				
Сувилагчийн гарын үсэг										
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					**Нийт хэмжээ**				
Сувилагчийн гарын үсэг										

*Сувилагч энэ хүснэгтийг өөрөө хөтлөх буюу, эмчлүүлэгчийн ар гэрийнхэнд хэрхэн хөтлөх тухай мэдлэг олгож, хөтлөх аргыг зааварчилна.

ӨВДӨЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: Өвчний түүх № Нас: Хүйс: Тасаг: Өрөө:

Сар/Өдөр					
Мэс заслын дараах хоног					
Цаг					
Өвдөлтийн байрлал					
Өвдөлтийн хүч*	1 – бага				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10–маш хүчтэй				
Ямар өвдөлт байгаа вэ? /Жишээ нь чинэрч өвдөх, хатгаж өвдөх/					
Өвдөлтийн давтамж	Босч явах үед	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Дандаа	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Өвдөөд унтаж чадахгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
Өвдөлт, үйл ажиллагааны байршлаар	Хооллоход	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Ялгаруулалтын үед	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Сууж/босоход	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Бусад хөдөлгөөн хийхэд				
Эмийн бус аргууд	Халуун жин				
	Хүйтэн жин				
	Зүү				
	Дасгал				
	Массаж				
	Физик эмчилгээ				
	Бусад				
Өвдөлт намдаах эмийн тун, хэрэглэх зам					
Сувилагчийн гарын үсэг	Өглөөний ээлж				
	Өдрийн ээлж				
	Оройн ээлж				

* Өвдөлтийн хүчийг үнэлэхдээ өвчтөнөөс асуухаас гадна хавсаргасан өвдөлтийн хүч үнэлэх хуудсыг ашиглаж болно.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1 Хавсралт 4

ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

____он____ сар ____ өдөр

Нэр_____

Үндсэн онош _____

Дагалдах онош, хавсарсан онош:_____

_____

Эрчимт эмчилгээний _____ дэх өдөр

Мэс заслын дараах _____ дэх өдөр

Биеийн жин _____ /кг/

Мэс заслын нэр _____

Глазго үнэлгээ	Өвдөлт Шугаман үнэлгээ	T°	АД		Пульс	A	Sao^2	Зохиомол амьсгал											Орсон шингэн	Эмчилгээ, сувилгаанд гарсан онцлог байдал
			Дээд\Доод	Дундаж				Төрөл	Vt	Vm	Шахалт/даралт	PEEP	FIO_2	Гуурсаар			Шээс/мл	Өтгөн	Хоол, унд	
														Цус	Шингэн	Ходоодны				

Шинжилгээ: 1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....

Эмчлүүлэгч _____ Хориглох зүйл_____

Нас..... Харшил _____
Хүйс/зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

	Д/Д	Эмчилгээ, сувилгааны заалт цаг	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	Дүн
Шахуурга																											
Дуслаар																											
Судсаар																											
Булчин, арьсан дор																											
Амаар																											
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																											
Хариуцсан сувилагч																											

+ /орсон/
Судсаар

Амаар

Нийт

- /гарсан/
Шээс
Бөөлжилт
Өтгөн
Гуурсаар
Бусад

Нийт

Шингэний баланс

Эмчид мэдэгдэх хяналтын хязгаар

	Дээд	Доод
АДД		
Пульс		
Sao_2		

Баланс төлөвлөлт

Эмчлэгч эмч: Жижүүрийн эмч:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1 Хавсралт 5

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭГЧ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ, МЭДЭЭ АЛДУУЛАЛТЫН ЯВЦ СЭРЭЭХ ҮЕИЙН ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ нэр _____ Тасаг _____

РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ нас _____ эрэгтэй, эмэгтэй Өвчний түүх № _____

Клиникийн онош: _____

Төлөвлөгөөт, яаралтай . Төлөвлөж байгаа хагалгаа _____

Мэдээгүйжүүлэлтийн өмнөх үзлэг Үзсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг ____ минут

Анамнез:

☐ Харшил _____

Зовир _____

Урьд өвчилсөн өвчин _____

Урьд хийгдсэн хагалгаа, мэдээгүйжүүлэлт _____

☐ гормон, ☐ цус, ☐ сийвэн хийлгэж байсан. Гаж нөлөө _____

Байнга хэрэглэдэг эмийн бодис: _____

_____

Удмын онцлог байдал _____

☐ Жирэмсний хугацаа _____

☐ Тамхи

☐ Архи

_____

_____

_____

Бодит үзлэг АД: _____ Зүрхний цохилт _____ Амьсгалын тоо _____ Жин _____ t0 _____ SpO2_____

Таргалалт: ☐ хэвийн ☐ туранхай ☐ тарган | хэт тарган ☐ дегидратацтай

Арьс салстын өнгө _____

Зүрх _____

Уушиг _____

Мэдрэл _____

Бусад өвчин _____

☐ ам ангайлт < 2 хуруу Маллампати I II III IV

☐ хүзүүний хөдөлгөөн муу Эрүү бамбайн зай ☐ > 6 см ☐ < 6 см

☐ нуруу сээрний хэлбэр алдагдсан Шүд ☐ хиймэл ☐ хөдөлгөөнтэй ☐ дорсгой

Лабораторийн шинжилгээнүүд

Цус: Ht _____Hb _____ RBC WBC___ PLT___ ESR___

Шээс: Х/ж _____ Ураг _____ бусад _____

Эрдэс: Na _____ Креатинин _____ ГОТ___ HIV___

K _____ сахар _____ ГПТ HbsAg___ AntiHCV____

Mg _____ Билирубин _____

Бүлэгнэлт: PT___ APTT___ INR___ TT___ Fib___

Бусад шинжилгээ _____

ЭКГ _____

_____

_____

Цээжний рентген _____

_____

_____

Биеийн байдал: ASA ангиллаар

I II III IV V E

Эрсдэл: I II III IV V

Мэдээгүйжүүлэлтийн төлөвлөгөө

☐ Ерөнхий ☐ Бүсчилсэн ☐ авсарсан ☐ Бусад

☐ Интубац төвөгтэй ☐ Шаардагдах нэмэлт хэрэгсэл

_____

Урьдчилсан эмжүүлэлт

Урьд орой нь: Хагалгааны өмнө

1 _____ 1 _____

2 _____ 2 _____

3 _____ 3 _____

4 _____ 4 _____

Эмч: _____ Эмч: _____

Цусны бүлэг		
Захиалга	Цус	
	Сийвэн	

Мэдээгүйжүүлэлтийн тухай тайлбарлаж өгсөн (ар гэр, эмчлүүлэгч)

Гарын үсэг _____

Мэс заслын дараах онош _____

Хийгдсэн мэс засал _____

_____

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭЛТИЙН ЯВЦ

_____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг _____минут

Хэрэглэсэн эм цаг																									Эмийн дүн					
Севофлуран/изофлуран эз%																														
Хүчилтөрөгч л/мин																														
Агаар л/мин																														
Сэлбэсэн шингэн																														
Алдсан цус мл																														
Шээс мл																														

☐ Судасны хатгалт
☐ Төвийн вен
☐ Пульсоксиметр
☐ Зүрхний монитор
☐ АД хэмжих
☐ Соруулга
☐ Нүд хамгаалсан
☐ Давсагт гуурс

Аппаратын төрөл _____ Өвчтөний байрлал _____ Онцгой аргачлал _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1 Хавсралт 5А

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭГЧ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ, МЭДЭЭ АЛДУУЛАЛТЫН ЯВЦ СЭРЭЭХ ҮЕИЙН ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ нэр _____ Тасаг _____

РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ нас _____ эрэгтэй, эмэгтэй Өвчний түүх № _____

Клиникийн онош: _____

Төлөвлөгөөт, яаралтай. Төлөвлөж байгаа хагалгаа _____

Мэдээгүйжүүлгийн өмнөх үзлэг Үзсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг ____ минут

Анамнез:

☐ Харшил _____

Зовиур _____

Урьд өвчилсөн өвчин _____

Урьд хийгдсэн хагалгаа, мэдээгүйжүүлэг _____

☐ гормон, ☐ цус, ☐ сийвэн хийлгэж байсан. Гаж нөлөө _____

Байнга хэрэглэдэг эмийн бодис: _____

_____

Удмын онцлог байдал _____

☐ Жирэмсний хугацаа _____

☐ Тамхи татдаг

☐ < 10 жил

☐ > 10 жил

Архи

☐ Байнга хэрэглэдэг

☐ Үе үе хэт хэрэглэдэг

Бодит үзлэг АД: _____ Зүрхний цохилт _____ Амьсгалын тоо _____ Жин _____ t0 _____Өндөр_____

Таргалалт: ☐ хэвийн ☐ туранхай ☐ тарган ☐ хэт тарган ☐ дегидратацтай

Арьс салстын өнгө _____

Зүрх _____

Уушиг _____

Мэдрэл _____

Бусад өвчин _____

☐ ам ангайлт < 2 хуруу Маллампати I II III IV

☐ хүзүүний хөдөлгөөн муу Эрүү бамбайн зай ☐ < 6 см ☐ 6 см

☐ нуруу сээрний хэлбэр алдагдсан Шүд ☐ хиймэл ☐ хөдөлгөөнтэй ☐ дорсгой

Лабораторийн шинжилгээнүүд

Цус: Ht _____Hb _____ Эр _____ Лей _____ Гром _____ Эртх _____

Шээс: Х/ж _____ Уураг _____ бусад _____

Эрдэс: Na _____ Креатинин _____ ГОТ_____Нийт уураг_____

К _____ сахар _____ ГПТ_____Альбумин_____

CL _____ Билирубин _____

Бүлэгнэлт: АВР _____АРРТ _____ Тр хугацаа _____ Фибр _____

Бусад шинжилгээ _____

ЭКГ _____

_____

_____

Цээжний рентген _____

_____

_____

Биеийн байдал: ASA ангиллаар

I II III IV V E

Эрсдэл: I II III IV V

Мэдээгүйжүүлэлтийн төлөвлөгөө

☐ Ерөнхий ☐ Бүсчилсэн ☐ Хавсарсан ☐ Бусад

☐ Интубац төвөгтэй Шаардагдах нэмэлт хэрэгсэл

_____

Урьдчилсан эмжүүлэлт

Урьд орой нь: Хагалгааны өмнө

1 _____ 1 _____

2 _____ 2 _____

3 _____ 3 _____

4 _____ 4 _____

Эмч: _____ Эмч: _____

Цусны бүлэг			
Захиалга		Цус	
		Сийвэн	

Мэдээгүйжүүлгийн тухай тайлбарлаж өгсөн

(ар гэр, эмчлүүлэгч)

Гарын үсэг _____

Мэс заслын дараах онош _____

Хийгдсэн мэс засал _____

_____

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭЛТИЙН ЯВЦ

Үзсэн ____ сар _____өдөр _____цаг ____ минут

Хэрэглэсэн эм \ цаг	10 20 30 40 50	10 20 30 40 50	10 20 30 40 50	10 20 30 40 50	Эмийн дүн
Хүчилтөрөгч л/мин					
Галотан/изофлуран эз%					
Азотын исэл л/мин					
Агаар л/мин					
Сэлбэсэн шингэн					
Алдсан цус мл					
Шээс мл					

☐ Судасны хатгалт
☐ Төвийн вен
☐ Пульсоксиметр
☐ Зүрхний монитор
☐ АД хэмжих
☐ Соруулга
☐ Нүд хамгаалсан
☐ Давсагт гуурс

Аппаратын төрөл _____ Өвчтөний байрлал _____ Онцгой аппарат _____

200
Sa02 180
100 160
96 140
92 120
88 100
86 80
84 60
40
20

Сэрэх өрөөнд ирсэн ____ цаг ____ минут

Шилжсэн ____ цаг ____ минут

Х мэдээгүйжүүлэлт эхэлсэн, дуусан: ⬆интубац ⬇- экстубац ▽хагалгаа эхэлсэн
Δ - дуусан > - > - АД X - пульс • - SaO_2

Мэдээгүйжүүлэлтийн төрөл

☐ Ерөнхий унтуулга
☐ ЭТМ ☐ Хошуувч ☐ Төвөнхийн хошуувч
☐ Судасны ☐ У + дус
Интубац: ☐ төвөгтэй ☐ үгүй ☐ам ☐камар
Цагаан хоолойн гуурс ТХ #: ____ Хэмжээ ____ см
Хий _____ мл
Оролдлогын тоо: _____
Тусгай аргачлал:

Бүсчилсэн: ☐НХМ ☐НГХМ ☐НГХГуурс
Бусад хориг:
Зүүний НГХГ#: _____G гүн ____ см
Төрөл: ☐иртэй ☐үзүүртэй ☐Туохийн
Хатгалтын түвшин: _____ чиглэл: _____
Оролдлогын тоо: _____
Мэдээгүйжүүлгийн түвшин: _____
Нугасны шингэний өнгө: ☐эвийн ☐устай

Тайлбар

Хүндрэл

Мэс засал хийсэн эмч : _____
Мэдээгүйжүүлэгч эмч: _____ Мэдээгүйжүүлэгийн сувилагч _____

Шилжсэн ☐ сэрэх өрөөнд ☐ эрчимт эмчилгээнд Хүлээн авсан _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1 Хавсралт 6

Өвчний түүхийн № _____

МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй Нас _____

Мэс засал эхэлсэн ____он____сар___өдөр____цаг: _____минут _____, дууссан цаг _____минут _____

Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа_____цаг_____минут. Мэс засал төлөвлөгөөт, яаралтай /зур/

Мэс заслын нэр _____

_____

Мэс заслын заалт: _____

_____

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр ерөнхий: эндотрахеал хошуувч, төвөнхийн хошуувч
бүсчилсэн: нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс

_____

Мэс заслын явц:
Үйлчлүүлэгчийн байрлал: нуруугаар, липотомийн, трендленбургийн, бусад:бичих_____
Хагалгааны талбай ариутгасан:

_____

Хагалгааны зүслэг /зур/:
- Хэвлийн өмнөд ханын доод 1/3-ийн дагуу зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хөндлөн зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хүйс тойруулсан дагуу зүслэг
- Дурангийн жижиг зүслэгүүд бичих:_____

_____

Хэвлийн өмнөд ханыг нээхэд цус тогтоолт хийсэн эсэх: үгүй, хэрэв тийм бол аргыг бичих

_____

_____

Гэдсийг тусгаарласан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих_____

_____

Наалдац салгасан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих_____

_____

Мэс заслаар эд, эрхтэн авсан, зассан тухай тэмдэглэл бичих:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Үлдэцийг ямар байдлаар цус тогтоож үлдээсэн тухай тэмдэглэл:

_____

_____

Хэвлий хаасан тухай тэмдэглэл:

_____

_____

Мэс заслын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ_____

_____

Мэс заслын шархны арчдас авсан эсэх: Тийм, Үгүй /зур/ _____

_____

Мэс заслын дараах онош:_____

_____

_____

Мэс засал: цэвэр, бохир

Оёдол тавьсан утас _____

Мэс заслын дараах эмчилгээ_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мэс заслын дараах 2 цагийн дараах үзлэг, хяналт_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мэс засал хийсэн эмч:

1. _____

2. _____

3. _____

Сувилагч:

1. _____

2. _____

3. _____

Мэдээгүйжүүлэгч эмч:

1. _____

Сувилагч:

1. _____

Мэс заслын тэмдэглэл хөтөлсөн эмч _____

Цаг минут	Эмчийн тэмдэглэл	Авсан арга хэмжээ, тусламж үйлчилгээ

МЭС ЗАСЛЫН ӨМНӨХ ДҮГНЭЛТ

Тасаг _____ Өвчний түүхийн дугаар _____

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ нэр _____ нас _____

Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй /зур/ Цусны бүлэг _____

Эмчилгээний төлөвлөгөө:

Эмч нарын зөвлөгөөний онош, шийдвэр: _____

_____

_____

_____

_____

Зөвлөх эмчийн гарын үсэг: _____

Эмчлэгч эмчийн гарын үсэг: _____

Эмчийн гарын үсэг: _____

Мэс заслын үед болон дараа гарч болох эрсдэл: _____

_____

_____

Мэс засал эмчилгээний заалт: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мэс заслын өмнөх онош: _____

_____

_____

_____

_____

_____

мэс заслыг төлөвлөгөөт журмаар _____ оны ____ сарын _____-ны өдөр төлөвлөв.

Мэс засалч эмч: _____

Туслах эмч: _____

Туслах эмч: _____

Мэдээгүйжүүлгийн эмч: _____

Мэс заслын сувилагч: _____

Мэдээгүйжүүлгийн сувилагч: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ1 Хавсралт-8

МЭС ЗАСАЛ/МЭС АЖИЛБАР ХИЙЛГЭХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/ МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын нэр:

.....

.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....

.....

Гарч болох эрсдлүүд (эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....

.....

Гарч болох хүндрэлүүд (хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....

.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбарууд (ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....

.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох эмчилгээний бусад аргууд (бусад аргуудыг дурьдана):

.....

.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын давуу тал:

.....

.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэх мэдээгүйжүүлэлт:
Ерөнхий, нугасны мэдээ алдуулалт, хэсгийн мэдээ алдуулалт, тайвшруулах (аль нь болохыг сонгож доогуур нь харах)
Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....

.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....

.....

Эмчтэй холбоо барих утас: .....

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Б/ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

- Эмчийн санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах) -ыг дээрхи мэдээ алдуулалтаар хийлгэхийг БИ ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.
Түүнчлэн гэмтсэн эд, эрхтний хэсэг болон эд эрхтнийг журмын дагуу устгахыг уг эмнэлэгт зөвшөөрч байна.
- Мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн, гарч болох хүндрэл, эрсдэл, нэмэлт ажилбарууд, орлуулж болох эмчилгээний талаар БИ ТОДОРХОЙ МЭДЭЭЛЭЛ АВСАН БОЛНО.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:
[ ] Насанд хүрээгүй
[ ] Ухаангүй
[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй
[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс ажилбар/мэс заслын хагалгаа (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ1 Хавсралт-9

АМЬ НАС/ЭРҮҮЛ МЭНДЭД ЭРСДЭЛТЭИ ТУСЛАМЖ ҮИЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/ МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ:

.....

.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах) -ын үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....

.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....

.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний давуу тал:

.....

.....

Санал болгож буйоношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

[ ] Ерөнхий

[ ] Нугасны мэдээ алдуулалт

[ ] Хэсгийн мэдээ алдуулалт

[ ] Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....

.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....

.....
Эмчтэй холбоо барих утас: .....

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Б/ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

[ ] Надад шаардлагатай оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН. Иймд
.....
.....
хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

[ ] Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (зурах)-аас гадна
.....
.....
зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.
[ ] Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.
.....
.....

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/
Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:
[ ] Насанд хүрээгүй
[ ] Ухаангүй
[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй
[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/
Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ1 Хавсралт-10

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүхэнд хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____овогтой _____ би эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарах нь эмчлэгч эмч болон эмнэлгийн удирдлагын зааврыг дагаж мөрдөөгүй гэдгийг ойлгож байна.

Миний эмнэлгээс гарч буй шалтгаан:

.....

.....

Энэ мөчид эмнэлгээс гарснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН БОЛНО.

.....

.....

Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОСОН бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Энэ мөчид эмнэлгээс гарч, тусламж үйлчилгээ зогссоноос болж гарах үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:
[ ] Насанд хүрээгүй
[ ] Ухаангүй
[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй
[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....

.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ1 Хавсралт-11

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ АВАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____овогтой _____ би дараах эмчилгээ

үйлчилгээ авах хүсэлтэй байна. (ямар тусламж, үйлчилгээ авах саналтай байгаагаа дэлгэрэнгүй бичнэ. Үүнд: эмийн эмчилгээ, мэс ажилбар, гоо сайхны хагалгаа зэрэг бүх үйлчилгээ хамаарна)

.....

.....

Миний зүгээс уг эмчилгээ, үйлчилгээг хийлгэх гэж буй шалтгаан:

.....

.....

Өөрийн хүсэлтээр хийлгэж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илэрхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....

.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ(аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....

.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний давуу тал:

.....

.....

Санал болгож буйоношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

[ ] Ерөнхий

[ ] Нугасны мэдээ алдуулалт

[ ] Хэсгийн мэдээ алдуулалт

[ ] Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....

.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....

.....

Эмчтэй холбоо барих утас: .....

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____/...../

/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

[ ] Миний хүсэлтээр хийж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН.

Иймд .....

.....

хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

[ ] Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-нээс гадна

.....

.....

зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

[ ] Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....

.....

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

[ ] Насанд хүрээгүй
[ ] Ухаангүй
[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй
[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ1 Хавсралт-12

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН ТУХАЙ МЭДҮҮЛЭГ

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

Үйлчлүүлэгч _____овогтой _____ би эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзах нь ямар үр дагавартай болох тухай мэдээллийг эмчээсээ авсан боловч уг эмчилгээ үйлчилгээнээс ТАТГАЛЗАЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйчилгээнээс татгалзаж буй шалтгаан:

.....

.....

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН.

.....

.....

[ ] Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙГАА бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

[ ] Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаас гарч болох үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

[ ] Насанд хүрээгүй

[ ] Ухаангүй

[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй

[ ] Бусад (тайлбарлана уу) …….

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....

.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ2

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ /хүүхдийн/

Эмнэлгийн нэр _____
Өвчний түүхийн № _____

РД	
ЭМД	
НДД	
Өвчний түүх нээсэн он сар өдөр цаг мин / /	
Тасгийн нэр:	
Эцэг /эх/-ийн нэр:	Өөрийн нэр:

Төрсөн он сар өдөр / / Нас ____	Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй Жин [ ] Өндөр [ ]	**Эцгийн боловсрол:** ☐ Боловсролгүй ☐ Бага ☐ Бүрэн дунд ☐ Мэргэжлийн болон техникийн ☐ Дипломын ☐ Бакалавр ☐ Магистр ☐ Доктор	**Эхийн боловсрол:** ☐ Боловсролгүй ☐ Бага ☐ Бүрэн дунд ☐ Мэргэжлийн болон техникийн ☐ Дипломын ☐ Бакалавр ☐ Магистр ☐ Доктор

Тогтмол хаяг: Аймаг/хот:_____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо____ Гудамж/Байшин _____ тоот	Утасны дугаар: Эцгийн _____ Эхийн _____ Гэрийн _____	☐ Сургууль ☐ Цэцэрлэг ☐ Яслид явдаггүй ☐ Явдаг ☐ Хаана явдаг _____ _____

Зовиур:

Цусны булэг			Төлбөрийн хэлбэр:	Доод шатлалаас илгээсэн эсэх
	Бүлэг		☐ Төр хариуцсан	☐ Тийм
	Тодорхойлсон лаборант		☐ 15%	☐ Үгүй
	Шалгасан эмч		☐ 10%	
	Сар, өдөр		☐ Өвчтөн хариуцсан	

	Он	Сар	Өдөр	Цаг	Хэвтэлт:	Харшлын анамнез:
Өвчин эхэлсэн					☐ Анх	☐ Эмийн бодис
Эмчид үзүүлсэн					☐ Давтан	☐ Хоол хүнс
Эмнэлэгт хэвтсэн						☐ Бусад
Эмнэлгээс гарсан						

Өвчний төгсгөл:	Эмнэлгээс:	он сар өдөр	Ор хоног	Эмчилгээний зардал:
☐ Эдгэрсэн ☐ Сайжирсан ☐ Хэвэндээ ☐ Дордсон ☐ Нас барсан	☐ Гарсан ☐ Шилжсэн ☐ Нас барсан	/ / / / / /	[ ] хоног [ ] цаг	₮

Онош	ӨОУА-код	Огноо
Явуулсан эмнэлэг/ байгууллагын нэр:		
Явуулсан эмчийн онош		
Хүлээн авсан эмчийн онош		
Үндсэн онош		
Хүндрэл		
Хавсарсан өвчний онош		
Хийгдсэн ажилбар, мэс засал	ӨОУА-9 код:	

Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг	Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Эмчилгээ эрхэлсэн орлогч, тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/

Үзлэг эхэлсэн:_____ он _____сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Хүлээн авсан эмчийн үзлэг	Хоол, эмчилгээ, сувилгаа, шинжилгээний заалт

Хүлээн авсан эмчийн гарын үсэг _____

ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Өндөр (см) [ ] Жин (кг) [ ] Биеийн жингийн индекс (кг/м2) [ ]	Цусны даралт (ммуб) Систолын даралт [ ] Диастолын даралт [ ]

Хэвтэх үеийн зовиур:

Өвчний түүх:

Хэвтэхээс өмнө хийгдсэн эмчилгээ /гэрээр хийсэн эмчилгээ/:

Амьдралын түүх:

Ахуйн нөхцөл: ☐ Орон сууцанд ☐ Гэрт ☐ Бусад	**Ам бүл** _____ хэнтэйгээ амьдардаг _____

Урьд өвчилсөн өвчин, эмгэгийн байдал:

Халдварт: ☐ Улаан бурхан_____ онд ☐ Салхин цэцэг_____ онд ☐ Гахайн хавдар_____ онд ☐ Гепатит А _____ онд ☐ Гепатит В _____ онд ☐ Гепатит С _____ онд ☐ Гэдэсний халдварт өвчнөөр өвдсөн эсэх____ онд ☐ Сүрьеэ өвчнөөр өвдсөн эсэх _____ онд ☐ Уушигны _____ онд ☐ Булчирхайн _____ онд ☐ Гэдэсний_____ онд ☐ Бусад _____ онд ☐ Бусад_____ онд	**Мэс засал, мэс ажилбар хийлгэсэн эсэх:** ☐ тийм ☐ үгүй Тийм бол Ямар эрхтэнд ___ Хэдэн удаа_____ Хэдэн онд _____ **Хүндрэл:** ☐ гарсан ☐ үгүй	Осол гэмтэл, хордлого: _____ Одоогийн осол гэмтлийн шалтгаан:_____

Халдварт бус:

Тархвар зүйн асуумж:

☐ Ойрын 6 сарын хугацаанд халдварт өвчтэй хүнтэй ойр байсан эсэх

☐ Ойрын 6 сарын дотор гадаад оронд зорчсон эсэх (хаашаа, ямар хугацаагаар)

Удамшлын анамнез: Удамшлын өвчин: _____

Охидын анамнез: Анхны сарын тэмдэг хэдэн настайд ирсэн:_____ Сарын тэмдгийн үргэлжлэх хугацаа:_____ Сүүлийн сарын тэмдэг хэзээ ирсэн	Сарын тэмдгийн мөчлөгийн хоног:_____ Сарын тэмдгийн хэмжээ: /зур/ бага, дунд, их

Хорт зуршил:
Тамхи татдаг эсэх:
☐ Тийм Өдөрт хэдэн ширхэг: _____
☐ үгүй

Эцэг /эх/ архи уудаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Эцэг /эх/ тамхи уудаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Хүүхдийн дэргэд тамхи татдаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Удаан хугацаагаар, байнга хэрэглэж байсан эмийн тухай_____
Хэдий хугацаагаар хэрэглэж байгаа _____

Хооллолтын байдал: ☐ Хөхөөр ☐ Тэжээвэр /юугаар/_____ _____ ☐ Холимог ☐ Ердийн хоол	Хооллох үед зовиуртай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол ямар зовиур илэрдэг _____ _____	Өдөрт хэдэн удаа хооллодог ___ Тогтмол цагт хооллож чаддаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Цагаан хоолтон эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Голчлон хэрэглэдэг хоол, хүнс: ☐ Махан ☐ Гурилан ☐ Ногоо ☐ Жимс жимсгэнэ ☐ Сүү цагаан идээ ☐ Халуун ногоо ☐ Дарсан давсалсан бүтээгдэхүүн ☐ Бусад

Үзлэг эхэлсэн:_____ он _____сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

БОДИТ ҮЗЛЭГИЙН ХЭСЭГ

Ерөнхий үзлэг:

Биеийн ерөнхий байдал: ☐ Хөнгөн ☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд $SatO_2$ .... FiO_2…...	**Ухаан санаа:** ☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ступор ☐ Сопор ☐ Кома ☐ Бусад	**Орчиндоо:** ☐ Харьцаатай ☐ Харьцаагүй ☐ Сул	**Байрлал:** ☐ Идэвхтэй ☐ Идэвхгүй ☐ Албадмал ☐ Хагас суугаа ☐ Хэвтрийн ☐ Бусад

Царайны илрэл: ☐ Хэвийн ☐ Айсан ☐ Сандарсан ☐ Цочсон ☐ Гутарсан ☐ Шаналсан ☐ Цонхийсон ☐ Улайсан	☐ Хөхөрсөн ☐ Ядрангуй шаргалтсан ☐ Хавагнасан ☐ Баг өмссөн мэт,гиппократын ☐ Корвизорын ☐ Акромегалийн ☐ Бусад	**Биеийн галбир:** ☐ Зөв ☐ Зөв биш Зөв: ☐ Астеник ☐ Гиперстеник ☐ Нормостеник	Зөв биш эмгэг: ☐ Тал саатай ☐ Бөгтөр ☐ Гэдгэр ☐ Оцгор ☐ Бусад _____	**Марианы байдал:** ☐ Ердийн ☐ Таргандуу ☐ Тарган ☐ Хэт тарган ☐ туранхайвтар ☐ Туранхай ☐ Эцэнхий ☐ Яс арьс болтлоо турсан

<u>Хэсэгчилсэн үзлэг</u>:

Толгойн хэлбэр: _____ хэмжээ: _____

Гавлын ясжилт: ☐ Хэвийн ☐ Зөөлөн	**Зулай:** ☐ Битүүрсэн ☐ Битүүрээгүй (тайван, хонхор, дүүрэнгэ, пульсацитай)	Зулайн хэмжээ: _____см Заадсууд: ☐ Нийлсэн ☐ Салсан ☐ Давхардсан

Дагзны булчингийн хөшингө илэрсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Нүүрний хэлбэр: ☐ Хэвийн ☐ Дугуй сар шиг ☐ Зөв бус ☐ Бусад	Хөмсөг: ☐ Ердийн ☐ Өтгөн ☐ Шингэн ☐ Халцарсан /арын гуравны нэг нь ургаагүй/ ☐ Огт хөмсөггүй ☐ Бусад	Зовхи: ☐ Хэвийн ☐ Хавантай ☐ Арьс нь харласан ☐ Зовхины орчим Ксантомтой ☐ Дээд, доод зовхи унжсан	Нүд: ☐ Хэвийн ☐ Нүд мэдэгдэхүйц бүлтийсэн ☐ Нүд солир ☐ Нистагм илэрсэн ☐ Хонхор ☐ Нулимстай ☐ Бусад

Нүдний салстын өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус цэнхэр ☐ Цайвар ☐ Шарангуй ☐ Улаан	Хүүхэн хараа: ☐ Хэвийн ☐ Нарийссан ☐ Өргөссөн ☐ Хоёр талд ижил биш Гэрлийн урвал: _____	Хамар: хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Зөв биш Хэмжээ: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Муруйлттай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
Уруулын өнгө: ☐ Ягаан	Уруулын чийгшилт:	Уруул, тагнайн сэтэрхийтэй эсэх:

☐ Улаан ягаан ☐ Хөхөлбөр ☐ Цайвар ☐ Бусад_____	☐ Чийглэг ☐ Омголтсон ☐ Хуурай ☐ Бусад _____	☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (баруун, зүүн, 2 талд)

Амны хөндий:

Хэл: Өнгө:	Өнгөр	Хөхлөг:	Тууралт:
☐ Ердийн ☐ Цайвар ☐ Ягаан ☐ Улаан	☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй /нимгэн, зузаан/ ☐ Хэсэгчилэн арилсан ☐ Өнгө нь цайвар ☐ Бохир ☐ Бусад _____	☐ Ердийн ☐ Хатингаршсан ☐ Томорсон	☐ Тууралтгүй ☐ Яр ☐ Шарх ☐ Улайлт

Буйл: Өнгө: ☐ Ердийн ☐ Улайсан ☐ Цайвар ☐ Хөхөлбий	☐ Шархлаагүй ☐ Шархалсан	☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Тууралтгүй ☐ Тууралттай

Хатуу, зөөлөн тагнай: Өнгө: ☐ Ердийн ☐ Тууралттай ☐ Улайсан ☐ Шарлалттай ☐ Цайсан	Гүйлсэн булчирхай: ☐ Үрэвссэн ☐ Үрэвсээгүй Хэмжээ: ☐ Хэвийн ☐Томорсон	Дууны өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Сул ☐ Сөөнгө ☐ Дуу гарахгүй ☐ Бусад_____ Шүд: _____

Арьс салстын байдал:

Хамар уруулын гурвалжин:	Арьсны өнгө:		Уян хатан чанар:	Арьсны чийглэг байдал:
☐ Хэвийн ☐ Хөхрөлттэй (төвийн, захын цайвар хөхрөлт)	☐ Хэвийн ☐ Цайвар шар ☐ Цайвар ягаан ☐ Шар ☐ Нимбэгэн шар ☐ Улаан шар	☐ Ногоон шар ☐ Бараан саарал ☐ Цайж алагласан ☐ Хүрэл шиг ☐ Улаан цоохор ☐ Зэвхий саарал Бусад	☐ Хэвийн ☐ Буурсан ☐ Алдагдсан	☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Хуурайшсан ☐ Хогжруутсан ☐ Гуужсан ☐ Сайртсан

Арьсан дээрх тууралт: ☐ Цэвэр тууралтгүй ☐ Тууралттай
(улаан, толбон, гүвдрүүт, цэврүүт, бэлцрүүт, товруут, зангилаат, цусархаг шалбархай, тав, хайрс, ан цав, цууралт, цэгэн, одлог, үү, сорви, гемангиом, атером, хөхрөлт, бусад _____
Тууралтын байршил: _____

Арьсан доорх өөхөн эдийн хөгжил: ☐ Хэвийн ☐ Сул ☐ Их	Арьсан доорхи судасны байдал: ☐ Ердийн ☐ Ялимгүй харагдана ☐ Тод харагдана ☐ Өргөсч бүдүүрсэн ☐ Бусад_____	Хаван: ☐ Хавангүй ☐ Хавантай: Ерөнхий хэсгийн: ☐ Нүүрэнд ☐ Зовхинд ☐ Хэвлийд ☐ Шилбээр ☐ Хуухнаг

Захын тунгалгийн булчирхайн байдал:

Хэмжээ:	Байрлал:	Нягт:	Гадаргуу:	Хөдөлгөөн:	Эмзэглэл:
☐ Хэвийн ☐ Харахад томорсон ☐ Тэмтрэлтээр томорсон	☐ Хүзүүний ☐ Суганы ☐ Цавины ☐ Бусад_____	☐ Зөөлөн ☐ Хатуу	☐ Барзгар ☐ Гөлгөр	☐ Хөдөлгөөнтэй ☐ Хөдөлгөөнгүй	☐ эмзэглэлгүй ☐ эмзэглэлтэй

Арьсны дайвруд: Үс _____ Хумс _____

Булчингийн хөгжил:	Булчингийн чангарал:	Булчингийн хүч, хөдөлгөөн:
☐ Ердийн ☐ Сул ☐ Хатингаршсан ☐ Сайн ☐ Жигд бус	☐ Хэвийн ☐ Сул ☐ Чангарсан ☐ Хэт чангарсан	0б, 1б, 2б, 3б, 4б, 5б Булчингийн чангарлын байршил: _____

Тулгуур эрхтний тогтолцоо:

Үе мөчний хэлбэр:	Үений хөдөлгөөн:
☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөгдсөн ☐ Үений орчим хавдаж улайсан ☐ Хөдөлгөх буюу дарахад өвддөг аль үеэнд_____	☐ Идэвхитэй ☐ Чөлөөтэй ☐ Идэвхигүй ☐ Хязгаарлагдмал аль үеэнд_____

ЭРХТЭН ТОГТОЛЦООНЫ ҮЗЛЭГ

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Харж ажиглах:

Хамар сарталзах шинж: ☐ Илэрсэн ☐ Илрээгүй Хамрын амьсгал: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай ☐ Амаар амьсгалж байгаа	Хөхрөлт байгаа эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: ☐ Төвийн ☐ Захын	Цээж хонхолзох шинж: ☐ Илрээгүй ☐ Сул илэрсэн ☐ Тод илэрсэн Цээжний хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Эмгэг	Цээжний 2 талд амьсгалд жигд оролцох байдал: ☐ Жигд (баруун\зүүн тал) ☐ Хоцорно
Хамарт ялгадастай эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол ямар:_____	Амьсгал авалт саадтай: ☐ Тийм ☐ Үгүй Амьсгал гаргалт саадтай: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Амьсгалын тоо 1 минутанд____удаа ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус	Цэрний шинж байдал: _____ Ханиалгалтын байдал: _____

Тэмтрэлт:		**Тогшилт**	
Цээжээр эмзэглэх: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй (_____) Уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан	Дууны доргион: ☐ Хэвийн ☐ Суларсан ☐ Тодорхойлогдохгүй ☐ Хүчтэй болсон	Тогшилтын дуу: ☐ 2 талд ижил ☐ Ижил бус	Хэсэгт тогшилтын дуу: ☐ Бүдгэрсэн ☐ Тодорсон ☐ Дүлий болсон

Чагналт

Амьсгал 2 талд: ☐ Ижил ☐ Ижил бус (_____хэсэгт); Эмгэг амьсгалтай: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (цулцангийн суларсан, цулцангийн ширүүссэн, гуурсан хоолойн эмгэг, стенозын, амьсгал сонсогдохгүй)	Нэмэлт шуугиантай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (нойтон хэржигнүүр, шажигнуур, хуурай хэржигнүүр, гялтангийн шүргэлцэх чимээ_____хэсэгт) Бронхофони ☐ Хэвийн ☐ Тодорсон ☐ Суларсан (_____хэсэгт)

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Харж ажиглахад: Зүрхний оройн түлхэлт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана	Гүрээний судасны лугшилт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана	Чамархайн судасны лугшилт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана
Хурууны үзүүр: ☐ Хэвийн ☐ Бөмбөрийн дохиур мэт ☐ Бусад_____	Тэмтрэлтээр: Зүрхний оройн түлхэлт: ☐ Хэвийн ☐ Хэлбийсэн байрлал (_____)	Түлхэлтийн хүч: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Багассан
Гүрээний судасны лугшилт: ☐ Хэвийн ☐ Түргэссэн ☐ Удааширсан	Гол судасны лугшилт: ☐ Хэвийн ☐ Сул ☐ Ихэссэн	Судасны цохилт 1 минутанд ____ удаа, хүчдэл дүүрэлт _____

Тогшилтоор: Зүрхний хил: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон	Аль тийш хазайсан: ☐ Зүүн ☐ Баруун Хэмжээ _____	Чагналтаар: Зүрхний авиа: ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр	Хэм: ☐ Жигд ☐ Жигд бус Хэм алдалттай хэлбэр нь _____

ЗЦТ_____минутанд АД баруун талд____/____АД зүүн талд____/___

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Амны үнэр: ☐ Хэвийн ☐ Иссэн жимс ☐ Элэгний ☐ Ацетон ☐ Үмхий	Хэвлийн үзлэг: ☐ Ердийн ☐ Цардгар ☐ Мэхгэр ☐ Хэвлийн тойрог _____ см	Хэвлийд асцит бий эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Хэвлий: ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Эмзэглэлгүй Өвдөлтийн байрлал: _____	Хүйн байдал: _____ _____

Элэгний бага шинжүүд: ☐ Хэлний үзүүр улайсан [ ], Алга улайсан [ ] ☐ Гарын алганы зураас тодорсон [ ] ☐ Өнгөц вен өргөссөн [ ]	Ходоод тэмтрэлт, тогшилтоор: Ходоодны доод хил: ☐ Хэвийн ☐ Агшсан	Нугалуур: ☐ Тэмтрэгдэнэ ☐ Тэмтрэгдээгүй Хэмжээ нь:

☐ Одлог туурал [ ] Гинекомасти [ ]

☐ Сунасан (1, 2, 3-р зэрэг)

☐ Ердийн
☐ Томорсон

Их, бага махиа:
☐ Тэмтрэгдэнэ
☐ Тэмтрэгдээгүй
Менделийн шинж [ ]

Элэгний хэмжээ тэмтрэлтээр:
☐ Хэвийн ☐ Томорсон
☐ Хавирганы нумнаас доош ____ см
Элэгний ирмэг ☐ Хурц ☐ Мохоо

Дэлүүний хэмжээ:
☐ Хэвийн
☐ Томорсон _____ см

Цөсний өвдөлтийн үед илрэх хам шинжүүд:
☐ Кера [ ] см,☐ Мерфи [ ] см,☐ Мюсси [ ] см
☐ Ортнера [ ] см ☐Василенко [ ] см

Нойр булчирхайн өвдөлтийн үед илрэх хам шинжүүд:
☐ Воскресенского [ ] см ☐ Мейо-Робсона [ ] см
☐ Тернера [ ] см ☐ Губергрицкого [ ] см ☐ Джаниледзе [ ] см

Гэдэс тэмтрэлтээр:
Тахир гэдэс: Хэлбэр:
☐ Бортгон ☐ Өөр
Гадаргуу: ☐ Гөлгөр ☐ Барзгар

Хэмжээ:
☐ Хэвийн
☐ Агшсан
☐ Томорсон

Нягтрал:
☐ Хатуу
☐ Зөөлөн
☐ Эмзэглэлтэй

☐ Эмзэглэлгүй
☐ Хөдөлгөөнтэй
☐ Хөдөлгөөнгүй

Хошного:
☐ Хэвийн онгойсон
☐ Битүү

Баас:
☐ Хэвийн
☐ Шингэн баана
☐ Хатна

Суулгах:
☐ Усархаг ☐ Салсттай
☐ Цусны судалтай ☐ Залхагтай
☐ Хоолны боловсроогүй үлдэгдэлтэй

Баасны тоо: хоногт ___ удаа

Мэдрэлийн тогтолцоо

12 хос мэдрэлээс гарсан өөрчлөлт /дугуйл/
I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII

Үнэрлэх мэдрэмж:
☐ Хэвийн
☐ Буурсан
☐ Ялгахгүй

Сонсголын мэдрэмж:
Сонсох чадавхи:
☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн
☐ Буурсан

Чих шуугих:
Баруун_____
Зүүн талд _____
Нүүрний 2 тал:
☐ Ижил ☐ Ижил бус

Хүүхэн хараа:
☐ Өргөссөн
☐ Ердийн
☐ Нарийссан

Рефлекс:
☐ Хэвийн ☐ Арефлекс
☐ Гиперрефлекс
☐ Гипорефлекс
☐ Эмгэг рефлекс
☐ Клонус илэрсэн

Мэдрэхүйн хүрээний өөрчлөлт:
☐ Илрээгүй
☐ Илэрсэн
Өнгөц мэдрэхүй:
☐ Алдагдаагүй
☐ Алдсан

Гүний мэдрэхүй:
☐ Алдагдаагүй
☐ Алдсан
(парастезия, анестезия, гипостезия, гиперстезия, бусад_____)

Хэт хөдөлгөөнтөх хам шинж: ☐ Илрээгүй ☐ Илэрсэн
(гиперкинезия, тремор, тик, хорея, атетоз, нүүрний татвалзал, бусад_____)

Тэнцвэрийн сорилд:
☐ Алдахгүй
☐ Алдана

Менингитийн шинж:
☐ Илрээгүй
☐ Илэрсэн

Вегетатив мэдрэлийн систем: _____
Сэтгэцийн байдал: _____
Бусад:_____

Шээс бэлгэсийн тогтолцоо

Бөөр:
☐ Тэмтрэгдэхгүй
☐ Тэмтрэгдэнэ
☐ Эмзэглэлтэй
☐ Эмзэглэлгүй

Пастернацкийн шинж: Баруун талд [ ]
Зүүн талд [ ]

Хоногийн шээсний гарц:
☐ Хэвийн
☐ Ихэссэн
☐ Багассан

Шээсний өнгө:
☐ Сүрлэн шар ☐ Улаан шар
☐ Өнгөгүй ☐ Тунадастай
☐ Тунадасгүй, Тоо ___ олон, цөөн

Шөнө шээдэг эсэх:
☐ Үгүй ☐ Тийм Тоо ___
Шээс: ☐ Тасалддаг ☐ Үгүй

Шээхэд :
☐ Давсаг шээсний сүв эмзэглэх ☐ Үгүй
☐ Шээс дүлүүлж гардаг ☐ Үгүй

Гадна бэлэг эрхтний хөгжил:
☐ Зөв
☐ Зөв биш

Давсаг тэмтрэгдэх: _____

Бэлгийн хоёрдогч шинж тэмдэг илэрсэн эсэх: _____

Бусад эрхтэн, тогтолцоо

Бамбай булчирхай:
☐ Тэмтрэгдэхгүй
☐ Тэмтрэгдэнэ /зур/ (зөөлөн, хатуу, эмзэглэлтэй, эмзэглэлгүй)

☐ Томроогүй
☐ Томорсон (0, I, II зэрэг)

Хэсэг газрын үзлэг /Status localis/_____
_____
_____

ЭМНЭЛЗҮЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

Зовиураас:_____

Асуумжаас: _____

Бодит үзлэгээс: _____

Шинжилгээний дүгнэлтээс: **а/ Лабораторийн шинжилгээ:**

Цусны ерөнхий шинжилгээ:_____

Шээсний ерөнхий шинжилгээ:_____

Цусны биохимийн шинжилгээ: _____

Вирүс, маркерийн шинжилгээ:_____

Бусад шинжилгээ: _____

б/ Үйл оношийн шинжилгээ:

Чанд авиан шинжилгээ:_____

Дурангийн шинжилгээ: _____

Рентген шинжилгээ: _____

Бусад шинжилгээ: _____

Клиникийн урьдчилсан онош:_____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

Ялган оношлох эмгэг ба хам шинжүүд:	**Шинжилгээний төлөвлөгөө:**
1	1
2	2
3	3
4	4

Эмчилгээ сувилгааны төлөвлөгөө

Хоол тэжээл

1. Хоол № _____
2. Зөвшөөрөгдөх _____
3. Хориглох _____

Дэглэм

Хэвтрийн [ ] ердийн [ ]

Эмч, сувилагчийн хяналт: Байнга [ ] Ердийн [ ]

Сахиур: /зур/ шаардлагатай [ ] үгүй [ ]

Эмчийн нэр _____

_____он _____ сар _____ өдөр _____цаг_____минут

Сар, өдөр	ҮЗЛЭГИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ	ЭМЧИЛГЭЭ, ХООЛ СУВИЛГААНЫ ЗААЛТ

КЛИНИКИЙН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

Зовиураас: _____

Асуумжаас: _____

Бодит үзлэгээс: _____

Шинжилгээний дүгнэлтээс: **а/ Лабораторийн шинжилгээ:**

Цусны ерөнхий шинжилгээ: _____

Шээсний ерөнхий шинжилгээ: _____

Цусны биохимийн шинжилгээ: _____

Вирус, маркерийн шинжилгээ: _____

Бусад шинжилгээ: _____

б/ Үйл оношийн шинжилгээ:

Чанд авиан шинжилгээ: _____

Дурангийн шинжилгээ: _____

Рентген шинжилгээ: _____

Бусад шинжилгээ: _____

Клиникийн онош

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

Эмчийн нэр _____

____ он _____ сар _____ өдөр

ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ, ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ЭПИКРИЗ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____

Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

_____ оны _____ сарын _____ -нд _____

оношоор эмнэлэгт _____ хоног хэвтэж эмчлүүлэв.

Нийт хэрэглэсэн эмийн зардал (₮): нийт дүн _____ тасагт

_____ хагалгаанд _____ мэдээ алдуулалтанд _____

Биеийн байдал	Гарах үед
Хөнгөн	1
Дунд	2
Хүндэвтэр	3
Хүнд	4
Маш хүнд	5

Хийгдсэн шинжилгээ			
Эмнэл зүйн	1	Гэрлийн	8
Биохими	2	ЭКГ	9
Нян судлал	3	ЭХО	10
Вирус	4	Уян дуран	11
Эд, эсийн	5	Компьютер томографи	12
Иммунологи	6	Соронзон томографи	13
Шимэгч хорхойн өндөг үзэх	7	Хийгдээгүй	14

Үндсэн онош:_____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош:

Хийгдсэн ажилбар, мэс засал: _____

Хийгдсэн эмчилгээ			
	Эмийн	1	Бусад эмчилгээ _____ _____ _____ Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн эсэх - тийм, үгүй /зур/
	Эмийн бус	2	
	Мэс заслын	3	
	Бусад	4	

Картанд тэмдэглэл хөтөлсөн эсэх /зур/: *тийм, үгүй*

Цаашид мөрдвөл зохих дэглэм, хяналтын талаархи зөвлөгөө /тодорхой бичнэ үү/ □

Шилжсэн /зур/: аймаг, дүүргийн эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, бусад _____

Хяналт /зур/: харьяа өрхийн, сумын, аймгийн эмч, холбогдох мэргэжлийн эмч ба бусад _____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-2 Хавсралт 1

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ХЭРЭГЛЭСЭН ЭМИЙН ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Өвчний түүхийн № _____ Палат № _____

№	Эмийн нэр	Тун	Хэрэглэх арга	Сар, өдөр																															Нийт хэрэглэсэн эмийн тоо	Нэг бүрийн үнэ	Нийт үнэ
				ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о			

№	Эмийн нэр	Тун	Хэрэглэх арга	сар, өдөр																													Нийт хэрэглэсэн эмийн тоо	Нэг бүрийн үнэ	Нийт үнэ
				ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о	ө	ө	о			
	Спирт																																		
	Хөвөн																																		
	Бээлий																																		
	Систем																																		
	Уян зүү																																		
	Тариур	20 гр																																	
		10 гр																																	
		5 гр																																	
		3 гр																																	
		1 гр																																	
Эмчилгээ хийсэн хүний гарын үсэг																																			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-2 Хавсралт 2

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АМИН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: _____ Өвчний түүх № _____ Нас: ___ Хүйс:___ Тасаг:____ Өрөө:

Огноо									
Хэвтсэн хоног									
Мэс засал хийлгэсний дараах өдөр									
Цаг минут									
Пульс (P)	**Амьсгал (R)**	**Халуун (T^0C)**							
150	55	40.5							
140	50	40							
130	45	39.5							
120	40	39							
110	35	38.5							
100	30	38							
90	25	37.5							
80	20	37							
70	15	36.5							
60	10	36							
50	5	35.5							
45	0	35							
Цусны даралт									
Хоол №									
Биеийн жин									
Ялгаруулалтын давтамж /хэдэн удаа/	Өтгөн								
	Шээс								
	Өглөөний ээлж								
Сувилагчийн гарын үсэг	Өдрийн ээлж								
	Оройн ээлж								

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-2 Хавсралт 4

ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

____он____ сар ____ өдөр

Нэр_____

Үндсэн онош _____

Дагалдах онош, хавсарсан онош:_____

_____

Эрчимт эмчилгээний _____ дэх өдөр

Мэс заслын дараах _____ дэх өдөр

Биеийн жин _____ /кг/

Мэс заслын нэр _____

Глазго үнэлгээ	Өвдөлт Шугаман үнэлгээ	T°	АД		Пульс	A	Sao^2	Зохиомол амьсгал											Орсон шингэн	Эмчилгээ, сувилгаанд гарсан онцлог байдал
			Дээд\Доод	Дундаж				Төрөл	Vt	Vm	Шахалт/даралт	PEEP	FIO_2	Гуурсаар			Шээс/мл	Өтгөн	Хоол, унд	
														Цус	Шингэн	Ходоодны				

Шинжилгээ: 1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....

Эмчлүүлэгч _____ Хориглох зүйл_____

Нас..... Харшил _____

Хүйс/зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

	Д/Д	Эмчилгээ, сувилгааны заалт цаг	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	Дүн
Шахуурга																											
Дуслаар																											
Судсаар																											
Булчин, арьсан дор																											
Амаар																											
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																											
Хариуцсан сувилагч																											

+ /орсон/
Судсаар

Амаар

Нийт

- /гарсан/
Шээс
Бөөлжилт
Өтгөн
Гуурсаар
Бусад

Нийт

Шингэний баланс

Эмчид мэдэгдэх хяналтын хязгаар

	Дээд	Доод
АДД		
Пульс		
Sao_2		

Баланс төлөвлөлт

Эмчлэгч эмч: Жижүүрийн эмч:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-2 Хавсралт 5

Мэдээгүйжүүлгийн эмчийн мэс заслын өмнөх үзлэг, мэдээгүйжүүлэлтийн явц, сэрээх үеийн хяналтын хуудас /хүүхэд/

Овог .....Регистр № ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Түүх №
Нэр.....Нас..... Хүйс: Эр /Эм
Тасаг.....

Үзсэн: ……./……./……../……..цаг/……..мин

Ерөнхий үзлэг: Биеийн байдал: ☐ дунд ☐ хүндэвтэр ☐ хүнд ☐ маш хүнд

Онош:.....
.....
Төлөвлөгөөт / Яаралтай / Хойшлуулшгүй
Төлөвлөж буй мэс засал.....
……..

Анамнез: Зовиур:.....
.....
Өвчний эхлэл.....
Өвдсөн өвчин.....
Харшил.....
Халдварт/ө ба вакцин.....
Удамшил.....
Өмнөх хагалгаа мэдээгүйжүүлэг.
.....
Хүндрэл.....
……
……
Осол гэмтэл.....
Хэрэглэж байсан эм, цус цусан бүтээгдэхүүн
.....
Хорт зуршил.....

Жин.....кг Өндөр.....см Бялдар: ☐ Туранхай ☐ Хэвийн ☐ Тарган
Амьс/Тоо..... Зүрх/Цохилт..... Бие/t°..... O_2Sat……..
АД..... АДД ..... Цусны бүлэг:☐
Зах/хял/суд/эр/дүүрэлт: .....сек.
Сэтгэц: ☐ Тайван ☐ Тайван бус ☐ Глазго үнэлгээ.....
Арьсны өнгө, байдал:.....
Шингэн алдалт: ☐ Үгүй ☐Тийм
Зэрэг.....
Амьсгалын зам: Маллампати I II III IV

Эрүү бамбайн зай	> 6 см	< 6 см
Ам ангайлт	> 3 см	< 3 см
Хамар сарталзах	☐Тийм	☐ Үгүй
Өвчүү татагдах	☐Тийм	☐ Үгүй
Хүзүүний/хөд чөлөөтэй	☐Тийм	☐Үгүй
Хэцүү интубаци болзошгүй	☐Тийм	☐Үгүй

Хиймэл а/ зам: ☐ ЦХГ№..... ☐ Трахеостоми ☐ Үгүй
Хүчилтөрөгч эмчилгээ: ☐ Гуурс ☐ Маск ☐ Маск хүүдий ☐ FiO_2.....
Хараа: ☐ Хэвийн ☐ Эмгэг.....
Шүд: ☐ Хэвийн ☐ Кариес ☐ Шүдгүй ☐ Хөдөлсөн ☐ Хиймэл
Зүрх.....
Судасны лугшилт.....
Уушги.....
Хэвлий.....
Мэдрэл.....
Мөч.....
Хэс/мэд хийх хэсэг: ☐ Хэвийн ☐ Халдварын шинж ☐ Хэвийн бус
Судасны байдал: ☐ Хангалттай ☐Хангалтгүй ☐ ТВГ .....
☐ судасны хүрц.....

ТМС
☐ Уналт таталт
☐ Толгой өвдөлт
☐ Ухаан балартах
☐ Бадайрах/сульдах
☐ Тархины даралт
.....

ЗСС
☐ Зүрх дэлсэх
☐ Цээжээр өвдөх
☐Албад/байрлал
☐ Хөхрөх
☐ Хаван
☐.....

АС
☐ АДэЗХ
☐ Ханиах
☐ Цэр
☐ Амьсгаадах
☐ Хөхрөх
.....

ХБС
☐ Шарлалт
☐ Цирроз
☐ Суулгалт
☐ Хоолны дуршил /-/
☐ Парез.....

ШЯС
☐ Олигоури
☐ Полиури
☐ Никтури
☐ Бөөрний дутагдал
☐ Шээс хаагдах
☐.....

Ц/бүл
☐ Цус гоожимхой ☐ Тууралт гардаг
☐ Хөхрөлт үүсэх хандлагатай
☐.....

Төрөлт:.....
.....

Өсвөр охид: ССТ.....
Хооллосон байдал.....

Лабораторийн шинжилгээ

	☐Хэвийн ☐Хэвийн бус
ЦЕШ	☐.....
ШЕШ	☐.....
ЦС/ билируб	☐.....
Уураг	☐.....
Моч/креат	☐.....
К, Na, Ca, P	☐.....
Асат, Алат	☐.....
Бүлэгнэлт	☐.....
Бак/серологи	☐.....
Рентген	☐.....
ЭКГ	☐.....
ЭХО	☐.....
Бусад	☐.....

Мэдээгүйжүүлгийн төлөвлөгөө

ASA ангилал: 1 2 3 4 5 6 E Эрсдэл: I II III IV
Эрсдэл.....
.....
Мэд/хэлбэр, ажилбар.....
Бэлтгэл.....
.....
.....
Урьдал эмжүүлэлт.....
ЦЦБ бэлдсэн: ☐Үгүй ☐Тийм..... ☐ тохирсон ☐тохироогүй
Эрсдэл танилцуулж, мэдээгүйжүүлгийг тайлбарлаж ☐ өгсөн ☐ үгүй болно.
Мэдээгүйжүүлэг өгөхийг ☐ зөвшөөрсөн / ☐ зөвшөөрөөгүй болно.
Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг.....
Мэдээгүйжүүлгийн эмч.....

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭЛТИЙН ЯВЦ БА СЭРЭЭХ ӨРӨӨНИЙ ХЯНАЛТ

Сар .....өдөр.....цаг.....минут Овог нэр..... Биеийн жин.....кг

Мэдээгүйжүүлгийн эмч:	Мэдээгүйжүүлгийн сувилагч:	Мэдээгүжүүлгийн хугацаа:	Эх:	Ду:
Мэс заслын эмч:	Мэс заслын сувилагч:	Мэс заслын хугацаа:	Эх:	Ду:
МЗ-ын дараах онош:		Хоол сойсон цаг:		

Хэрэглэсэн эм \ Цаг										Нийт:	Тэмдэглэл:
O_2: л/мин		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
NO_2/агаар: л/мин		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
Halotan/Sevofluran эз/%		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
Isofluran эз/%		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
Эмийн нэр /мг/	Тио/Проп	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
	Тр/Сук/.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
	Фен/Суфен/Мо/	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
	Кет/Сед/Мид	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
Сэлбэсэн шингэн	Natrii Chloridi 0.9%.....										
	Ringer Lactat…….....										
	Glucosae……%.....										
	Цус /мл/										
	Сийвэн /мл/										
Алдсан цус /мл/											
Шээс ялгаралт /мл/											

Фентанил / Морфин: Сери..... ..... Хэмжээ.....мл

Гарын үсэг.....

Амьсгалын хэлбэр	□ **Автомат (**TV.....мл;AT...../мин;P_{aw}..... см H_2O; PEEP..... см H_2O) □ **Дэмжсэн** □**Өөрийн**	**Сэрээх өрөөнд:**

АД ↕ Пульс • Мэд/ эхлэх X Мэд/ дуусах ⊗ ЦХГ тавьсан ↓ ЦХГ авсан ↑ МЗ эхлэх v МЗ дуусах ^ Биеийн хэм Δ

Хяналт:
□ Даралт /NIBP/
□ ЭКГ
□ O_2 Sat

200	
180	
40 160	
39 140	
38 120	
37 100	
36 80	
35 60	
34 40	
20	

Шилжин ирсэн .....цаг.....мин Хүлээн

Хяналт: □ Даралт /NIBP/ □ ЭКГ □ O_2 Sat ;

Шилж -үүлэг

...тасаг шилжүүлэхсэн....цаг....мин Амьс/чөл-х хэрэгсэл + / -AT....ЗЦ.....АД....O_2Sat/FiO_2...../.... Хэм.. RT...
Хүлээлгэн өгсөн:.....Хүлээн авсан.....

□ $ETCO_2$ □ P_{aw} □ Температур □ Прек/эзоф стетос □ A-line /IBP/ □ BIS □ ТВД □ ХШТ □ Шээс ялгаралт Байрлал:	0																																	
Үзүүлэлт:	O_2 Sat																																	
	$ETCO_2$																																	
	ТВД																																	
	BIS																																	
	CO_2 хийн даралт																																	

Мэдээгүйжүүлгийн ажилбарууд:	□ **ЕМ:** ( )Маск ( )LMA #..... ( )ЦХГ ( )RAE ( ) Спираль: Ам / Хамар ( ) D/Lumen ( )Трахеостоми Шууд/Харанхуй/Дуран ( ) Селикийн арга ( ) Сэрүүн интубаци ( ) Хэцүү/интубаци Оролдлого..... Чиглүүлэгч + / - Манжет + / - №..... Гүн..... см □ **Хавсарсан:** □ ЕМ+ТМХ □ ЕМ+ЗМХ □ **Судсаар** (TIVA) □ **Амьсгал өлөөлөх хэрэгслүүд +/-** □ **ТВГ-**ыг .....судсанд ..... оролдлогоор хатган оруулж.....см-т бэхлэв. □ хяналт: Эхо / Rc. Хүндрэл **+ / -** (.....) **Тусгай техник:**	□ **ТМХ:** ( ) Нугас ( ) Нугас/гадна ( ) Ууцны Хатгасан цэг..... Нэг удаа/Тасралтгүй Мэдээгүйжүүлгийн түвшин ..... Зүү №..... Кат/урт.....см □ **ЗМХ:** ( )BPB ( ) FNB ( ) TAP ( ) IOB ( ) IINB ( ) Penile/b ( ) digitalis/b ( ) Trigem/b ( ) ……
	Хүндрэл: □Үгүй □Тийм .	Эмийн бодис..... Хэмжээ:.....%.....мл Эхо хяналт: □ Тийм □Үгүй

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-2 Хавсралт 6

Өвчний түүхийн № _____

МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй Нас _____
Мэс засал эхэлсэн ____он____сар___өдөр____цаг: _____минут _____, дууссан цаг _____минут _____
Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа_____цаг_____минут. Мэс засал төлөвлөгөөт, яаралтай /зур/
Мэс заслын нэр _____

_____

Мэс заслын заалт: _____

_____

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр ерөнхий: эндотрахеал хошуувч, төвөнхийн хошуувч
бүсчилсэн: нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс
_____
Мэс заслын явц:
Үйлчлүүлэгчийн байрлал: нуруугаар, липотомийн, трендленбургийн, бусад:бичих_____
Хагалгааны талбай ариутгасан:
_____
Хагалгааны зүслэг /зур/:
- Хэвлийн өмнөд ханын доод 1/3-ийн дагуу зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хөндлөн зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хүйс тойруулсан дагуу зүслэг
- Дурангийн жижиг зүслэгүүд бичих:_____

_____
Хэвлийн өмнөд ханыг нээхэд цус тогтоолт хийсэн эсэх: үгүй, хэрэв тийм бол аргыг бичих
_____
_____
Гэдсийг тусгаарласан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих_____
_____
Наалдац салгасан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих_____
_____
Мэс заслаар эд, эрхтэн авсан, зассан тухай тэмдэглэл бичих:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Үлдэцийг ямар байдлаар цус тогтоож үлдээсэн тухай тэмдэглэл:
_____
_____
Хэвлий хаасан тухай тэмдэглэл:
_____
_____

Мэс заслын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ_____

_____

Мэс заслын шархны арчдас авсан эсэх: Тийм, Үгүй /зур/ _____

_____

Мэс заслын дараах онош:_____

_____

_____

Мэс засал: цэвэр, бохир

Оёдол тавьсан утас _____

Мэс заслын дараах эмчилгээ_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мэс заслын дараах 2 цагийн дараах үзлэг, хяналт_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мэс засал хийсэн эмч:

1. _____

2. _____

3. _____

Сувилагч:

1. _____

2. _____

3. _____

Мэдээгүйжүүлэгч эмч:

1. _____

Сувилагч:

1. _____

Мэс заслын тэмдэглэл хөтөлсөн эмч _____

Цаг минут	Эмчийн тэмдэглэл	Авсан арга хэмжээ, тусламж үйлчилгээ

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ2 Хавсралт-8

МЭС ЗАСАЛ/МЭС АЖИЛБАР ХИЙЛГЭХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын нэр:

.....

.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....

.....

Гарч болох эрсдлүүд (эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....

.....

Гарч болох хүндрэлүүд (хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....

.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбарууд (ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....

.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох эмчилгээний бусад аргууд (бусад аргуудыг дурьдана):

.....

.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын давуу тал:

.....

.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэх мэдээгүйжүүлэлт:
Ерөнхий, нугасны мэдээ алдуулалт, хэсгийн мэдээ алдуулалт, тайвшруулах (аль нь болохыг сонгож доогуур нь харах)
Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....

.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....

.....

Эмчтэй холбоо барих утас: .....

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

- Эмчийн санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах) -ыг дээрхи мэдээ алдуулалтаар хийлгэхийг БИ ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.
Түүнчлэн гэмтсэн эд, эрхтний хэсэг болон эд эрхтнийг журмын дагуу устгахыг уг эмнэлэгт зөвшөөрч байна.
- Мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн, гарч болох хүндрэл, эрсдэл, нэмэлт ажилбарууд, орлуулж болох эмчилгээний талаар БИ ТОДОРХОЙ МЭДЭЭЛЭЛ АВСАН БОЛНО.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:
[ ] Насанд хүрээгүй
[ ] Ухаангүй
[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй
[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс ажилбар/мэс заслын хагалгаа (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ2 Хавсралт-9

АМЬ НАС/ЭРҮҮЛ МЭНДЭД ЭРСДЭЛТЭЙ ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ:

.....

.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах) -ын үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....

.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....

.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний давуу тал:

.....

.....

Санал болгож буйоношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

[ ] Ерөнхий

[ ] Нугасны мэдээ алдуулалт

[ ] Хэсгийн мэдээ алдуулалт

[ ] Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....

.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....

.....
Эмчтэй холбоо барих утас: .....

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

[ ] Надад шаардлагатай оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН. Иймд
.....
.....
хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

[ ] Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (зурах)-аас гадна
.....
.....
зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.
[ ] Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.
.....
.....

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:
[ ] Насанд хүрээгүй
[ ] Ухаангүй
[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй
[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ2 Хавсралт-10

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүхэнд хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____овогтой _____ би эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарах нь эмчлэгч эмч болон эмнэлгийн удирдлагын зааврыг дагаж мөрдөөгүй гэдгийг ойлгож байна.

Миний эмнэлгээс гарч буй шалтгаан:

.....

.....

Энэ мөчид эмнэлгээс гарснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН БОЛНО.

.....

.....

Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОСОН бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Энэ мөчид эмнэлгээс гарч, тусламж үйлчилгээ зогссоноос болж гарах үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:
[ ] Насанд хүрээгүй
[ ] Ухаангүй
[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй
[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.
.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ2 Хавсралт-11

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ АВАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____овогтой _____ би дараах эмчилгээ

үйлчилгээ авах хүсэлтэй байна. (ямар тусламж, үйлчилгээ авах саналтай байгаагаа дэлгэрэнгүй бичнэ. Үүнд: эмийн эмчилгээ, мэс ажилбар, гоо сайхны хагалгаа зэрэг бүх үйлчилгээ хамаарна)

.....

.....

Миний зүгээс уг эмчилгээ, үйлчилгээг хийлгэх гэж буй шалтгаан:

.....

.....

Өөрийн хүсэлтээр хийлгэж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илэрхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....

.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ(аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....

.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....

.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний давуу тал:

.....

.....

Санал болгож буйоношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

[ ] Ерөнхий

[ ] Нугасны мэдээ алдуулалт

[ ] Хэсгийн мэдээ алдуулалт

[ ] Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....

.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....

.....

Эмчтэй холбоо барих утас: .....

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

[ ] Миний хүсэлтээр хийж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН.

Иймд .....

.....

хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

[ ] Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-нээс гадна

.....

.....

зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

[ ] Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....

.....

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

[ ] Насанд хүрээгүй
[ ] Ухаангүй
[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй
[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ2 Хавсралт-12

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН ТУХАЙ МЭДҮҮЛЭГ

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

Үйлчлүүлэгч _____овогтой _____ би эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзах нь ямар үр дагавартай болох тухай мэдээллийг эмчээсээ авсан боловч уг эмчилгээ үйлчилгээнээс ТАТГАЛЗАЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйчилгээнээс татгалзаж буй шалтгаан:

.....

.....

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН.

.....

.....

[ ] Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙГАА бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

[ ] Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаас гарч болох үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____/...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

[ ] Насанд хүрээгүй

[ ] Ухаангүй

[ ] Сэтгэцийн эмгэгтэй

[ ] Бусад (тайлбарлана уу) ……

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....

.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

СУВИЛАГЧ ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН БИЕИЙН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛЭХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:_____ Өвчний түүх №_____ Нас:___ Хүйс:___ Тасаг:___ Өрөө:___

Ангилал		Огноо /цаг/											Сувилгааны асуудал - #
		Үнэлгээ											
ӨДӨР ТУТМЫН ҮНЭЛГЭЭ	1. Амьсгал/ Зүрх судас	Амьсгалалт	Жигд										#1. Амьсгалах хэв маягийн өөрчлөлт
			Жигд бус	Өнгөц									#2. Хийн солилцоо алдагдсан
				Гүн									#3. Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан
				Тоо олширсон									#4. Хөдөлгөөний алдагдал
				Тоо цөөрсөн									#5. Ядаргаа
		Чимээ	Хэвийн										#7. Шокын эрдсэл
			Хэвийн бус	Сул									#8. Захын мэдрэлийн үйл ажиллагаа алдагдах эрсдэл
				Тод									#9. Нойр хулжих
		Ханиалгалт	Үгүй										#10. Нойргүйдэл
			Цэргүй										#11. Хөдөлгөөн муудсан (ор, биеийн, шилжих,тэргэнцэр)
			Цэртэй										#12. Тамиргүйдэх
		Хаван	Хавангүй										
			Хавантай	Бүх биеэр									
				Нүүрэнд									
				Зовхинд									
				Хэвлийд									
				Шилбэнд									
		Хялгасан судасны дахин дүүрэлт		2 секундээс бага									
				2 секундээс удаан									
		Зүрхний хэм	Жигд										
			Хэм алдагдсан										
	2. Хоол боловсруулалт	Хооллолт	Амаар										#13. Амны салст бүрхүүл гэмтсэн
			Гуурсаар										#14. Хоол тэжээлийн тэнцвэр алдагдал: Бие махбодид шаардлагатай хэмжээнээс их
			Бусад замаар (судсаар .....)										#15. Хоол тэжээлийн тэнцвэр алдагдал: Бие махбодид шаардлагатай хэмжээнээс бага
		Хоолны дэглэм	Хоол хориогүй										#16. Залгих чадварын алдагдал
			Хоол хориотой										#17. Бөглөрөх эрсдэл
		Хоолны дуршил	Хэвийн										#18. Бөөлжис цутгах
			Өөрчлөлттэй										#19. Шингэний хэмжээ ихсэлт
			Огиулалттай										#20. Шингэний дутагдал
			Бөөлжүүлнэ										#21. Өтгөн хаталт
		Хэвлий	Хэвийн										#22. Суулгалт
			Цэрдийсэн										#23. Агаарын солилцооны алдагдал
			Хонхойж татагдсан										#24. Цусан дахь сахарын хэмжээ тогтворгүйжих эрсдэл
		Өтгөн	Хэвийн										
			Хатуу										
			Шингэн										
			Өнгө өөрчлөгдсөн										
	3. Шээс ялгаруулалт	Шээс	Шээсний гарц	Хэвийн									#25. Шээс алдалт
				Ихэссэн									#26. Шээс хаагдсан
				Багассан									#27. Шээс ялгаруулалт саатсан
			Зовиур	Өвдөлттэй*									
				Дүлэлттэй									
				Тасалдсан									
				Задгайрсан									
			Өнгө, үнэр	Өөрчлөлтгүй									
				Өөрчлөлттэй									
			Шээлгүүргүй										
			Шээлгүүртэй										
	4. Арьс	Арьсны байдал	Хэвийн										#28. Цус алдах эрсдэл
			Өөрчлөлттэй*	Улайсан									#29. Халдварын эрсдэл
				Хавдсан									#30. Арьсны бүрэн бүтэн байдал алдагдсан
				Зүсэгдсэн									#31. Эдийн бүрэн бүтэн байдал алдагдсан
				Шүүс гарсан									#32. Тодосгогч бодисонд харшлах эрсдэлтэй
				Идээлсэн									#33. Халуурах
				Тууралттай									#34. Халуун буурах
				Цооролттой									
		Арьсны эрүүл ахуй	Бүх биеийн угаалга хийх	Шаардлагагүй									
				Шаардлагатай									
			Хэсэгчилсэн угаалга хийх	Шаардлагагүй									
				Шаардлагатай									
			Ор цэвэрлэх	Шаардлагагүй									
				Шаардлагатай									
		Мэс заслын шарх	Боолт	Цэвэр									
				Бохир									
			Гуурстай										
		Уян зүү тавьсан хэсэг		Хэвийн									
				Улайсан									
				Хавдсан									
	5. Мэдрэл, сэтгэхүйн байдал	Ухаан санааны байдал	Хэвийн										#35. Будилуу болох (цочмог, архаг)
			Сэтгэл хөөрлийн байдалтай										#36. Ой санамж муудсан
			Сэтгэл түгшсэн байдалтай										#37. Ярих чадвар саатсан
			Ухаангүй										#38. Тархины дасан зохицох чадвар буурсан
		Орчиндоо (бусадтай)	Харьцаатай										#39. Өвдөлт
			Сул										#40. Сэтгэл түгших
			Харьцаагүй										#41. Айдас
		Өвдөлт	Өвдөлтгүй										#42. Гашуудах
			Өвдөлттэй*										#43. Итгэл алдарсан
		Үе мөчний хөдөлгөөн	Хэвийн										#44. Ганцаардах эрсдэл
			Хязгаардлагдмал										#45. Өөрийгөө зөв үнэлж чадахгүй болсон
			Үений хавдалттай										

ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА												
6. ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА	Уян зүү		Тавьсан/сольсон									#46. ЭМБ-ын мэдлэг олгох шаардлагатай #47. Хувийн эрүүл мэндээ зохицуулах чадваргүй болсон #48. Мэдлэгийн дутагдал #49. Өөрийгөө асрах чадваргүй болсон (усанд орох, хувцаслах, хооллох, бие засах) #50. Алхах чадвар алдагдсан
			Бэхэлгээ хийсэн									
	Гуурсны арчилгаа		Хийх шаардлагагүй									
			Хийгдсэн									
	Бургуй хийсэн		Цэвэрлэх бургуй/ тосон									
			Эмчилгээний бургуй									
			Хий гаргах гуурс									
	Хэсэгчилсэн асаргаа		Халуун жин тавьсан									
			Хүйтэн жин тавьсан									
			Халуун бигнүүр тавьсан									
			Хүйтэн бигнүүр тавьсан									
			Гич тавьсан									
			Бумба тавьсан									
	ЭМБ/Зөвлөгөө өгөх		Өөрт нь зөвлөгөө өгсөн									
			Гэр бүлд нь зөвлөгөө өгсөн									
	Нөхөн сэргээх		Дасгал хөдөлгөөн хийлгэсэн									
			Иллэг массаж хийсэн									
	Байрлал		Сольсон /цаг/									
			Солих шаардлагагүй									
	Ариун цэвэр	Цагаан хэрэглэл сольсон	СУ (сувилагч) Ө (эмчлүүлэгч өөрөө) СА (сахиур)									
		Үс самнасан										
		Сахал хуссан										
		Хувцас сольсон										
		Хөл гарын хумс авсан										
		Амны хөндий, шүд угаасан										
	Хооллосон											
	Аюулгүй байдал		Онцгой анхаарах тэмдэг									
			Унаж бэртэхээс сэргийлэх									
			Орны хашлага									
			Тэргэнцэр, таяг									
	Нэмэлт		Шинжилгээнд авч явсан									Тусгай тэмдэглэл:
			Өрөө тасаг, шилжүүлсэн									
7. Сувилгааны асуудал - #			1. Амьсгал/Зүрх судас									Тусгай тэмдэглэл:
			2.Хоол боловсруулах									
			3.Шээс ялгаруулалт									
			4.Арьс									
			5.Мэдрэл, сэтгэхүйн байдал									
			6.Өдөр тутмын сувилгаа									
8. Үнэлгээ хийсэн сувилагч			Огноо/цаг									Тусгай тэмдэглэл:
			Нэр /товчлохгүй/									
9. Үнэлгээг давтан хийх хугацаа, нийт давтамжийн талаар ахлах сувилагчийн тэмдэглэл			Огноо/цаг									
			Нэр /товчлохгүй/									

Хуудсыг хөтлөх заавар:

Тэмдэглэгээ		Хөтлөх заавар	
Y хэсэгт дараах гурван тэмдэглэгээнээс хамаарахыг тавина:	√	Тийм	Тийм* гэж үнэлсэн асуудал бүрийг сувилгааны төлөвлөгөөнд оруулна. Ангилал бүрээс нэг асуудалтай бол тэрхүү асуудал бүрээр эмчлүүлэгчийн зовиурыг багасгах сувилгааны ажлын төлөвлөлтийг СТ-3 хуудсанд тэмдэглэж хэрэгжүүлж, дүгнэнэ
	X	Үгүй	Үгүй* бол сувилгааны төлөвлөгөөнд орох асуудал биш гэж үзэх тул сувилгааны төлөвлөгөөнд энэ чиглэлээр хийх ажил төлөвлөгдөхгүй гэж ойлгоно.
	/	Хамаарахгүй	Тухайн үнэлгээний асуулт эмчлүүлэгчид хамаарахгүй бол бол тэр бүлгийг бүхэлд нь (/)ташуу зураас татан хамаатуулахгүй орхиж болно.
#		Асуудлын дугаар	Тухайн бүлэг асуудлыг үнэлж, түүний ард буй сувилгааны асуудлаас тохирох нэг асуудлыг сонгон авч *Сувилгааны асуудал* ангилалын арын тохирох хүснэгтэнд тэмдэглэнэ. Ж-нь: Ханиалгалт, цэртэй гэж үнэлсэн бол “Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан” гэсэн асуудлыг сонгон “ **#3** “ тэмдгийг тохирох нүдэнд тавина.
Эмчлүүлэгчийн ариун цэврийн хэсгийг дараах		*СУ*	Сувилагч хийсэн
		Ө	Эмчлүүлэгч өөрөө хийсэн
		СА	Сахиур хийсэн
-*-		Өвдөлттэй бол өвдөлт үнэлэх хуудсыг сонгомолоор авч тухайн эмчлүүлэгчид хэрэглэнэ	
		Арьсны байдал өөрчлөлттэй гэж үнэлвэл цооролтын удирдамжийг /нэрийг магадлах/ баримтлан сувилах төлөвлөгөөг боловсруулна.	
		Шингэний балансыг үнэлэх хуудсыг сонгомолоор авч тухайн эмчлүүлэгчид хэрэглэнэ	
Саарал хүснэгт		Хэвийн үзүүлэлтийг тодруулав.	

СМ-2-Хавсралт 12

СУВИЛГААНЫ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмчлүүлэгчийн нэр: Өвчний түүх № Нас: Хүйс: Тасаг: Өрөө:

Огноо / цаг	Асуудлын дугаар #	Сувилах төлөвлөгөө/Хэрэгжүүлэлт	Дүгнэлт
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:

ШИНГЭНИЙ БАЛАНС ХЯНАХ ХУУДАС

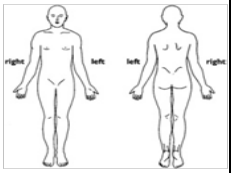
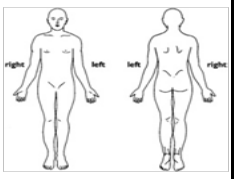
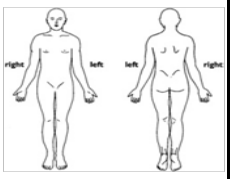
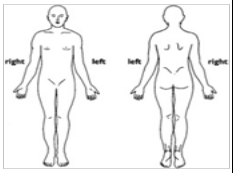
Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: Өвчний түүх № Нас: Хүйс: Тасаг: Өрөө:

Огноо	**Биед орсон шингэн / ml хэмжих нэгж/**					**Биеэс гарсан шингэн / ml хэмжих нэгж/**				
	Хэрхэн	Өглөө	Өдөр	Орой	Тус бүрийн хэмжээ	Хэрхэн	Өглөө	Өдөр	Орой	Тус бүрийн хэмжээ
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					**Нийт хэмжээ**				
Сувилагчийн гарын үсэг										
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					**Нийт хэмжээ**				
Сувилагчийн гарын үсэг										
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					**Нийт хэмжээ**				
Сувилагчийн гарын үсэг										

*Сувилагч энэ хүснэгтийг өөрөө хөтлөх буюу, эмчлүүлэгчийн ар гэрийнхэнд хэрхэн хөтлөх тухай мэдлэг олгож, хөтлөх аргыг зааварчилна.

ӨВДӨЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: Өвчний түүх № Нас: Хүйс: Тасаг: Өрөө:

Сар/Өдөр					
Мэс заслын дараах хоног					
Цаг					
Өвдөлтийн байрлал					
Өвдөлтийн хүч*	1 – бага				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10–маш хүчтэй				
Ямар өвдөлт байгаа вэ? /Жишээ нь чинэрч өвдөх, хатгаж өвдөх/					
Өвдөлтийн давтамж	Босч явах үед	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Дандаа	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Өвдөөд унтаж чадахгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
Өвдөлт, үйл ажиллагааны байршлаар	Хооллоход	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Ялгаруулалтын үед	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Сууж/босоход	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Бусад хөдөлгөөн				
Эмийн бус аргууд	Халуун жин				
	Хүйтэн жин				
	Зүү				
	Дасгал				
	Массаж				
	Физик эмчилгээ				
	Бусад				
Өвдөлт намдаах эмийн тун, хэрэглэх зам					
Сувилагчийн гарын үсэг	Өглөөний ээлж				
	Өдрийн ээлж				
	Оройн ээлж				

* Өвдөлтийн хүчийг үнэлэхдээ өвчтөнөөс асуухаас гадна хавсаргасан өвдөлтийн хүч үнэлэх хуудсыг ашиглаж болно.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-3

ТӨРӨЛТИЙН ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр лого	РД	
	ЭМД №	
	Төрөлтийн түүх нээсэн: он сар өдөр цаг мин	
	Тасгийн нэр	
Эцэг /эх/-ийн нэр	Өөрийн нэр: Нас: [ ]	

Төрсөн он сар өдөр / /	Гэрлэлтийн байдал: ☐ Огт гэрлээгүй ☐ Батлуулсан гэр бүлтэй ☐ Батлуулаагүй гэр бүлтэй ☐ Тусгаарласан ☐ Цуцалсан ☐ Бэлбэсэн	Цусны бүлэг Резус хүчин зүйл	Боловсрол: ☐ Боловсролгүй ☐ Бага ☐ Бүрэн дунд ☐ Мэргэжлийн болон техникийн ☐ Дипломын ☐ Бакалавр ☐ Магистр ☐ Доктор
Ажлын газар, албан тушаал: _____ Мэргэжил: _____			

Тогтмол хаяг: Аймаг/хот:_____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо_____ Гудамж/Байшин _____ Тоот _____	**Эмчийн хяналтанд байсан эсэх:** ☐ Өрх, сумын эмч ☐ Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч ☐ Бусад мэргэжлийн эмч ☐ Хяналтанд ороогүй
Анх хяналтанд орсон хугацаа (7х): [ ] Хяналтын эмчид сүүлийн удаа үзүүлсэн: он сар өдөр Хэдэн удаа үзүүлсэн: ___ Хяналт хийсэн эмнэлгийн нэр:_____ Хянасан эмчийн нэр: _____	Солилцох хуудастай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Дээд шатлалд шилжүүлсэн эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй

Холбоо барих хүний нэр:_____ Утас: _____	Мэдээлэл авах хүний нэр, утас: 1._____ 2._____ 3._____	Төлбөрийн төрөл: ☐ Төр хариуцсан ☐ Өвчтөн хариуцсан

ОНОШ

Хэвтэх үеийн оношь	ӨОУА-10
Үндсэн оношь	
Хүндрэл	
Дагалдах оношь	
Үйлдлийн оношь (Мэс засал, мэс ажилбар)	ҮОУА-9

Эмнэлэгт амаржсан: он сар өдөр цаг минут

Төрөхөөс: ☐ Гарсан ☐ Шилжсэн ☐ Нас барсан	он сар өдөр / / / / / /	Ор хоног [ ] хоног [ ] цаг	Эмчилгээний зардал (₮):
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг	Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/		

ХҮЛЭЭН АВСАН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Үзлэг хийсэн _____ он _____ сар ____ өдөр ___ цаг____ минут

АСУУМЖ

Урьд өвчилсөн өвчнүүд:	**Биеийн юм:**	**Харшлын асуумж**
☐ Сүрьеэ ☐ Вирүст гепатит ☐ Тэмбүү ☐ Ангина ☐ Заг хүйтэн ☐ Шүд хорхойтох Бусад:	Анх ирсэн нас [ ] Мөчлөг [ ] хоног Үргэлжлэх хугацаа [ ] хоног Сүүлийн юм ирсэн хугацаа: он сар өдөр / /	☐ Эм тариа ☐ Ахуйн хэрэглээ Бусад: **Хорт зуршил** ☐ Архи ☐ Тамхи ☐ Мансууруулах бодис

Тархвар судлалын асуумж /сүүлийн 1 сард/: 1. Гадаад оронд зорчсон эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
2. Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
3. Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
4. Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Урьд хийлгэсэн мэс засал:

Жирэмсний тээлтийн нас: _____ | Сүүлийн төрөлт хоорондын зай: _____

Өмнөх жирэмслэлтийн талаарх мэдээлэл:

Он	Жирэмслэлтийн төгсгөл	Төрөх болон төрсний дараах хүндрэл	Төрсөн хүүхдийн жин, нас, хүйс, одоо амьд эсэх /хүндрэл/

Одоогийн жирэмсний явц:

Зовиур:

БИЕИЙН ЕРӨНХИЙ ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	**Ухаан санаа**	**Арьс салст**
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Балартсан ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус_____

Амьсгал 1 минутанд _____удаа	**Чагналтаар амьсгал:** ☐ цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Сулавтар (баруун, зүүн)	
Судасны лугшилт 1 хоромд _____ удаа хүчдэл дүүрэлт____	**Тогшилтоор:** Зүрхний хил хязгаар ☐ Хэвийн ☐ Томорсон	**Чагналтаар зүрхний авиа:** ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Шуугиантай ☐ Хэм жигд ☐ Хэм алдалттай А/Д баруун ____ мм МУБ___ зүүн _____ мм МУБ

Хэл:	**Хэвлийн үзлэг:**
☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөртэй ☐ Өнгө	Өнгөц тэмтрэлтээр: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Гүн тэмтрэлтээр: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Гялтан цочролын шинжгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн

Сонсох чадвахи:	**Рефлексүүд:**
☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)	☐ Хэвийн ☐ Буурсан ☐ Ихэссэн

Сэтгэцийн байдал:_____

Бусад өөрчлөлт:_____

ЭХ БАРИХЫН ТУСГАЙЛСАН ҮЗЛЭГ

Төрөх хугацаа: он сар өдөр Сүүлийн биеийн юм / / Анхны үзлэгээр / / ЭХО шинжилгээгээр / /	Биеийн өндөр [ ] см Биеийн жин [ ] кг Умайн өндөр [ ] см Хэвлийн тойрог [ ] см Индекс Соловьев[ ] см	Ургийн байрлал: Нуруулалт ☐ Дагуу ☐ I ☐ Ташуу ☐ II ☐ Хөндлөн

Аарцгийн хэмжээсүүд: Dis sp [ ] Dis cr [ ] Dis tr [ ] Con ext [ ] Con vera [ ]

Түрүүлсэн хэсэг: ☐ Толгой ☐ Өгзөг ☐ Хөл ☐ Тодорхойгүй	Ургийн толгойн тавилт: ☐ 5/5 ☐ 4/5 ☐ 3/5 ☐ 2/5 ☐ 1/5	Умайн базлалтын байдал: ☐ Жигд ☐ Жигд бус Жигд базлалт эхэлсэн ….. цаг ….. мин Хоорондын зай [ ] хором Үргэлжлэх хугацаа [ ] сек

Ургийн зүрхний цохилт	Хаана	1 хоромд	Сонсогдох байдал	Ургийн урьдчилсан жин
(I хүүхэд)			☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Сонсогдохгүй ☐ Жигд ☐ Жигд бус	[ ] грамм
(II хүүхэд)			☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Сонсогдохгүй ☐ Жигд ☐ Жигд бус	[ ] грамм
(III хүүхэд)			☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Сонсогдохгүй ☐ Жигд ☐ Жигд бус	[ ] грамм

ҮТРЭЭН ҮЗЛЭГ:

ТОЛИНЫ ҮЗЛЭГ:

Гадна бэлэг эрхтний хөгжил: ☐ Зөв ☐ Дутуу Өөрчлөлт---------	**Үтрээ:** ☐ Уужим ☐ Бачуу Өөрчлөлт----------

Умайн хүзүүний нээлт / /см урт / /см
Бишоп үнэлгээ: нийт оноо / /

Умайн хүзүүний байдал	Үнэлгээ			
	0	1	2	3
Умайн хүзүүний нээлт	Хаалттай	1-2 см	3-4 см	5 см-ээс дээш
Умайн хүзүүний урт	4 см-ээс дээш	3-4 см	1-2 см	1 см-ээс бага
Зөөлөрсөн байдал	Хатуу	Дунд зэрэг	Зөөлөн	
Байрлал	Арагшаа	Голлох	Урагшаа	

Ураг орчмын шингэний бүрхүүл:
☐ Бүтэн цүлхийсэн, цүлхийгээгүй
☐ Хагарсан
☐ Эргэлзээтэй

Ураг орчмын шингэний байдал:
☐ Тунгалаг ☐ Ногоон ☐ Цустай
☐ Шар
Бусад:

Ургийн толгой бага аарцгийн хөндийн орох, өргөн, нарийн, гарах хэсгийн хавтгайд (зур)
Суман заадасын байрлал ☐ Хөндлөн ☐ Ташуу баруун, зүүн (зур) ☐ Шулуун

Эмэгтэйн бага аарцгийн хөндийн онцлог:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн оношо

Хүндрэл

Дагалдах оношо

Төрөлт удирдах төлөвлөгөө

Хийгдэх шинжилгээ ☐ **ЦЕШ** ☐ **ШЕШ** ☐ **Рентген** ☐ **Биохими /билирубин, альбумин, нийт ууараг, АСАТ, АЛАТ, ЛДГ, сахар, шүлтлэг фосфотаза/** ☐ **Коагулограм** ☐ **Мазок** ☐ **Бактериологи** ☐ **Хэт авиан шинжилгээ**	**Яаралтай хийгдэх эмчилгээ**

Эмчийн гарын үсэг ..... Эх баригчийн гарын үсэг .....

он сар өдөр

ТӨРЛӨГИЙН ЯВЦ

I хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр ..... цаг ..... мин				
Төрлөгийн хэлбэр ☐ Өөрөө ☐ Хавчуураар ☐ Кесар хагалгаагаар ☐ Вакум	Төрөхдөө: ☐ Толгой ☐ Өгзөг ☐ Хөл ☐ Бүтэлттэй ☐ Бүтэлтгүй	Хүүхэд: ☐ Амьд ☐ Амьгүй Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Апгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [ ] грамм Өндөр [ ] см Толгойн бүслүүр [ ]см Мөрний бүслүүр [ ]см
II хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр ..... цаг ..... мин				
Төрлөгийн хэлбэр ☐ Өөрөө ☐ Хавчуур ☐ Кесар хагалгаагаар ☐ Вакум	Төрөхдөө: ☐ Толгой ☐ Өгзөг ☐ Хөл ☐ Бүтэлттэй ☐ Бүтэлтгүй	Хүүхэд: ☐ Амьд ☐ Амьгүй Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Апгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [ ] грамм Өндөр [ ] см Толгойн бүслүүр [ ]см Мөрний бүслүүр [ ]см
III хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр ..... цаг ..... мин				
Төрлөгийн хэлбэр ☐ Өөрөө ☐ Хавчуураар ☐ Кесар хагалгаагаар ☐ Вакум	Төрөхдөө: ☐ Толгой ☐ Өгзөг ☐ Хөл ☐ Бүтэлттэй ☐ Бүтэлтгүй	Хүүхэд: ☐ Амьд ☐ Амьгүй Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Апгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [ ] грамм Өндөр [ ] см Толгойн бүслүүр [ ]см Мөрний бүслүүр [ ]см

Хойтхын үе: ☐ Хүлээж удирдсан ☐ Идэвхтэй удирдсан ☐ Гардаж авсан **Төрсний дараах эрт үе:** ☐ Умайн хөндийг гараар шалгасан Бусад эмчилгээ:	**Ихэс:** ☐ Бүтэн ☐ Эргэлзээтэй ☐ Бүтэн биш Жин [ ] грамм Зузаан [ ]см Диаметр [ ]см Хүйн бэхлэлт:	**Хярзан:** ☐ Бүтэн ☐ Эпизиотоми ☐ Перинеотоми ☐ Урагдсан Урагдлын зэрэг: I , II, III, IV Умайн хүзүү урагдсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Умайн хүзүүний урагдлын зэрэг: I , II, III, IV Үтрээний урагдал: ☐ Тийм ☐ Үгүй
Алдсан цусны хэмжээ [ ] мл	**Төрлөг явагдсан хугацаа:** [ ] цаг **I үе** [ ] **II үе** [ ] **III үе** [ ]	

Төрөх үеийн оношш

Хүндрэлийн оношш:

Хийгдсэн мэс ажилбар:

Хүндрэлийн үед авсан арга хэмжээ

Төрөлт удирдсан эмчийн гарын үсэг: .....

Эх баригч эмчийн гарын үсэг .....

он сар өдөр цаг мин

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН БАЙДАЛ

а/ Төрсний дараах эрт үеийн

Зовиур

_____

Ерөнхий биеийн байдал

_____

Арьс салст _____ АД баруун гарт _____/_____ зүүн гарт _____/_____Судасны цохилт /1 мин/___

Хярзангийн орчинд /зур/: *эмзэглэлтэй, үгүй*

Төрсний дараах тасагт /зур/: шилжүүлсэн, үгүй

Эмчилгээ, шинжилгээний заалт: _____

_____

Эмч: _____ _____ цаг _____ минут

б/ Төрсний дараах үеийн эмчилгээ, үйлчилгээ

Үзлэгийн сар, өдөр					
Төрсний дараах өдөр	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Эхийн биеийн ерөнхий байдал					
Зовиур					
Арьс салстын өнгө					
Артерийн даралт					
Судасны цохилт					
Зүрх судас					
Амьсгалын тоо					
Хөх					
Хэвлий					
Умай					
Шавхрага					
Хярзангийн шарх					
Шээс					
Өтгөн					
Эмчилгээ, үйлчилгээ, сувилгаа					
Эмчийн гарын үсэг					

Үзлэг хийсэн өдөр, цаг минут	ҮЗЛЭГИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ	ЭМЧИЛГЭЭ, ХООЛ, СУВИЛГААНЫ ЗААЛТ

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-3 Хавсралт 1

КЕСАР МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Мэс засал эхэлсэн _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Эхийн түүхийн № _____ Тасаг _____

Эхийн овог _____ нэр _____ нас ____ цусны бүлэг _____

Мэс засал эхэлсэн цаг _____ минут _____ , дууссан цаг _____ минут _____

Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа _____цаг _____ минут

Мэс заслын нэр _____

Мэс заслын давтамж: /зур/ анхных, хоёрдахь, гуравдахь. Мэс засал төлөвлөгөөт, яаралтай /зур/

Кесар мэс заслын заалт: _____

_____

_____

Мэдээ алдуулагч /зур/ ерөнхий: *эндотрахеал, хошуувч, төвөнхийн хошуувч*

бүсчилсэн: *нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс*

Нэг. Мэс заслын явц _____

_____

_____

дагуу, хөндлөн /пфанненштил/ , *зүсэлт,* /хуучин сорвийг өөлж/ хийв.

Умайн доод таславчинд: /зур/ *хөндлөн, дагуу, их биеийн дагуу* зүсэлт

1-р хүүхэд _____ минутанд _____эр, эм, ____ грамм жинтэй, _____см урттай, Апгарын _____ балл

2-р хүүхэд _____ минутанд _____эр, эм, ____ грамм жинтэй, _____см урттай, Апгарын _____ балл

3-р хүүхэд _____ минутанд _____эр, эм, ____ грамм жинтэй, _____см урттай, Апгарын _____ балл

үнэлэв.

Ихэс умайн ард, урд, хажуу хананд бэхлэгдсэнийг гаргаж, умайн шархыг _____

утсаар хөвөрдөж оёлоо.

Умайн агшилт /зур/ сайн, муу Умайн дайврууд, бусад эрхтнийг шалгахад өөрчлөлт /зур/ байсан, үгүй

Байсан өөрчлөлт _____

Үрийн хоолойг /зур/ *боосон, боогоогүй*

Мэс заслын үед гарсан цус _____ мл, шээс _____ мл, Ихэсийн жин _____ диаметр_____

зузаан _____ , хүйн урт _____ байрлал _____

Хоёр. Мэс засал өргөтгөсөн тухайн тэмдэглэл

_____

_____

Мэс заслаар авсан эдийн тухай тэмдэглэл _____

_____

Мэс заслын дараах онош _____

_____

Мэс засал хийсэн эмч

1._____

2._____

Мэдээгүйжүүлсэн эмч

Эмч _____

Сувилагч _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-3 Хавсралт-2

УРГИЙН ЗҮРХНИЙ БИЧЛЭГИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эхийн овог, нэр ..... нас..... он сар өдөр

Жирэмсэн үеийн эрсдэлт хүчин зүйл	
Төрлөгийн үеийн эрсдэлт хүчин зүйл	
Умайн базлалт	10 хоромд .....удаа

Үзүүлэлт		Хэвийн	Эргэлзээтэй	Эмгэг
1	Суурин давтамж /Baseline rate/	110-159	100-109 160-180	<100 эсвэл > 180
2	Суурин давтамжийн хувьсал /Variability/	Далайц 5 ба түүнээс дээш	40-90 хормын турш <5	90 хормоос дээш хугацаанд < 5
3	Хурдсал /Accelerations/	Илэрсэн	Илрээгүй	3 удаагийн бичлэгт илрээгүй
4	Удаашрал /Decelerations/	Илрээгүй	Эрт удаашрал эсвэл 3 хормын дотор нэг хувьсах удаашрал	Хожуу болон хувьсах удаашрал давтагдах эсвэл 3 хормоос дээш үргэлжилсэн удааширсан удаашрал

Бүх үзүүлэлт хэвийн бол "Хэвийн УЗБ", нэг үзүүлэлт эргэлзээтэй бол "Эргэлзээтэй УЗБ", хоёр эсвэл түүнээс дээш үзүүлэлт эргэлзээтэй эсвэл нэг, түүнээс дээш үзүүлэлт эмгэг бол "Эмгэг УЗБ" гэж тэмдэглэнэ. Сонгосон үнэлгээг дугуйлж "○" тэмдэглэнэ үү. Тайлбар: Синусын хэм 20 хоромын турш илэрсэн тохиолдолд эмгэг гэж үнэлнэ.

Үзүүлэлтүүд		Хэвийн УЗБ				Эргэлзээтэй УЗБ				Эмгэг УЗБ				Үнэлгээ	Үнэлсэн эмчийн нэр
Бичлэг	Цаг	Тэмдэглэгээ													
Бичлэг № 1		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 2		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 3		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 4		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 5		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 6		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 7		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 8		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 9		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 10		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 11		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 12		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 13		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 14		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 15		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		

Тасгийн нэр .....
Эхийн нэр .....
Түүхийн дугаар .....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ -3 Хавсралт-3

ТӨРӨХИЙН ӨМНӨХ ЭХЭД ҮЗҮҮЛЭХ ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

№		Хяналтын үзүүлэлт	Огноо, цаг									
Амин үзүүлэлт	1	Хүлээн авсан цаг , минут										
	2	Зовиур										
	3	Артерийн даралтыг 2 гарт										
	4	Биеийн халуун										
	5	Судасны лугшилтын тоо										
	6	Амьсгалын тоо										
	7	Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт										
	8	Ургийн зүрхний цохилт										
Эх барихуйн тусламж	9	Ургийн хөдөлгөөн										
	10	Умайн базлалтын хяналт										
	11	Монитор бичлэг (CTG)										
	12	Мизопростолын хяналт										
	13	Ус гарсан цаг, өнгө										
	14	Эхийн гадна бэлэг эрхтэн ариутгасан, үтрээнд угаалга хийлт										
	15	Хаван										
	16	Шээсний гарц										
	17	Хүчилтөрөгч										
	18											
	19											
Зөвөлгөө	20	Зөв амьсгалах арга										
	21	Эхийн зөв байрлал										
	22	Эрүүл ахуй										
	23	Жирэмсний аюултай шинж										
Сувилгаа	24	Хөл өндөрлөх										
	25	Хэвтрийн дэглэм										
	26	Клизм тавих										
	27	Хүйтэн жин										
	28											
Бусад	29	Чанд авиан шинжилгээ										
	30	Шинжилгээ өгөлт										
	31	Эмч дуудсан цаг										
		Хянасан эх баригч нарын үсэг										

ПАРТОГРАММ

Базлалт эхэлсэн_____он_____сар_____өдөр_____цаг_____минут

Ус гарсан _____он_____сар_____өдөр_____цаг_____минут

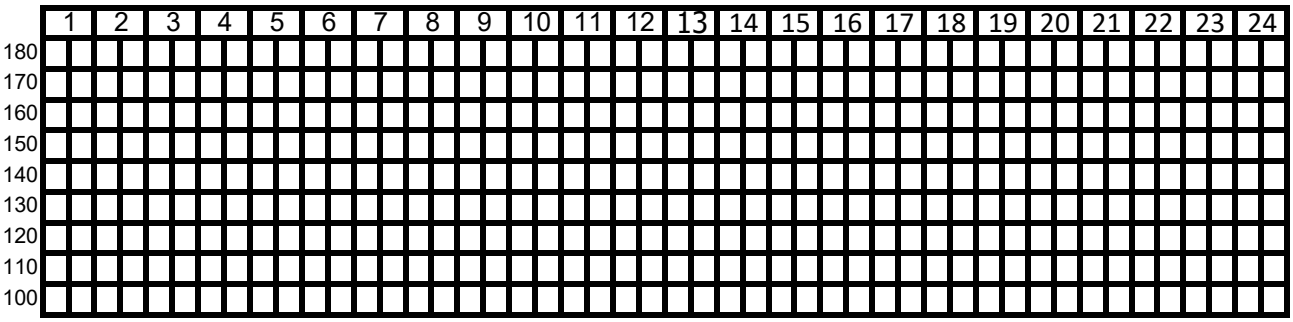
Усны шинж байдал:

Төрөхийн өмнөх онош:_____

Дүлэлт эхэлсэн_____цаг_____минут

Хугацаа

Ургийн зүрхний цохилт (1 мин)



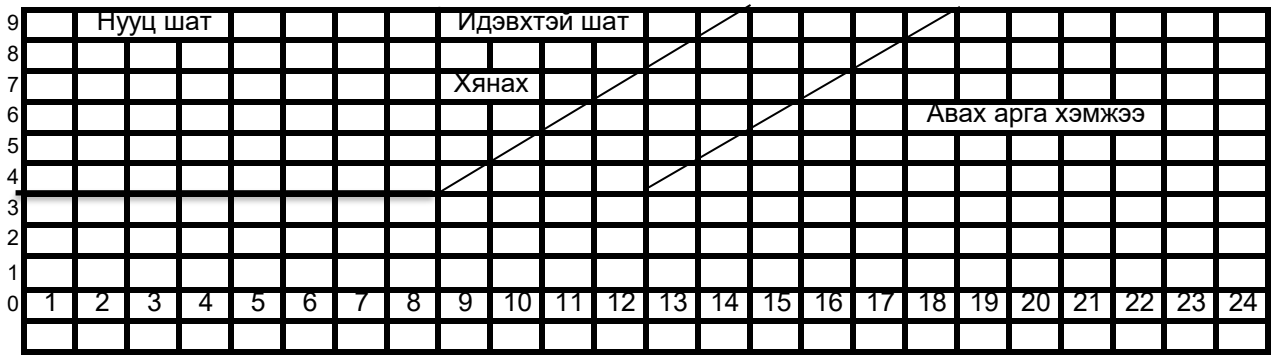
Ураг орчмын шингэн

Толгойн хэлбэржилт

Умайн хүзүүний нээгдэлт (см)

Х-ээр тэмдэглэнэ

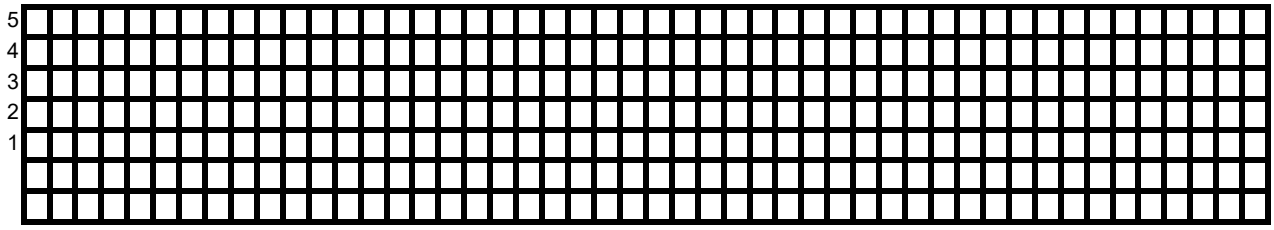
Ургийн толгойн давших хөдөлгөөн 0-оор тэмдэглэнэ



Хугацаа/цаг

Умайн базлалт 10 мин тутамд

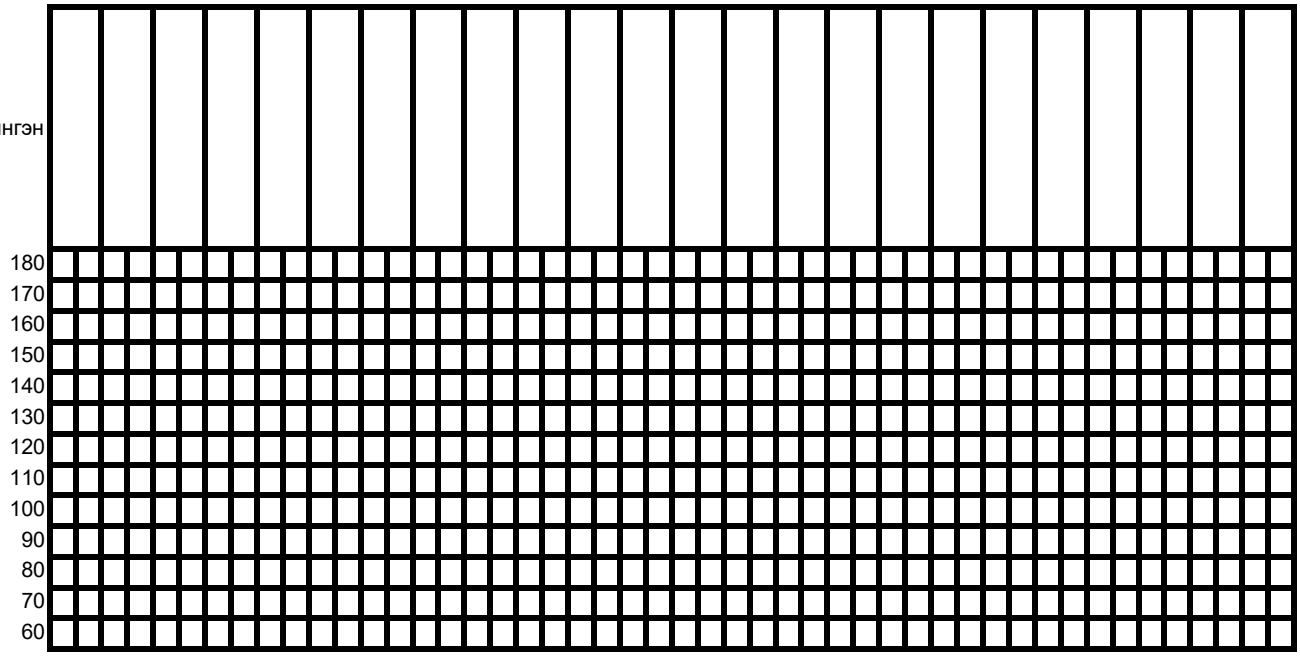
Окситоцин дусал/мин



Хэрэглэсэн эм, шингэн

Судасны цохилт

Цусны даралт



Биеийн халуун

Шээсний хэмжээ

Хөтөлсөн эмчийн гарын үсэг .....

Эх баригчийн гарын үсэг .....

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН БАЙДАЛ

а/ Төрсний дараах эрт үеийн

Зовиур _____

Ерөнхий биеийн байдал _____

Арьс салст _____АД баруун гарт_____/____ зүүн гарт ____/____ Судасны цохилт /1 мин/ _____

Хярзангийн орчинд /зур/: *эмзэглэлтэй, үгүй*

Төрсний дараах тасагт /зур/: *шилжүүлсэн, үгүй*
Эмчилгээ, шинжилгээний заалт: _____

_____

Эмч _____ Цаг _____ минут _____

б/ Төрсний дараах үеийн эмчилгээ, үйлчилгээ

Үзлэгийн сар, өдөр					
Төрсний дараах өдөр	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Эхийн биеийн ерөнхий байдал					
Зовиур					
Арьс салстын өнгө					
Артерийн даралт					
Судасны цохилт					
Зүрх судас					
Амьсгалын тоо					
Хөх					
Хэвлий					
Умай					
Шавхрага					
Хярзангийн шарх					
Шээс					
Өтгөн					
Эмчилгээ, үйлчилгээ, сувилгаа					
Эмчийн гарын үсэг					

ТӨРӨХӨӨС ГАРАХ ҮЕИЙН ЭПИКРИЗ

Үндсэн онош

_____
_____
_____

Төрөх үед хийлгэсэн мэс засал, мэс ажилбар

_____
_____
_____

Төрсний дараах үе /зур/ *хэвийн, эмгэг* явагдаж _____ хоногт хүүхдийн хамт эрүүл мэндийн талаар зөвлөгөө өгч *гаргав, шилжүүлэв*.

Хяналт /зур/: харьяа өрхийн, сумын, аймгийн эмч, холбогдох мэргэжлийн эмч ба бусад

_____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-4

ТӨРСӨН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр, лого	РД	
Эцэг /эх/-ийн нэр:	**Нэр:**	**Нас:** [ ]

Эмнэлэгт хэвтсэн: он сар өдөр / /	Төрөх үеийн жирэмсний хугацаа (7х) [ ]	Боловсрол ☐ Ажлын газар ☐ Ажил, мэргэжил ☐ Хөдөлмөр эрхлэлт ☐ Хөдөлмөр эрхлээгүй /ш/ ☐
Эмнэлгээс гарсан: он сар өдөр / /		**Гэрлэлтийн байдал:** Огт гэрлээгүй ☐ Батлуулсан ☐ Батлуулаагүй ☐ Цуцалсан ☐ Тусгаарласан☐ Бэлбэсэн☐

Тогтмол хаяг:

ХҮҮХДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Төрсөн он сар өдөр / / цаг [ ] минут [ ] РД: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	**Төрсөн газар:** ☐ Эмнэлэгт ☐ Гэрт ☐ Бусад	**Ихэр эсэх:** ☐ Ихэр биш ☐ 2 ихэр ☐ 3 ихэр ☐ 4 ба түүнээс дээш

Төрлөгийн хэлбэр: ☐ Өөрөө ☐ Хавчуураар ☐ Кесар хагалгаагаар ☐ Вакум	**Хүүхэд:** ☐ Амьд ☐ Амьгүй **Хүйс:** ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	**Төрөх үеийн:** Жин [ ] грамм Өндөр [ ] см Толгойн бүслүүр [ ]см Мөрний бүслүүр [ ]см

Эмнэлэгт төрсөн тухай тэмдэглэл

Эцэг /Эх/-ийн нэр: _____ нь Нас ____
Жирэмслэлт_____, төрөлт_____ , 20___ оны ____ -р сарын ____-ний өдрийн ____ цаг _____ минутанд _____ жинтэй _____ см өндөртэй хүү, охин /зур/, хэвийн, хагалгаагаар /зур/ төрүүлсэн нь үнэн болно.

Гэрчилгээ олгосон:	Он сар өдөр / /		
Тамга	Гэрчилгээ олгосон эмч:	Нэр	Гарын үсэг
	Тэмдэглэгээ:		

Хүүхдээ төрснөөс хойш 14 хоногийн дотор бүртгүүлж Төрсний гэрчилгээ авах ёстой

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-5

ТӨРӨЛТИЙН БҮРТГЭЛ

№	Түүхийн №	Эхийн эцэг/эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр, Регистрийн дугаар	Нас	Хэд дэх жирэмслэлт	Хэд дэх төрөлт	Сүүлийн төрөлт хоорондын зай	Төрсөн он, сар, өдөр	Хүүхдийн				Тогтмол хаяг	Онош	Үзүүлж байсан эрүүл мэндийн төв, эмчийн нэр	Эх барьж авсан их эмч, эх баригч
								Хүйс	Жин	Өндөр	Апгарын балл				
1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-6

ЭХИЙН АМРАХ БАЙРААР ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧДИЙН БҮРТГЭЛ

Эцэг/эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр, Регистрийн дугаар	Нас	Тогтмол хаяг	Ирсэн он, сар, өдөр	Ирэх үеийн жирэмсний хугацаа 7 хоногоор	Төрсөн он, сар, өдөр	Оношийн хүндрэл		Шалтгаан: алслагдсан -1 /км бичих/, унааны гачигдал-2, нэн ядуу -3, цаг үеийн бэрхшээл-4, бусад /бичих/	Амарсан хоног	Гарсан он, сар, өдөр
						жирэмсэн үеийн	төрөх, төрсний дараах үеийн			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-7

НЯРАЙН ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр, лого

Нярайн түүхийн №
Нярайн түүх нээсэн / / он сар өдөр

ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ			
Эцэг /эх/-ийн нэр:	Нас:	Тээлтийн хугацаа (7х) [ ]	Хэд дэх жирэмслэлт [ ] Хэд дэх төрөлт [ ] Хэд дэх хүүхэд [ ]
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот:_____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо____ Гудамж/Байшин _____ тоот_____	**Эхийн боловсрол:** ☐ Боловсролгүй ☐ Бага ☐ Бүрэн дунд ☐ Мэргэжлийн болон техникийн ☐ Дипломын ☐ Бакалавр ☐ Магистр ☐ Доктор Ажлын газар, албан тушаал_____ Мэргэжил:	**Эцгийн боловсрол:** ☐ Боловсролгүй ☐ Бага ☐ Бүрэн дунд ☐ Мэргэжлийн болон техникийн ☐ Дипломын ☐ Бакалавр Магистр ☐ Доктор Ажлын газар, албан тушаал_____ Мэргэжил:	

НЯРАЙН МЭДЭЭЛЭЛ			
Төрсөн он сар өдөр / / цаг минут	Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй Ихэр эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Амьд ☐ Амьгүй ☐ Гүйцэд ☐ Дутуу ☐ Бүтэлттэй ☐ Бүтэлтгүй	Хүйг тасалсан ☐ Хавчаараар ☐ Боолтоор

Апгарын үнэлгээ	1 минут	5 минут	10 минут
Арьсны өнгө			
Зүрхний цохилт, пульс			
Булчингийн хүчдэл			
Амьсгал			
Рефлекс			

Төрөх үеийн жин [ ] гр
Өндөр [ ] см

Толгойн тойрог [ ] см
Цээжний тойрог [ ] см

Нярайд сэхээн амьдруулалт хийсэн эсэх:
☐ Тийм ☐ Үгүй
Амьсгалын замыг чөлөөлсөн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
Амьсгалуулсан эсэх:
☐ Эерэг даралтаар амьсгалуулсан
☐ Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавигдсан
Зүрхний иллэг хийсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
Эмийн эмчилгээ хийсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Нярайн асаргаа сувилгаа:
Дулаан алдалтаас сэргийлэх арга хэмжээ авагдсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
Биеийн халуун: Төрсний дараа [ ]
2 цагийн дараа [ ]
Хөхөө амласан эсэх: ☐ Тийм Хугацаа __ ☐ Үгүй
Нүдэнд эм дусаасан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
К-аминдэм хийсэн хугацаа: _____

Дархлаажуулалт

Вакцины нэр	Он,сар,өдөр	Тун	Серийн №	Урвал (±)	Гарын үсэг
Иммуноглобулин					

Үндсэн оношоо	ӨОУА-10 он.... сар...өдөр
Хүндрэл	
Дагалдах оношоо	
Үйлдлийн оношоо	ҮОУА-9

Өвчний төгсгөл:	Эмнэлгээс:	он сар өдөр	Ор хоног	Эмчилгээний зардал:
☐ Эдгэрсэн ☐ Сайжирсан ☐ Хэвэндээ ☐ Дордсон ☐ Нас барсан	☐ Гарсан ☐ Шилжсэн ☐ Нас барсан	/ / / / / /	[ ] хоног [ ] цаг	(₮) Зөвлөгөө өгсөн: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Гарах үеийн биеийн байдал:

Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг	Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/

ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал:	
Хөдөлгөөний идэвхи:	
Арьс салст:	
Булчингийн хүчдэл:	
Физиологийн рефлекс	
Ясны тогтолцоо: (толгой, яс, заадсууд, зулай)	
Эгэм, түнхний хөдөлгөөн, үенүүд	
Стигм гаж хөгжил байгаа эсэх	
Амьсгалын тоо	
Зүрхний цохилт	
Хэвлий, хүй	
Элэг, дэлүү	
Бэлэг эрхтэн	
Баас	
Шээс	
Мэс ажилбар хийгдсэн эсэх:	
Төрөх үеийн онош	
Хүндрэлийн онош:	
Хүндрэлийн үед авсан арга хэмжээ	
Нярай эмчийн нэр:	Гарын үсэг
Нярайн сувилагчийн нэр:	Гарын үсэг / / он сар өдөр

ӨДРИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ

Үзсэн он, сар, өдөр							
Биеийн халуун	Өглөө						
	Орой						
Хүүхдийн биеийн байдал							
Хөдөлгөөний идэвх							
Уйлах дуу							
Хүүхдийн байрлал							
Булчингийн хүчдэл							
Физиологийн рефлекс:							
Хөхөх							
Залгих							
Уруулын							
Ам ангайх							
Тулгуурын							
Гишгэлтийн							
Мариа							
Саа саажилт							
Зулайн хэмжээ, байдал							
Кефалогематом, төрлөгийн хавдар							
Арьс							
Зүрх:							
Зүрхний цохилтын тоо							
Зүрхний шуугиан							
Амьсгал:							
Амьсгалын хэм							
Амьсгалын тоо 1 минутанд							
Хүй							
Хэвлий							
Элэг							
Шээсний хэмжээ, өнгө							
Баасны байдал							
Аюултай шинж илэрч байгаа эсэх (дурьдах)							
Эмчийн гарын үсэг							

Сар, өдөр	Үзлэгийн тэмдэглэл	Хоол, эмчилгээ, сувилгааны заалт

Гарах үеийн дүгнэлт:_____

Гарах үеийн байдал:

_____

Эмчийн зөвлөгөө:

_____

Эмчлэгч эмч:

_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-7 Хавсралт 1

НЯРАЙН ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Цаг	Биеийн байдал	t^0	АД	П	А	Sao^2	Зохиомол амьсгал						Хооллосон хэмжээ /мл/			Гуурсаар гарсан шингэн /мл/			Кувез t^0	Шээс /мл/	Өтгөн	Эмчилгээ, сувилгаанд гарсан онцлог байдал
							PIP	RR	Flow	PEEP	FIO_2	I:E	Хөх	Гуурс	Бусад	Хэвлийн	Цээжний	Бусад				
09																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
00																						
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						

Эмчилгээний нэр / цаг		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Шахуурга																									
Судсаар																									
Булчинд, арьсанд, бусад																									
Амаар																									
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																									
Хооллолт																									
Сувилагчийн нэр																									

Баланс		
Хийсэн шингэн		
Амаар		
Судсаар		
Бүгд		
Ялгарсан шингэн		
Шээс		
Бөөлжилт		
Өтгөн		
Гуурсаар		
Бусад		
Бүгд		
Зөрүү		
Бүгд		
Эмчид мэдэгдэх хяналтын карт		
	Дээд	Доод
АД		
Пульс		
Sao^2		
Дундаж АД		

Эмчлэгч эмч

Жижүүрийн эмч

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-8

Эмнэлгийн нэр _____

НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН БҮРТГЭЛ

№	Эхийн нэр Регистрийн дугаар	Нас	Нярайн түүхийн №	Төрсөн он,сар, өдөр	Төрсөн хүүхэд						Үндсэн онош	Гарсан-1 Шижсэн -2 Нас барсан -3	Ор хоног	Эх баригч, эмчлэгч эмчийн нэр
					Амьд (+) Амьгүй (-)	Хүйс	Жин (гр)	Өндөр (см)	Төрснөөс хойш 1 цагийн дотор хөхөө амласан	Төрөлхийн гажигтай				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-9

Эмнэлгийн нэр _____

НЯРАЙН ВАКЦИН ХИЙСЭН ТУХАЙ БҮРТГЭЛ

№	Нярайн түүх №	Эхийн талаарх мэдээлэл				Хүүхэд				Вакцин хийсэн		Сүрьеэ		Халдварт саа 0		В гепатит		Вакцинд хамрагдаагүй шалтгаан	Иммуноглобулин
		Овог нэр, регистер	Утас (2 утасны дугаар)	Үндсэн хаяг	Одоо амьдарч байгаа хаяг	Төрсөн сар, өдөр	Төрсөн цаг минут	Хүйс	Жин (Грам)	Сар, өдөр	Цаг, минут	Тун (мл)	Сери №	Тун	Сери №	Тун (мл)	Сери №		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			

Вакцинаторын нэр:_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-10А

ЭС, ЭД, ЭРХТЭН ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Реципиентийн мэдээлэл

Эцэг /эх/-ийн нэр	Өөрийн нэр	Нас	Хүйс ☐ Эр ☐ Эм	Регистрийн дугаар	Тогтмол хаяг

Төрсөн .....он сар..... өдөр	**Гэрлэлтийн байдал:** ☐ Огт гэрлээгүй ☐ Батлуулсан гэр бүлтэй ☐ Батлуулаагүй гэр бүлтэй ☐ Тусгаарласан ☐ Цуцалсан ☐ Бэлбэсэн	Үндсэн захиргаа..... Аймаг/хот..... Сум/дүүрэг..... Утас:..... ... Шаардлагатай үед холбоо барих хүний нэр, утас, болох.....	Биеийн жин..... Биеийн өндөр..... Цусны бүлэг..... Эдийн тохироо..... Вирусын маркер..... Бусад .....

Ажлын газар, албан тушаал: _____

Мэргэжил: _____

Хүлээх жагсаалтанд анх бүртгэгдсэн: он сар өдөр	Хүлээх жагсаалтанд бүртгэгдэж хүлээсэн хугацаа: _____	Хүлээх жагсаалтанд байх хугацаанд хяналтанд байсан эмнэлгийн нэр: _____ _____

Эс, эд, эрхтэн шилжүүлэн суулгах мэс засал хийлгэхээр сонгогдсон байдал
- ☐ Эд нийцэл тохирсон
- ☐ Цусны бүлэг тохирсон
- ☐ Яаралтай журмаар

Үндсэн онош:	**ӨОУА**
Дагалдах онош:	
Хүндрэлийн онош:	

Ямар эрхтэн шилжүүлэн суулгахаар төлөвлөсөн:	Хийх мэс заслын нэр:
Мэс засал хийсэн он сар өдөр	Мэс заслын хүндрэл бий эсэх:
Мэс заслын дараах онош:	Эмнэлгээс гарсан он сар өдөр
Эмнэлгээс гарах үеийн мэдээлэл:	
Эмчлэгч эмчийн нар, гарын үсэг: _____	Тасгийн эрхлэгч, дарга: _____ он сар өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-10Б

ЭС, ЭД, ЭРХТЭН ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АНХАН ШАТНЫ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Донорын мэдээлэл

Эцэг /эхийн/ нэр:	**Өөрийн нэр:**	Нас___	**Хүйс:** Эр ☐ Эм	**Регистрийн дугаар:** _____	Тогтмол хаяг
Төрсөн .....он сар.....өдөр.....	**Гэрлэлтийн байдал:** ☐ Огт гэрлээгүй ☐ Батлуулсан гэр бүлтэй ☐ Батлуулаагүй гэр бүлтэй ☐ Тусгаарласан ☐ Цуцалсан ☐ Бэлбэсэн	Үндсэн захиргаа..... Аймаг/хот..... Сум/дүүрэг..... Утас:..... Шаардлагатай үед холбоо барих хүний нэр, утас, болох.....		Биеийн жин..... Биеийн өндөр..... Цусны бүлэг..... Эдийн тохироо..... Вирусын маркер..... Бусад.....	
Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил					
Үндсэн онош					ӨОУА
Дагалдах онош:		Реципиенттэй ураг төрлийн холбоотой эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй			
Ямар эс, эд, эрхтэн өгөхөөр /авахаар/ шийдвэрлэсэн		Донорын төрөл: ☐ Төрөл садангийн амьд донор ☐ Тархины үхэлтэй донор			
Тархины үхэлтэй донор бол өмнө нь донор болохыг зөвшөөрч гарын үсэг зурсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй		Ар гэрээс зөвшөөрөл авсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй			
Мэс заслын үед авсан биопси шинжилгээний хариу		Мэс заслын үед авч хадгалсан зүйлс			
Мэс заслын хүндрэл бий эсэх:					
Эмчлэгч эмчийн нар, гарын үсэг		Тасгийн эрхлэгч, дарга он сар өдөр			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-11

НЯРАЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Мэдээлсэн: _____он ___сар ___өдөр
2. Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
   Эмнэлгийн нэр: _____
   Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____

Б. ЭХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
2. Эхийн регистрийн дугаар [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
3. Төрөх үеийн эхийн нас [ ][ ]
4. Байнгын оршин суудаг хаяг: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
   Баг/хороо _____
5. Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна) [ ][ ]
6. Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй) [ ][ ]
7. Өмнөх жирэмслэлтүүдийн төгсгөл: (тоогоор бичих)
   1. Зулбалт [ ]
   2. Үр хөндөлт [ ]
   3. Өсөлтгүй жирэмсэн [ ]
   4. Умайн гаднах жирэмсэн [ ]
   5. Амьгүй төрөлт [ ]
   6. Амьд төрөлт [ ]

В. НЯРАЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Хүүхдийн төрсөн _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут
2. Хүүхдийн регистрийн дугаар [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
3. Төрөх үеийн тээлтийн нас долоо хоног [ ][ ] хоног [ ]
4. Төрөх үеийн жин: _____ (гр)
5. Хүйс: 1. Эр 2. Эм 3. Тодорхойгүй
6. Хүүхэд ихэр эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
   хэрэв тийм бол: 1. 2 ихэр 2. 3 ба түүнээс дээш 3. Мэдээлэлгүй
7. Ихэр хүүхэд бол хэдэн хүүхдэд нь гажиг илэрсэн бэ?
   1. Нэг 2. Хоёр 3. Гурав ба түүнээс дээш 4. Мэдээлэлгүй
8. Хүүхэд амьдарсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Амьгүй
9. Үгүй бол хүүхэд эндсэн _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

Г. ОНОШИЛГОО

1. Оношлогдсон хугацаа: 1. Эхийн умайд пренаталь оношилгоогоор 2. Төрөх үед 3. Төрсний дараах эхний 7 хоногт 4. 8-28 хоногтойд
2. Пренаталь оношилгоогоор хөгжлийн гажиг оношлогдох үеийн ургийн нас:
   долоо хоног [ ][ ] хоног [ ]
3. Пренаталь оношилгооны шинжилгээгээр анх илэрсэн бол:
   1. Жирэмсний 14 долоо хоногтойгоос бага хугацаанд Эхо-гоор
   2. 14-21 долоо хоногтойд Эхо-гоор
   3. 22 долоо хоног ба түүнээс дээш хугацаанд Эхо-гоор
   4. Эхо-гоор оношлогдсон боловч хугацаа мэдээлэлгүй
   5. Бусад _____

6. Эхо ба бусад шинжилгээ хийгдээгүй

4. Задлан шинжилгээгээр оношлогдсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
5. Оношлогдсон гажиг мэс заслын аргаар эмчлэгдэх боломжтой эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
6. Нярайд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгийн хэлбэрийг эрхтэн, тогтолцоогоор нэг бүрчлэн оношийг бичнэ үү?
   1. Мэдрэлийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
   2. Нүд, чих, нүүр ба хүзүүний төрөлхийн гажиг _____
   3. Цусны эргэлтийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
   4. Амьсгалын тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
   5. Сэтэрхий уруул ба тагнай _____
   6. Хоол боловсруулах тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
   7. Бэлэг эрхтний төрөлхийн гажиг _____
   8. Шээс ялгаруулах тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
   9. Яс-булчингийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
   10. Бусад төрөлхийн гажиг _____
   11. Хромосомын гажиг _____
   12. Олон эрхтний хавсарсан гажиг _____
7. Хүүхдийн зураг, лабораторийн ба дүрс оношилгооны нэмэлт материал дагалдсан эсэх:
   1. Тийм 2. Үгүй
8. Нярай ба ургийн кариотип тодорхойлох шинжилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
   Тийм бол кариотипийг нь бичнэ үү _____

Д. НӨЛӨӨЛӨХ ХҮЧИН ЗҮЙЛ

1. Цусан төрлийн гэрлэлт: 1. Тийм 2. Үгүй
2. Эцгийн нас [ ][ ]
3. Эцгийн эрхэлсэн ажил:
   1. Ажилгүй
   2. Компьютер ашигладаг мэргэжил
   3. Химийн бодистой ажилладаг
   4. Цацраг идэвхит бодистой ажилладаг
   5. Мансууруулах бодистой ажилладаг
   6. Дархан
   7. Бусад
4. Эхийн боловсрол
   1. Боловсролгүй
   2. Бага
   3. Дунд
   4. Мэргэжлийн ба техникийн
   5. Дээд
   6. Мэдээлэлгүй
5. Эхийн эрхэлсэн ажил:
   1. Ажилгүй
   2. Компьютер ашигладаг мэргэжил
   3. Химийн бодистой ажилладаг
   4. Цацраг идэвхит бодистой ажилладаг
   5. Мансууруулах бодистой ажилладаг
   6. Дархан
   7. Бусад
6. Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор тамхи татсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
   Хэрэв тийм бол: 1. Өдөрт 1-20 ширхэг 2. Өдөрт 21 ширхэгээс их
7. Ойр дотны хамт амьдардаг хүмүүс нь эхийн жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор

дэргэд нь тамхи татсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй

Хэрэв тийм бол: 1. Өдөрт 1-20 ширхэг 2. Өдөрт 21 ширхэгээс их

8. Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор архи уусан эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

Хэрэв тийм бол: 1. Бага зэрэг 2. Дунд зэрэг 3. Их

9. Эх нь архаг эмгэгтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

хэрэв тийм бол: 1. Чихрийн шижин 2. Эпилепси 3. Бамбай булчирхайн эмгэг

4. Системийн өвчин 5. Бусад _____

10. Хэрэв дээрх өвчний улмаас эмчилгээ хийлгэсэн бол эмийг бичнэ үү _____

_____

11. Жирэмсний эхний 16 долоо хоног дотор эх нь халуурсан эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

12. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт 38°С-аас дээш халуурсан эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

13. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт халдварт өвчин туссан эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

Тийм бол шалтгаан нь: 1. Вирүсийн гаралтай (зур) (улаанууд, цитомегаловирус, улаанбурхан, бусад _____)

2. Вирүсийн бус гаралтай (зур) (тэмбүү, бусад _____)

3. Мэдээлэлгүй

14. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт архаг эмгэгээс бусад өвчний үед эм хэрэглэсэн эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

Тийм бол нэрлэнэ үү _____

15. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

Хэрэв тийм бол бичнэ үү _____

16. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт цус алдсан эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй

17. Жирэмсэлсэн хэлбэр: 1. Жамаараа 2. Үр суулгасан 3. Мэдээлэлгүй

18. Жирэмсний эхний 12 долоо хоногийн дотор фолийн хүчил уусан эсэх:

1. Дор хаяж 0.4мг фолийн хүчил тогтмол уусан

2. Тогтмол биш уусан, тун мэдэгдэхгүй

3. Уугаагүй

4. Фолийн хүчил уусан эсэх талаар мэдээлэлгүй

Е. УДАМШИЛ

1. Хүүхдэд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ах, эгч, дүү байгаа эсэх:

1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй

2. Эхийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүн байсан эсэх:

1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй

3. Эцгийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажиг тодорхойлогдож байсан эсэх:

1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-12А

НЯРАЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Мэдээлсэн огноо: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут
2. Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
   Эмнэлгийн нэр _____
   Эмчийн овог, нэр _____
   Албан тушаал _____

Б. ЭХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Эхийн регистрийн дугаар: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
2. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____
3. Эхийн нас: [ ][ ]
4. Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
   Баг/хороо _____
5. Ам бүл: _____
6. Боловсрол:
   1. Боловсролгүй
   2. Бага
   3. Дунд
   4. Мэргэжлийн болон техникийн
   5. Дээд
   6. Тодорхойгүй
7. Ажил эрхлэлт:
   1. Ажилтай
   2. Ажилгүй
   3. Малчин
   4. Оюутан
   5. Сурагч
   6. Хувиараа ажил эрхэлж байгаа
   7. Бусад _____
8. Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна) [ ][ ]
9. Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй) [ ][ ]
10. Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
11. Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа: долоо хоног [ ][ ]
12. Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн: _____
13. Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин:
    1. Эх барих эмэгтэйчүүд
    2. Өөр мэргэжлийн их эмч (өрх)
    3. Эх баригч
    4. Бага эмч
14. Жирэмсэн үеийн хүндрэлтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
15. Тийм бол жирэмсний хүндрэлийг сонгоно уу:
    1. Эрт үеийн хордлого
    2. Манас таталтын урьдал
    3. Манас таталт
    4. Цус алдалт
    5. Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж
    6. Ихэс түрүүлэлт
    7. Хэвийн байрласан ихсийн цагаас урьтаж ховхрох
    8. Ураг орчмын шингэний ихдэлт
    9. Ураг орчмын шингэний багадалт
    10. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
    11. Хавсарсан өвчин
    12. Хориоамнионит
    13. Дутуу төрөхийг завдах
    14. Бусад _____
16. Жирэмсэн үед хавсарсан эмгэг байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
17. Тийм бол эхийн эмгэгийг сонгоно уу:
    1. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин (тэмбүү, улаанбурхан,элэгний вирүсийн үрэвсэл, бусад)
    2. Хавдар
    3. Цус, цус бүтээх эрхтний өвчин
    4. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчин
    5. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин
    6. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
    7. Амьсгалын тогтолцооны өвчин
    8. Хоол шингээх эрхтний өвчин
    9. Шээс, бэлгэсийн тогтолцооны өвчин
    10. Бусад
18. Антенаталь үеийн эмийн хэрэглээ: 1. Дексаметазон 2. Бусад _____

19 . Төрсөн газар :

1. ЭХЭМҮТ
2. Хотын амаржих газрууд
3. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ
4. Дүүргийн эрүүл мэндийн төв
5. Сумын эрүүл мэндийн төв
6. Хувийн эмнэлэг
7. Гэрт
8. Тээвэрлэх үед
9. Бусад _____

20 . Төрөлтийн хэлбэр:

1. Төрөх замаар:
   a. Хэвийн
   b. Сэдээсэн: окситоцин, мезопростол
   c. Төрөлтийг эрчимжүүлсэн
   d. Вакуум
   e. Хавчуур
2. Хагалгаа

21 . Хагалгаа хийсэн заалт:

1. Манас таталтын урьдал
2. Манас таталт
3. Давтан кесеров хагалгаа
4. Төрөх замын саатал
5. Ихэс түрүүлэлт
6. Ихэс ховхрох
7. Ургийн талын заалт
8. Эхийн хавсарсан өвчин
9. Бусад

22 . Түрүүлсэн хэсэг: 1. Толгой 2. Өгзөг 3. Хөл 4. Хөндлөн 5. Бусад _____

23 . Төрөлтийн үеийн хүндрэл:

1. Төрөлтийн саатал
2. Төрөх хүчний 1-р үеийн сулрал
3. Төрөх хүчний 2-р үеийн сулрал
4. Бусад _____

24 . Ургийн хүндрэл:

1. Дутуу төрөлт
2. Зунгагаар хахах хам шинж
3. Өсөлт хөгжлийн саатал
4. Ургийн бүтэлт
5. Төрөлхийн хөгжлийн гажиг:
   онош _____
   _____
6. Бусад

B. НЯРАЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1 Нярайн регистрийн дугаар: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

2 . Нярайн төрсөн _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

3 . Энэ төрөлтөөр төрүүлсэн хүүхдийн тоо (амьд амьгүй хүүхдийн тоо) [ ]

4 . Энэ нярай ихэр хүүхдийн хэд дэх хүүхэд вэ? _____

5 . Нас баралтын ангилал:
1 Эрт нярайн эндэгдэл / 0-6х 23ц 59мин/
2 Хожуу нярайн эндэгдэл / 7-28хоног/

6 . Хүйс: 1. Эр 2. Эм 3. Хүйс тодорхойгүй

7 . Биеийн жин: [ ][ ][ ][ ] (гр)

8 . Өндөр: [ ][ ] (см)

9 . Төрөх үеийн тээлтийн нас долоо хоног [ ][ ] хоног [ ][ ]

10 . Хэрэв амьд төрсөн бол Апгарын үнэлгээ: 1 мин [ ][ ] 5 мин [ ][ ]

11 . Нярайн нэн шаардлагатай тусламж хэрэгжүүлсэн эсэх :

1. Хуурайшуулсан:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй
2. Арьс арьсаар шүргэлцсэн:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй
3. Эрт амлуулсан:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй
4. Нүдний урьдчилан сэргийлэлт :	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй
5. Витамин К:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй
6. Дархлаажуулалт:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй

12 . Сэхээн амьдруулалт хийгдсэн эсэх:

1. Амьсгалын замыг чөлөөлсөн:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй
2. Цочроосон:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй
3. Цусан дахь хүчилтөрөгчийн ханамж үзсэн эсэх:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй
4. Хүчилтөрөгч өгсөн эсэх:	1. Тийм	2. Үгүй	3. Мэдээлэлгүй

5. Амбу маскаар амьсгалыг удирдсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
6. Зүрхний иллэг ,эерэг даралтат хиймэл амьсгал хавсарч хийсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
7. Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
8. Эмийн эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

13 . Сэхээн амьдруулалтыг үзүүлсэн:
1. Нярайн эмч
2. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч
3. Хүүхдийн эмч
4. Ерөнхий мэргэжлийн эмч
5. Эх баригч
6. Сувилагч
7. Бусад _____

14 . Нярайн өвчний улмаас эмнэлэгт хэвтсэн: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

15 . Хэвтэх үеийн нярайн нас: [ ][ ] хоног [ ][ ] цаг [ ][ ] минут

16 Нярайг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

17 Нярай аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ?
1. 1-р шатлал (сум/өрх) — 2-р шатлал (аймаг, дүүрэг, хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал — 3-р шатлал
3. 2-р шатлал — 3-р шатлал
4. 3-р шатлал — 1-р шатлал/ 2-р шатлал
5. Хувийн эмнэлэг— Улсын эмнэлэг
6. Бусад _____

18 Нярай шилжиж ирэх үеийн биеийн байдал:
1. Дунд
2. Хүндэвтэр
3. Хүнд
4. Маш хүнд

19 . Эмнэлэгт байх үед эмчилгээ хийгдсэн эсэх:
1. Хүчилтөрөгч өгсөн: 1. Тийм 2. Үгүй
2. Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьсан: 1. Тийм 2. Үгүй
3. Амьсгал зүрхний сэхээн амьдруулалт: 1. Тийм 2. Үгүй
4. Зүрх судасны үйл ажиллагааг дэмжих эм хэрэглэсэн: 1. Тийм 2. Үгүй
5. Сурфактант эмчилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй
6. Антибиотик эмчилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй
7. Судсаар дусал шингэн залгасан 1. Тийм 2. Үгүй
8. Ямар нэгэн мэс ажилбар: 1. Тийм 2. Үгүй
9. Цус цусан бүтээгдэхүүн: 1. Тийм 2. Үгүй

20 . Гипогликеми илэрсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

21 . Тийм бол эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

22 . Эмнэл зүйн онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/
Үндсэн онош: _____
_____
Хүндрэл: _____
_____
Дагалдах онош: _____
_____

23 . Нярайн эндсэн газар:
1. ЭХЭМҮТ
2. Хотын амаржих газрууд
3. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ
4. Дүүргийн эрүүл мэндийн төв
5. Сумын эрүүл мэндийн төв
6. Хувийн эмнэлэг
7. Гэрт
8. Тээвэрлэх үед
9. Бусад _____

24 . Нас барах үеийн нярайн нас: [ ][ ] хоног [ ][ ] цаг [ ][ ] минут

25 . Ор хоног: ☐☐ хоног ☐☐ цаг ☐☐ минут

26 . Нярайн нас барсан _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

27 . Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

28 . Эмгэг судлалын онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

_____

Хүндрэл: _____

_____

Дагалдах онош: _____

_____

29 . Онош тохирсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

30 . Тохироогүй бол: 1. Үндсэн оношоор 2. Хүндрэлээр 3. Дагалдах оношоор

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-11 Хавсралт-1

НЯРАЙН СОНСГОЛЫН СКРИНИНГИЙН АСУУМЖ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр:_____
2. Гэрийн хаяг: _____
3. Ээжийн утасны дугаар:_____
4. Хүүхдийн төрсөн сар, өдөр:_____
5. Хүүхдийн жин:_____
6. Хүүхдийн хүйс: _____
7. Хүүхэд дутуу төрсөн бол тээлтийн нас, долоо хоногоор
8. Үзлэгийн огноо: _____
9. Сонсголын скринингийн хариу:

   Баруун чих:_____

   а. тэнцсэн (pass), в. давтах (refer), с. шалгуулаагүй (not measured)

   Зүүн чих: _____

   а. тэнцсэн (pass), в. давтах (refer), с. шалгуулаагүй (not measured)

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-11 Хавсралт-2

НЯРАЙН ТҮНХНИЙ ДУТУУ ХӨГЖЛИЙН ХЭТ АВИАН СКРИНИНГИЙН АСУУМЖ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр:_____
2. Төрсөн газар: _____
3. Эхийн утасны дугаар: _____
4. Хүүхдийн төрсөн сар, өдөр: _____
5. Хүүхдийн хүйс: □ Эрэгтэй □ Эмэгтэй
6. Үзлэгийн огноо: _____
7. Түнхний хэлбэр:

   Баруун түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

   Зүүн түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр
8. Эмчилгээ:

   а. Гаргах в. Хяналт с. Эмчилгээ

   Давтан үзлэг
9. Үзлэгийн огноо:_____
10. Түнхний хэлбэр:

    Баруун түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

    Зүүн түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр
11. Эмчилгээ:

    а. Гаргах в. Хяналт с. Эмчилгээ

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-12Б

АМЬГҮЙ ТӨРӨЛТИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

1 . Мэдээлсэн огноо: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

2 . Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____

Эмнэлгийн нэр _____

Эмчийн овог, нэр _____

Албан тушаал _____

Б. ЭХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1 . Эхийн регистрийн дугаар: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

2 . Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____

3 . Эхийн нас [ ][ ]

4 . Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____

5 . Ам бүл: _____

6 . Боловсрол:
1. Боловсролгүй
2. Бага
3. Дунд
4. Мэргэжлийн болон техникийн
5. Дээд
6. Тодорхойгүй

7 . Ажил эрхлэлт:
1. Ажилтай
2. Ажилгүй
3. Малчин
4. Оюутан
5. Сурагч
6. Хувиараа ажил эрхэлж байгаа
7. Бусад _____

8 . Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна) [ ][ ]

9 . Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй) [ ][ ]

10 . Өмнө нь амьгүй ураг төрүүлж байсан эсэх 1. Тийм 2. Үгүй

11 . Тийм бол хэдэн удаа [ ][ ]

12 . Жирэмсэн үед тамхи татсан эсэх 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

13 . Хэрэв тийм бол Өдөрт хэдэн ширхэг _____

14 . Тамхи татдаг хүнтэй хамт байдаг эсэх 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

15 . Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

16 . Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа: долоо хоног [ ][ ]

17 . Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн [ ][ ]

18 Жирэмсний хяналтанд байсан газар:
1 ЭХЭМҮТ
2 Дүүргийн эрүүл мэндийн төв
3 Сумын эрүүл мэндийн төв
4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
5 Аймаг нийслэлийн Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
6 Хувийн эмнэлэгт
7 Багт

19 . Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин:
1. Эх барих эмэгтэйчүүд
2. Өөр мэргэжлийн их эмч (өрх)
3. Эх баригч
4. Бага эмч

20 . Жирэмсэн үеийн хүндрэлтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

21 . Тийм бол жирэмсэн үеийн хүндрэлийг сонгоно уу.
1. Эрт үеийн хордлого
2. Манас таталтын урьдал
3. Манас таталт
4. Цус алдалт
5. Судсанд цус түгмэл бүлэгнэх хам шинж
6. Ихэс түрүүлэлт
7. Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох
8. Ураг орчмын шингэний ихдэлт
9. Ураг орчмын шингэний багадалт
10. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
11. Хавсарсан өвчин
12. Хорионамнионит
13. Дутуу төрөхийг завдах
14. Бусад _____

22 . Жирэмсэн үед эхийн хавсарсан эмгэг байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

23 . Тийм бол эхийн хавсарсан эмгэгийг сонгоно уу:

1. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин (зур) (улаанбурхан, элэгний вирүсийн үрэвсэл, бусад)
2. Хавдар
3. Цус, цус бүтээх эрхтний өвчин
4. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчин
5. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин
6. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
7. Амьсгалын тогтолцооны өвчин
8. Хоол шингээх эрхтний өвчин
9. Шээс, бэлгэсийн тогтолцооны өвчин
10. Бусад _____

24 . Антенаталь үеийн эмийн хэрэглээ: 1. Дексаметазон 2. Бусад _____

25 . Төрсөн газар :

1. ЭХЭМҮТ
2. Хотын амаржих газрууд
3. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ
4. Дүүргийн эрүүл мэндийн төв
5. Сумын эрүүл мэндийн төв
6. Хувийн эмнэлэг
7. Гэрт
8. Тээвэрлэх үед
9. Бусад _____

26 . Төрөлтийн хэлбэр:

1. Төрөх замаар
   a. Хэвийн
   b. Сэдээсэн: окситоцин, мизопростол
   c. Төрөлтийг эрчимжүүлсэн
   d. Вакуум
   e. Хавчуур
2. Хагалгаа

27 Төрөлт удирдсан хүн:

1 Эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлийн эмч
2 Бусад мэргэжлийн эмч
3 Эх баригч
4 Бага эмч
5 Эмнэлгийн бус хүн
6 Төрөлтөнд оролцсон хүнгүй

28 . Хагалгаа хийсэн заалт:

1. Манас таталтын урьдал
2. Манас таталт
3. Давтан кесеров хагалгаа
4. Төрөх замын саатал
5. Ихэс түрүүлэлт
6. Ихэс ховхрох
7. Ургийн талын заалт
8. Эхийн хавсарсан өвчин
9. Бусад

29 . Түрүүлсэн хэсэг: 1. Толгой 2. Өгзөг 3. Хөл 4. Хөндлөн 5. Бусад _____

30 . Төрөлтийн үеийн хүндрэл:

1. Төрөлтийн саатал
2. Төрөх хүчний 1-р үеийн сулрал
3. Төрөх хүчний 2-р үеийн сулрал
4. Бусад _____

31 . Ургийн хүндрэл:

1. Дутуу төрөлт (тээлтийн насаар)
2. Зунгагаар хахах хам шинж
3. Өсөлт хөгжлийн саатал
4. Ургийн бүтэлт
5. Төрөлхийн хөгжлийн гажиг: онош _____
6. Бусад _____

32 Төрөх үеийн эхийн онош: _____

B. АМЬГҮЙ ТӨРӨЛТИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1 . Төрсөн _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

2 . Энэ төрөлтөөр төрүүлсэн хүүхдийн тоо (амьд амьгүй хүүхдийн тоо) [ ]

3 . Энэ амьгүй ихэр хүүхдийн хэд дэх хүүхэд вэ? _____

4 . Нас баралтын ангилал:

1. Антенаталь
2. Интранаталь

5 . Хүйс: 1. Эр 2. Эм 3. Хүйс тодорхойгүй

6 . Биеийн жин: [ ][ ][ ][ ] (гр)

7 . Өндөр: [ ][ ] (см)

8 . Төрөх үеийн тээлтийн нас долоо хоног [ ][ ] хоног [ ][ ]

9 . Эмнэл зүйн онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

10 . Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

11 . Эмгэг судлалын онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

Ихсийн онош: _____

Хүйн эмгэг: _____

12 . Онош тохирсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

13 . Тохироогүй бол: 1. Үндсэн оношоор 2. Хүндрэлээр 3. Дагалдах оношоор

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-13А

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙГ ЭМНЭЛЭГ (СУВИЛАЛД) ХҮЛЭЭН АВСАН БҮРТГЭЛ

Өвчний түүх №	Сар, өдөр,цаг,минут	Эмчлүүлэгчийн Эцэг / эх /-ийн нэр, Өөрийн нэр, Регистрийн дугаар	ЭМД	Нас хүйс	Тогтмол хаяг, утасны дугаар (гэрийн, ажлын) /тодорхой бичнэ/	Ирэх үеийн болон хүлээн авах тасгийн онош	Хэвтүүлсэн тасаг	Явуулсан эмнэлэг, кабинет
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-13Б

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭГЧДИЙН БҮРТГЭЛ

д/д	сар, өдөр, цаг, минут	Эмчлүүлэгчийн Эцэг /эх/-ийн нэр Нэр, Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Тогтмол хаяг Утасны дугаар	Онош	Эрэмбийн ангилал /кодлох/	Үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээ	Шийдвэрлэсэн байдал						Яаралтай тусламж үзүүлсэн эмч, сувилагч
								Ажиглалт	Эрчим эмчилгээний	Бусад тасагт	Буцсан	Бусад эмнэлэгрүү шилжүүлсэн	Нас барсан	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-14

Эмнэлгийн нэр_____

ЭМЧЛҮҮЛЭГСДИЙН ӨДӨР ТУТМЫН ТООЦООНЫ БҮРТГЭЛ

Сар _____ Орны тоо _____

Өдөр	Эмчлүүлэгчийн тоо	Шинээр хэвтсэн эмчлүүлэгч	Дотоод хөдөлгөөн		Гарсан,шилжсэн	Нас барсан	Эцэст байгаа эмчлүүлэгчийн тоо	Хүнд өвчтөн
			Өөр тасгаас ирсэн	Өөр тасагт очсон				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-15

_____он_____сар_____өдөр

ЭМЧ ДУУДАХ ХУУДАС

_____-р тасагт_____

_____

оноштой эмчлэгдэж байгаа эмчлүүлэгчийн нэр_____

Нас _____Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй-г үзүүлэхээр _____

_____мэргэжлийн эмч_____ дуудав.

Эмчлэгч эмч _____

Дуудлагыг шийдвэрлэсэн хүний нэр _____

Албан тушаал _____

Батлав. Ерөнхий эмч _____

Ирсэн _____он_____сар_____өдөр_____цаг_____минут

Буцсан_____он_____сар_____өдөр_____цаг_____минут Дуудлагад зарцуулсан цаг _____

Зөвлөгөө өгсөн эмч _____

Зөвлөгөө авсан эмч _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-16
(өвчний түүхэнд хавсаргана)

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭСЭН ПРОТОКОЛ

Эмнэлгийн нэр: _____**Тасгийн нэр:** _____
1. Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ **Өөрийн нэр:** _____**РД:**_____**Өвчний түүх №**_____
Нас:_____ **Хүйс /зур/:** Эрэгтэй, Эмэгтэй
2. Цусны бүлэг /дугуйлна уу/: О, А, В, АВ **Резус фактор RhD /зур/:** Эерэг, Сөрөг
3. Цус,цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэх заалт _____
_____
_____

ЦЦБ-ий нэр		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Сэлбэх ЦЦБ-ий мэдээлэл	Он сар өдөр					
	Цуврал-савлалтын №					
	Цус өгөлтийн код					
	Хүүдийний код					
	Бүтээгдэхүүний цусны бүлэг	О, А, В, АВ	О, А, В, АВ	О, А, В, АВ	О, А, В, АВ	О, А, В, АВ
	Бүтээгдэхүүний Резус фактор RhD	Эерэг Сөрөг	Эерэг Сөрөг	Эерэг Сөрөг	Эерэг Сөрөг	Эерэг Сөрөг
	Сэлбэхийн өмнө: ЦЦБ-ий үнэлгээ					
	Хувийн тохироо үзсэн хүүдийний гуурсны код					
Хувийн тохироо /зур/		Тохирсон тохироогүй	Тохирсон тохироогүй	Тохирсон тохироогүй	Тохирсон тохироогүй	Тохирсон тохироогүй
Сэлбэлт хийхийн өмнө	Цаг минут					
	Судасны цохилт					
	Цусны даралт					
	Биеийн хэм					
	Хүчилтөрөгчийн хангамж					
	Хянасан эмчийн гарын үсэг					
	Сувилагчийн гарын үсэг					
Биологийн тохироо тодорхойлсон						
ЦЦБ-ийг сэлбэсэн арга ба хурд						
ЦЦБ-ийг сэлбэсэн хугацаа	Огноо					
	Эхэлсэн цаг минут					
	Дууссан цаг минут					

Өвчтөний биеийн байдлын хяналт	**Сэлбэлт хийх явцад**																				
		Цаг минут																			
		Судасны цохилт																			
		Цусны даралт																			
		Биеийн хэм																			
		Хүчилтөрөгчийн хангамж																			
		Хянасан эмчийн гарын үсэг																			
		Сувилагчийн гарын үсэг																			

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭСЭН ПРОТОКОЛ - ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Өвчтөний биеийн байдлын хяналт	Сэлбэлт дуусанаас хойш	1 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		2 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		3 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		24 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
Сэлбэсэн ЦЦБ-ий хэмжээ /мл/нэгж/								
Сэлбэлтийн дараах анхны шээсний өнгө ба хэмжээ								
ЦЦБ сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэл								
ЦЦБ сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэл илэрсэн		тийм	Хөнгөн					
			Хүндэвтэр					
			Хүнд					
		үгүй						
Үр дүн	Эмнэл зүй							
	Лаборатори: хемоглобин		улаан эс					
			хематокрит					
			ялтас эс					
			бусад					
Сэлбэлт хийсэн эмчийн нэр								
Сэлбэлт хийсэн эмчийн гарын үсэг								

Тайлбар: Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн эмч, сувилагч сэлбэлт хийх бүрт хөтөлнө.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-17
(өвчний түүхэнд хавсаргана)

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ЗАХИАЛАХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр: _____**Тасгийн нэр:** _____
Захиалсан: _____он_____сар_____өдөр, **сэлбэлт хийх** _____ сар_____ өдөр_____ цаг _____
Өвчний түүхийн №_____**Регистерийн дугаар**:_____
Эцэг /эх/-ийн нэр: _____**Өөрийн нэр**: _____
Хүйс /зур/: Эрэгтэй, Эмэгтэй **Биеийн жин**:_____
Онош:_____
_____
ЦЦБ сэлбэх заалт:_____
_____

Цусны бүлэг /дугуйлна уу/:
О
А
В
АВ

Резус фактор RhD /зур/: Эерэг Сөрөг
Өмнө нь цус сэлбүүлсэн /зур/: Тийм Үгүй
Урвал илэрсэн /зур/: Тийм Үгүй
Эсрэгбие илэрсэн /зур/: Тийм Үгүй
Жирэмслэлт: _____ удаа

Захиалга:

ЦЦБ-ний нэр	Шууд хүлээн авах						Захиалгат ЦЦБ /24-48 цаг/																	
	Бүхэл цус	Даршилсан улаан эс	Улаан эсийн өтгөрүүлэг	Хөлдөөсөн шинэ сийвэн	К сийвэн	Эмгэтрүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Угаасан улаан эс	ЦЭУЭ-Бүхэл цус	ЦЭУЭ-Даршилсан улаан эс	ЦЭУЭ-Улаан эсийн өтгөрүүлэг	Туяагаар шарсан ДУЭ	Туяагаар шарсан УЭӨ	Хөлдөөж угаасан улаан эс	Криопреципитат	Ялтас эсийн өтгөрүүлэг	Цитофереззэр бэлдсэн ЯЭӨ	Туяагаар шарсан ЯЭӨ/Бүхэл цус/	Туяагаар шарсан ЯЭӨ/Цитоферез/	Эмгэтрүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Эмгэтрүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Нэгтгэж савласан Криопреципитат /4,6,10	Нэгтгэж савласан Ялтас эсийн өтгөрүүлэг /4,6,10/	Ст-Стандарт ийлдэс	Ст-Стандарт улаан эс
Хэмжээ																								
нэгж																								

Захиалсан эмчийн овог нэр: _____ **Гарын үсэг:** _____
_____ он_____ сар_____ өдөр_____ цаг
Захиалга хүлээн авсан Цусны нөөц зохицуулах нэгжийн ажилтны нэр: _____
Гарын үсэг _____
_____ он_____ сар_____ өдөр_____ цаг

Шинжилгээний сорьцыг авсан сувилагчийн нэр: _____
Сорьц авсан он сар өдөр_____ **Өвчтөний нэр:** _____
Гуурсны код /Хүүдийний код/ _____
Лабораторид өгсөн ажилтны нэр: _____ **Гарын үсэг:** _____
Лабораторт өвчтөний сорьц, хувийн тохирооны гуурсыг хүлээн авсан: _____ он_____ сар өдөр_____, цаг минут_____

Цусны хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээний хариу илгээх маягт

Шинжилгээний сорьц хүлээн авсан: . . . .он . . . .сар . . . өдөр. .. цаг . . . минут
Өвчтөний цусны АВО бүлэг . . . . **Резус бүлэг: /зур**/ эерэг, сөрөг Фенотип. . . .

Сэлбэх ЦЦБ-ний мэдээлэл					Шинжилгээний хариу
ЦЦБ-ний нэр	Цус өгөлтийн код	Цуврал савлалтын №	Хүүдийний код	АВО, резус бүлэг	

Шинжилгээ хийсэн лаборант: .....
Шинжилгээг хянасан эмч: .....
Шинжилгээг хийсэн: . . . . он . . . сар . . . . өдөр. . . .цаг . . . минут

Тайлбар: Захиалгын маягтны эхний хэсгийг сэлбэлт хийх эмч, Бүлэг хувийн тохирооны хэсгийг сорьц авсан сувилагч нар, Хувийн тохирооны шинжилгээний хариуг лабораторийн эмч, лаборант нар тус тус хөтөлнө.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-18

ЦУСНЫ АЛБАНД ШИНЖИЛГЭЭНИЙ СОРЬЦ ХҮРГҮҮЛЭХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр/тасаг_____
Эмчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр_____ **Өвчний түүхийн №** _____
Эмчлүүлэгчийн нэр_____**Нас**_____**Хүйс**_____
Регистрийн дугаар_____
Үндсэн онош_____
_____
Цусны сорьц авсан _____он____сар___өдөр___цаг___минут
Цусны сорьц авсан ажилтны нэр, гарын үсэг .....
Ямар шинжилгээ хийлгэх:

Кумбсын урвал /зур/: Шууд, Шууд бус

Эргэлзээтэй бүлэг:

АВО	
Резус	
Бусад	
Анти-Д титр	
Хувийн тохироо	
Эсрэг бие илрүүлэх	

Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг: _____
Сорьцыг хүлээлгэн өгсөн ажилтны нэр: _____
Сорьцыг хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг ____ минут
Сорьцыг буцаасан шалтгаан: _____
_____
Сорьцыг шалган хүлээж авсан ажилтны нэр, гарын үсэг: _____

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг нэгжид сувилагч, тусгай мэргэжилтэн авч бөглөн цусны албанд илгээнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-19А

Эмнэлгийн нэр:_____

Тасгийн нэр:_____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ, ХҮНДРЭЛИЙГ БҮРТГЭН МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

1. **Эцэг /эх/-ийн нэр:** ..... **Өөрийн нэр**: .....
2. **Нас:** ..... **Хүйс /зур/:** Эрэгтэй, Эмэгтэй **3. Өвчний түүх №**_____
4. **Цусны бүлэг /зур/:** О А В АВ **Резус фактор RhD /зур/:** Эерэг Сөрөг
5. **Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэх заалт:** .....
.....
6. **Бүлэг тодорхойлсон ажилтны нэр:** .....
7. **Хувийн тохироо /зур/:** Тохирсон, Тохироогүй
8. **Биологийн тохироо /зур/:** Тохирсон, Тохироогүй
9. **Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний нэр төрөл**: .....**Хэмжээ:** .....
10. **Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний АВО, резус бүлэг**: .....**Цуврал, савлалтын дугаар:** .....
11. **Донорын цус өгөлтийн код**.....
12. **Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг эмнэлэгт хүлээн авч хадгалсан хугацаа**: .....сар.....өдөр.....цаг.....минут
13. **Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг эмнэлэгт хүлээн авч хадгалсан нөхцөл /зур/:**
    Хөргөгчинд +2 - +6С Сэгсрэгчинд +22 - +24С
    Хөлдөөгчинд -25С буюу түүнээс илүү хүйтэнд Тасалгааны хэмд
14. **Урвал хүндрэл эхэлсэн**: . .....сар.....өдөр.....цаг.....минут
15. **Урвал, хүндрэлийн төрөл**: .....
16. **Сэлбэлтийг зогсоосон хугацаа:**.....сар.....өдөр.....цаг.....минут

Илэрсэн шинж тэмдэг	Эрт илэрсэн	Хожуу илэрсэн	Илэрсэн шинж тэмдэг	Эрт илэрсэн	Хожуу илэрсэн
Чичрүүдэс хүрэх			Цустай шээх		
Дотор муухайрах, бөөлжих			Нүд бүлцийх		
Цээжний араар өвдөх			Даралт ихсэх		
Халуурах			Даралт буурах		
Судасны лугшилт удаашрах			Шарлах		
Зүрхний цохилт түргэсэх			Шоконд орох		
Таталдах			Тууралт гарах		
Зүү хатгасан газар өвдөх			Шээс багасах буюу огт гарахгүй болох		

17. Авсан арга хэмжээ: _____
_____
_____

18. **Өвчтөнд сэлбэсэн цус цусан бүтээгдэхүүний үлдэгдлийг илгээсэн:**
    Эмчийн эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр: .....**Гарын үсэг**: .....
19. **Үлдэгдэл ЦЦБ-ийг хүлээн авсан**: .....сар.....өдөр.....цаг.....минут
20. **Үлдэгдэл ЦЦБ-ийг хүлээн авсан ажилтны нэр:** .....**Гарын үсэг:** .....

Тайлбар:

1. Сэлбэлт хийхийн өмнө хувийн тохироо тодорхойлсон ийлдсийн үлдэгдэл
2. Сэлбэлт хийсэн протоколын хуулбар
3. Урвал өгсөн өвчтөнд сэлбэлт хийсний эсрэг талын гараас шинжилгээний сорьц уусмалгүй хуруу шилэнд 7мл, ЭДТА бүхий хуруу шилэнд 7мл-ийг тус тус авч, цусны албаны лабораторид яаралтай хүргүүлнэ.

4. Цус, цусан бүтээгдэхүүний сэлбэлт хийсэн эмч ноцтой урвал хүндрэл илэрсэн тохиолдолд хөтөлнө.

Тайлбар: Сэлбэлт хийсэн эмч, сувилагч бөглөж цусны нөөц зохицуулах нэгж, цусын салбар төвд тус тус илгээнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-19Б

НОЦТОЙ ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: .....

Эмч, мэргэжилтний /зур/: Эцэг/эх/-ийн нэр: ..... **Өөрийн нэр:** .....

Огноо (он/сар/өдөр/цаг/минут): .....

Сэлбэлт хийсэн (он/сар/өдөр/цаг/минут):
.....

Сэлбэлт хийлгэсэн өвчтөний Нас: ..... **Хүйс /зур/**: Эрэгтэй Эмэгтэй

Ноцтой хүндрэл өгсөн огноо (он/сар/өдөр/цаг/минут):
.....

Сэлбэсэн бүтээгдэхүүн:
Улаан эсийн бүтээгдэхүүн
.....
Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн
.....
Эсийн бүтээгдэхүүн
.....

Цусны бүлэг, резус үл тохирлоос шалтгаалсан дархлалын гаралтай цус задрал
Өөрөө эсрэг бие үүссэнтэй холбоотой дархлалын бус цус задрал
Дархлалын бус цус задрал
Сэлбэлттэй холбоотой үүссэн нянгийн халдвар
Анафилакси/ Хэт мэдрэгжилт
Цус сэлбэлтээс үүдсэн уушгины гэмтэл
Цус сэлбэлтээр дамжсан В гепатит вирүсийн халдвар (HBV)
Цус сэлбэлтээр дамжсан С гепатит вирүсийн халдвар (HCV)
Цус сэлбэлтээр дамжсан ХДХВ вирүсийн халдвар (HIV-1/2)
Цус сэлбэлтээр дамжсан тэмбүүгийн халдвар
Цус сэлбэлтээр дамжсан бусад вирүсийн халдвар (тодорхой нэрлэж бичих)
Цус сэлбэлтээр дамжсан бусад ын халдвар (тодорхой нэрлэж бичих)
Цус сэлбэлтийн дараах цусархаг тууралт
Сэлбэсэн эс, эзэн биеийн эсрэг урвал (GVHD)

Тайлбар: Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлт хийсэн эмч, мэргэжилтэн бөглөж, Цусны салбар төв, ЦССҮТ-д тухай бүр мэдээлнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-20

(өвчний түүхэнд хавсаргана)

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭХ ЗӨВШӨӨРӨЛ АВАХ МАЯГТ

Эцэг/эх/-ийн нэр: _____Өөрийн нэр: _____

Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй **Нас** ____**Тасгийн нэр** _____

А. Өгсөн мэдээлэл:

Онош, заалт: _____

_____

Өвчтөнд сэлбэх цус, цусан бүтээгдэхүүний нэр төрөл _____

(Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээний ач холбогдол, сөрөг үр дагавар, урвал хүндрэл, эмчилгээний бусад аргуудын талаар өвчтөнд энгийн ойлгомжтой хэллэгээр, дэлгэрэнгүй тайлбарлана)

Ач холбогдол, давуу тал:	□ Улаан эсийн бүтээгдэхүүнийг сэлбэснээр цус багадалтыг эмчилнэ, хүчилтөрөгчийн тээвэрлэлтийг нэмэгдүүлнэ, толгой эргэх, ядрах, амьсгал давхцах зовиурыг багасгана.
	□ Ялтаст эсийн өтгөрүүлгийг сэлбэснээр цус алдалтаас сэргийлж, цус тогтоолтонд оролцдог эсийн тоо нэмэгдэнэ.
	□ Шинэ хөлдүү сийвэн болон сийвэнгийн бусад бүтээгдэхүүнүүдийг /криопреципитат/ сэлбэснээр цус алдалтаас сэргийлж, цусны бүлэгнэлтэнд оролцдог уургийн хэмжээг нэмэгдүүлнэ.

Гарч болох урвал, эрсдэл, хүндрэл:

Улаан эсийн бүтээгдэхүүн сэлбэлт:
• Цус задралын урвал /эрт болон хожуу үеийн/: 35000-д 1 тохиолдох бөгөөд бөөрний дутагдал, судсанд цус түгмэл бүлэгнэх хам шинжээр хүндэрч нас баралтад хүргэж болно.
• Цус задралын бус халууралт: 200-д 1 тохиолдоно.
• Харшлын урвалууд: арьсны тууралт 100-д 1, харшлын гаралтай шок 50000-д 1 тохиолдоно.
• Уушгины цочмог гэмтэл: 12000-д 1 тохиолдох эрсдэлтэй. Цус сэлбэснээс хойш 2-8 цагийн дараа уушгины хаван, цусны хүчилтөрөгчийн хэмжээ буурдаг. Үүссэн тохиолдолд нас баралт 5-25% байна.
• Халдварын эрсдэл: нянгийн халдвар 500000-д 1, элэгний В вирусын халдвар 220000-д 1, элэгний С вирусын халдвар 1,6 саяд 1, ХДХВ-ын халдвар 1,6 саяд 1 тохиолдоно.
• Цусны бүлэгнэлтийн алдагдал үүсэх: Их хэмжээний цус сэлбэснээс цусны бүлэгнэлтийн хүчин зүйлүүдийн харьцаанд өөрчлөлт ордог.
• Бусад хүндрэл: биед шингэний хэмжээ ихсэх, цусны калийн хэмжээ ихсэх, цитратын хордлого, цусны кальци, магнийн хэмжээ буурах, биеийн халуун буурах.

Ялтаст эсийн өтгөрүүлэг сэлбэлт:
• Халдварын эрсдэл: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнтэй харьцуулахад халдварын эрсдэл 2000-3000-д 1 тохиолдоно. Үжил үүсгэх эрсдэл 5000-д 1 гэж бүртгэгдсэн.
• Цус задралын бус халууралт: 200-д 60 тохиолдол буюу 30% хүртэл тохиолдож болно.
• Харшлын урвалууд: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнүүдтэй харьцуулахад их буюу 0,09-21% тохиолддог.
• Уушгины цочмог гэмтэл: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнтэй харьцуулахад тохиолдын хувь бага, 60000-д 1 тохиолддог.

Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн сэлбэлт:
• Цус задралын урвал /эрт болон хожуу үеийн/: Цусны бүлгийн тохироонооc хамаарч цус задрах урвал үүснэ. 35000-д 1 тохиолдоно.
• Халдварын эрсдэл: харьцангуй бага, элэгний В вирусын халдвар 900000-д 1, элэгний С вирусын халдвар 3 саяд 1, ХДХВ-ын халдвар 8 саяд 1 тохиолдоно.
• Харшлын урвалууд: харьцангуй тохиолдол их буюу 17000 сэлбэлтэнд 1 тохиолддог.
• Уушгины цочмог гэмтэл: 12000 нэгж сэлбэлтэнд 6,9 тохиолдож болох эрсдэлтэй судалгааны үр дүн байдаг.

Өвчтөнд холбогдох мэдээллийг өгсөн эмчийн нэр, гарын үсэг .....

Огноо: _____ он_____сар_____өдөр

Б. Өвчтөний зөвшөөрөл:

Би эмчилгээний ач холбогдол, гарч болзошгүй сөрөг үр дагаврын талаар тодорхой ойлгосон тул
Надад хийсэн шинжилгээ, эмнэл зүйн тоо баримтыг судалгаа шинжилгээний материалд нэргүйгээр
Өвчтөний эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр, гарын үсэг _____
Огноо: _____ он_____сар_____өдөр
Өвчтөн эрх зүйн чадамжгүй байгаа бол:
Насанд хүрээгүй, ухаангүй, сэтгэцийн эмгэгтэй **(доогуур зур)**
Бусад _____

Зөвшөөрсөн асран хамгаалагчийн эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр /гарын үсэг/ _____ /_____/

Өвчтөнтэй ямар холбоотой болох: _____

Огноо: _____ он_____сар_____өдөр

Хэрэв өвчтөн болон асран хамгаалагч нь зөвшөөрөөгүй тохиолдолд:
Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлэхээс татгалзсан шалтгаан (дэлгэрэнгүй бичих):
_____

Татгалзсан хүний эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр, гарын үсэг _____

Огноо: _____ он_____сар_____өдөр

Тайлбар: Сэлбэлт хийх эмч бөглөнө.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-21А

УРВАЛ, ГАРАХ ШАХСАН ТОХИОЛДОЛ, ҮЛ ТОХИРЛЫГ БҮРТГЭХ МАЯГТ

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:.....

Тасгийн нэр:.....

Эмч, мэргэжилтний (*зур*) Эцэг/эх/-ийн нэр ..... **Өөрийн нэр**.....

Огноо (он/сар/өдөр):.....

Сэлбэсэн бүтээгдэхүүн:.....

Улаан эсийн бүтээгдэхүүн: .....

Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн: .....

Эсийн бүтээгдэхүүн: .....

Урвалын хэлбэр
.....

Үл тохирол, алдаа гарах шахсан тохиолдол
.....

Үл тохирол
.....

Бүртгэсэн огноо (он/сар/өдөр):.....

Тайлбар: Энэ маягтыг сөрөг урвал, гарах шахсан тохиолдол, үл тохирлыг илрүүлсэн эмч, мэргэжилтэн бөглөнө.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-21Б

Эмнэлгийн нэр _____
Тасгийн нэр _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙГ БҮРТГЭХ МАЯГТ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас хүйс	Цусны АВО, резус бүлэг	Оношш	Сэлбэсэн ЦЦБ-ний			Тохироо		Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэсэн протокол хөтөлсөн (+), хөтлөөгүй (-)	Сэлбэсэн ЦЦБ-ний үлдэгдлийн хэмжээ, дагавар бичиг илгээсэн	Сорьц, дагавар бичиг			Сэлбэсэн протоколийн хуулбар илгээсэн (тийм, үгүй)	Урвал хүндрэлийн хуудсаар мэдээлэгдсэн (тийм, үгүй)	Урвал хүндрэлийн төрөл	Дээж хадгалагдсан нөхцөл	Шинжилсэн лаборант, эмч	Шинжилгээний дүгнэлт	Шалгтаан судлах хуудас ирсэн
					Нэр	Цусны бүлэг	Хэмжээ	Биологийн тохироо шалгасан (+),	Хувийн тохироо үзсэн (+), үзээгүй (-)			Сэлбэлтийн өмнөх	Сэлбэлтийн дараах	Шинжилгээнд явуулсан							

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг нэгжид хөтлөн, мэдээг цусны нөөц зохицуулах нэгж, цусны салбар төвд тайланг илгээнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-22А

Эмнэлгийн нэр _____
Тасгийн нэр _____

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙ ЗАХИАЛСАН БА ХҮЛЭЭН АВСАН БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр Өөрийн нэр	Нас хүйс	Оношш	Цусны АВО болон резус бүлэг	Захиалсан ЦЦБ-ний				Хүлээн авсан ЦЦБ-ний				Эмнэлэгт тасагт хадгалсан хэм	Эмнэлэгт тасагт хадгалсан хугацаа	Тээвэрлэлтийн үеийн хэм	Тээвэрлэсэн хугацаа	Унийн дун төгрөөр	Бүтээгдэхүүн хүлээн авсан ажилтны нэр
					Нэр	Цусны АВО болон резус бүлэг	Хэмжээ	Хугацаа	Нэр	Цусны АВО болон резус бүлэг	Хэмжээ	Хугацаа						

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг нэгж дээр хөтлөнө.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-22Б

ЦУСНЫ НӨӨЦ ЗОХИЦУУЛАХ НЭГЖИЙН БҮРТГЭЛ

№	Захиалсан ЦЦБ				Хүчингүй/цуцлагдсан захиалга	Хүлээн авсан ЦЦБ					Захиалгын дауу хүлээн аваагүй	Тээвэрлэлтийн үеийн хэм	Тээвэрлэсэн хугацаа
	Нэр	Цусны АВО, резус бүлэг	Нэгж	Хугацаа		Нэр	Цусны АВО резус бүлэг	Цуврал савлалт, хүүдийний код, ЦӨК	Нэгж	Хугацаа			

ЦУСНЫ НӨӨЦ ЗОХИЦУУЛАХ НЭГЖИЙН БҮРТГЭЛ (СТ-22Б)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

ЦЦБ-ийг хүлээн авсан тасаг	ЦЦБ сэлбүүлэх өвчтний Эцэг /эх/-ийн нэр Нэр /РД/	Нас, хүйс	Онош	Заалт	Цусны АВО болон резус бүлэг	Хувийн тохироо үзсэн нэгжийн тоо	Бүтээгдэхүүн хүлээн авсан ажилтны нэр	Урвал, хүндрэл	Актлагдсан ЦЦБ	Үлдэгдэл нөөц

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-22В

Эмнэлгийн нэр _____

Тасгийн нэр _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙ ХЭРЭГЛЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Он сар өдөр	ЦЦБ-ний нэр	ЦЦБ-ий хэмжээ	Нөөц	Өвчтөний овог нэр	ЦЦБ сэлбэх заалт	Оношо	Мэс заслын нэр	Сэлбэх ЦЦБ нэр	ЦЦБ хэмжээ	Хувийн тохироо үзсэн нэгжийн тоо	Сэлбэсэн нэгжийн тоо	Цусны АВО, RhD бүлгээр							
													O, RhD+	A, RhD+	B, RhD+	AB, Rh+	O, RhD–	A, RhD–	B, RhD–	AB, RhD–

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг, нэгж дээр хөтөлнө.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-23А

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС №

Дуудлага авсан он сар өдөр

Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр _____ Яаралтай

Дуудлага өгсөн утасны дугаар Яаралтай бус

Өвчтөний эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____

Нас Хүйс

Оршин суугаа хаяг _____

Хаягын тодотголын _____

Дуудлага өгсөн хүний нэр _____ ажлын газар _____

Дуудсан шалтгаан

Үзүүлэлт	цаг	минут
Дуудлага авсан		
Дуудлага гарсан		
Хүлээгдсэн		

Үзүүлэлт	цаг	минут
Айлд очсон		
Эмнэлэг тээвэрлэсэн		
Дуудлага дуусан		

Үзүүлэлт	цаг	цаг	минут
Нийт зарцуулсан хугацаа			

Зовиур

Өвчтний түүх:

Бодит үзлэг /зур/

Биеийн байдал:
□ Сайн
□ Дунд
□ Хүндэвтэр
□ Хүнд
□ Маш хүнд
□ Агональ
□ Клиник үхэл

Ухаан санаа:
□ Саруул
□ Бүдгэрсэн
□ Дөжрөн балартах
□ Ухаангүй комын

Орчиндоо:
□ Харьцаатай
□ Харьцаагүй

Байрлал:
□ Идэвхтэй
□ Идэвхгүй
□ Хагас суугаа
□ Албадмал

Үг яриа:
□ Хэвийн
□ Ойлгомжгүй
□ Огт ярихгүй

Биеийн галбир:
□ Хэвийн
□ Тарган
□ Туранхай

Нүүр царай:
□ Ердийн
□ Цайвар
□ Цонхигор
□ Хөхөрсөн
□ Улайсан
□ Толботой
□ Тууралттай
□ Х өөнгө
□ Цэлхэгэр

Арьсны уян хатан чанар:
□ Хэвийн
□ Ердийн
□ Сул
□ Халуун
□ Хүйтэн

Арьсны чийглэг байдал:
□ Чийглэг
□ Ердийн
□ Хуурай

Захын тунгалгийн булчирхай:
□ Тэмтрэгдэнэ
□ Тэмтрэгдэхгүй

Хүчилтөрөгчийн хангамж:
_____

Мэдрэлийн үзлэг:
Хүзүүний хөшингө (-) (+)

Хүүхэн хараа:
□ Хэвийн
□ Нарийссан
□ Өргөссөн
Гэрлийн урвал:(-) (+)
Эвэрлэгийн рефлекс:(-) (+)

Таталт:
□ Хэсгийн
□ Нэлэнхүйдээ
□ Тасралтгүй
□ Хүчдэлийн
□ Чичирхийлсэн

Булчингийн хүчдэл:
□ Ердийн □ Сул
□ Атони □ Чангарсан
Симптомууд:
Мэнэнгийн шинж:
□ Симптом кернига (-) (+)
□ Брудзинский(-) (+)

Зүрх судасны эрхтэн тогтолцоо:

Зүрхний авиа:
□ Тод □ Бүдэг □ Акценттай
□ Шуугиантай
Судасны цохилтын тоо _____
□ Жигд □ Жигд бус □ Булгилсан
□ Сул □ Тэмтрэгдэнэ
□ Тэмтрэгдэхгүй
Экг-д:
P___PQ___QS___QRS__ST___T___QT___

Артерийн даралт:
D___S____
Давтан үзэхэд D ____S_____
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо:
Амьсгалын тоо:
1 минутанд ___

Амьсгал:
□ Ердийн □ Өнгөц □ Гүн
Амьсгалд:
□ Цээжний
□ Хүзүүний туслах булчингууд оролцоно

Амьсгалын зам:
□ Чөлөөтэй □ Хэл унасан
□ Эрүүгүй
□ Амны хөндийд бөөлжистэй
□ Салсттай □ Цустай
□ Гулгилт □ Бөглөрөлттэй
□ Амьсгаадалт гаргалтын авалтын
□ Холимог

Цээжний хэнхэрцэг эмзэглэлтэй: (-) (+)
Хэлбэр өөрчлөгдсөн:(-) (+)
Уушиг: тогшилтоор:
□ Хэнгэргэн □ Дүлий
□ Дууны доргион(-) (+)
Чагналтаар:
□ Цулцангийн □ Ширүүн
□ Гуурсан хоолойн
□ Суларсан амьсгалтай

Хэржигнүүр:
□ Сонсогдоно
□ Сонсогдохгүй
□ Хяхтнасан
□ Шажигнасан
Гялтангийн шүргэлцэх чимээ:(-) (+)
Хөөмий гүйлсэн булчирхай:
□ Хэл □ Чийглэг
□ Хуурай □ Өнгөртэй
□ Өнгөргүй

Хэвлий:
□ Зөв хэлбэртэй
□ Цардгар
□ Татагдсан
□ Амьсгалд оролцоно
□ Оролцохгүй

Хэвлий тэмтрэлтээр:
□ Эмзэглэлтэй
□ Эмзэглэлгүй
□ Зөөлөн □ Хатуу
Хэвлийн хөндийд
□ Шингэнтэй □ Шингэнгүй

Хэвлийн хөндийн цочмог шинж тэмдэг (-) (+)
Симптомууд:_____

Шээс ялгаруулах тогтолцоо:

Шээсний гарц: □ Хэвийн
□ Ихэссэн □ Багассан □ Цустай

Симптом пастернацкий:
D (-)(+) ___S___(-)(+) __
Хөл шилбээр:
Хавантай:
□ Үгүй
□ Тийм

Элэг дэлүү: □ Тэмтрэгдэнэ □ Тэмтрэгдэхгүй □ Эмзэглэлтэй □ Эмзэглэлгүй	Мэс засал хийлгэсэн эсэх: □ Үгүй □ Тийм Төрөх эмэгтэйчүүд: УЗЦ: _____ (-) (+) Ургийн байрлал: □ Дагуу □ Хөндлөн	Умай: □ Тонустай □ Тонусгүй □ Тэмтрэгдэнэ □ Тэмтрэгдэхгүй Ургийн толгой: □ Аарцагт суусан □ Суугаагүй Үтрээнээс гарсан ялгадас: □ Цус □ Ялгадас Умайн цус алдалт: хэмжээ_____(-) (+)

Урьдчилсан онош:
Нэмэлт тэмдэглэл:
Очихоос өмнө тусламж: аваагүй, авсан, хэрэглэсэн эм, тариа

Үзүүлсэн тусламж:

Зүрхний цахилгаан бичлэг	
Шарх цэгцэлсэн	
Ариун боолт/тампонад/	
Чангалуур тавьсан	
Чиг	
Зүрх судасны сэхээн амьдруулалт	
Хүчилтөрөгч өгсөн	
Сахар тодорхойлох	
Захын судсанд О тодорхойлох	
Интубаци	
Цахилгаан сорилт (AED)	

Үзүүлэлт		Анхны үзлэгээр		Арга хэмжээ авсаны дараах
Цусны	Зүүн			
	Баруун			
Зүрхний цохилтын тоо				
Амьсгалын тоо				
Биеийн халуун				
Хүчил төрөгчийн				

Хийсэн эмчилгээ:

Өвчтөнг тээвэрлэхдээ: хөлөөр, сандалд, өргөж, дамнуурга, бусад
Дуудлагын төрөл: _____
Хэвтүүлсэн,
Эмнэлэгт очсон огноо: цаг----------минут
Хүлээн авсан эмчийн _____

Дуудлагын үр дүн:

Замд нас барсан	
Хаяг олдоогүй	
Өөрсдөө эмнэлэг явсан	
Дуудлага буцаасан	
Үзлэгээс татгалзсан	

Гэртээ төрсөн	
Эмч очихоос өмнө нас барсан	
Эмнэлэгт хүргэсэн	
Тусгай бригадад шилжүүлсэн	
Архитай холбоотой	

Эмнэлгийн хүлээн авахад

Онош

өвчтэй учир хэвтүүлэв.

Картын дугаар

Огноо

Өвчтөний эцсийн онош:	ӨОУА код

Эмчийн _____ Сувилагчийн нэр _____
Жолоочын нэр: _____ Эзэлжийн ахлагчийн _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-23Б

Дуудлага авсан он сар өдөр

ХҮҮХДИЙН ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС№

Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр: _____ Яаралтай

Дуудлага өгсөн утасны дугаар: _____ Яаралтай бус

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр:_____ Нэр:_____

Нас:_____ Хүйс: /зур/ Эрэгтэй, Эмэгтэй

Оршин суугаа хаяг: _____

Хаягийн тодотгол:_____

Дуудлага өгсөн хүний нэр ба ажлын газар: _____

Дуудсан шалтгаан: _____

Үзүүлэлт	цаг	минут	Үзүүлэлт	цаг	минут
Дуудлага авсан			Гарсан		
Хүлээгдсэн			Айлд очсон		
Буцаж ирсэн			Зарцуулсан		

Очихоос өмнөх тусламж: /зур/ аваагүй, авсан, хэрэглэсэн эм тариа: _____

Зовиур:_____

_____

Бодит үзлэгийн хэсэг:			
Биеийн ерөнхий байдал: □ Дунд □ Хүндэвтэр □ Хүнд □ Маш хүнд □ Агîнàль □ Клиник үхэл	**Ухаан санаа:** □ Саруул □ Бүдгэрсэн □ Дөжрөн балартах □ Оворго □ Бусад _____	**Орчиндоо**: □ Харьцаатай □ Харьцаагүй **Байрлал**: □ Идэвхтэй □ Идэвхгүй □ Хагас суугаа □ Албадмал □ Хэвтрийн бусад _____	**Хөдөлгөөн:** □ Идэвхтэй □ Идэвхгүй Биеийн галбир: □ Хэвийн □ Тарган □ Туранхай □ Туранхайвтар
Арьсны өнгө: □ Ердийн □ Цайвар □ Цайвар ягаан □ Шар □ Саарал □ Бусад_____	**Уян чанар:** □ **Х**эвийн □ Буурсан □ Алдагдсан □ Арьсны чийглэг байдал: □ Хэвийн □ Ихэссэн □ Хуурайшсан	Тууралт: □ Цэвэр □ Тууралтгүй □ Тууралттай: □ Улаан □ Толбон □ Гүвдрүүт □ Цэврүүт □ Бэлцрүүт □ Зангилаат □ Цусархаг □ Хөхрөлт □ Бусад _____ _____	Тууралтын байршил:_____ _____ _____
Захын тунгалагийн булчирхай: □ Тэмтрэгдэхгүй □ Тэмтрэгдэнэ_____	**Булчингийн хүчдэл:** □ Ердийн □ Сул □ Хүчдэлгүй □ Ихэссэн	**Мэдрэлийн үзлэг:** Дагзны хөшингө илэрсэн эсэх + - См Керниг + - См Брузенский + -	Таталт: □ Үгүй □ Хэсгийн □ Нилэнхүйдээ □ Шилжимхий □ Чичирхийлсэн □ Хүчдэлийн
Толгойн хэлбэр:_____		**Гавлын ясжилт:**/зур/ хэвийн, зөөлөн	
Зулай: □ Битүүрсэн □ Битүүрээгүй /тайван, хонхор, дүүрэнгэ, лугшилттай/: Зулай хэмжээ:_____см	**Хүүхэн хараа:** □ Хэвийн □ Нарийн □ Өргөссөн □ 2 талд ижил биш	**Гэрлийн урвал:** + - Эвэрлэгийн рефлекс: + -	**Чих:Өвдөлт:** □ **Т**ийм □ Үгүй □ См Трагус +- /баруун,зүүн/
Гүйлсэн булчирхай: □ Үрэвсээгүй □ Үрэвссэн □ Бусад _____ _____	**Хэл:** □ Чийглэг □ Хуурай □ Өнгөртэй □ Өнгөргүй	**Зүрхний авиа:** **Т**од, бүдэг **Хэм:** □ Жигд □ Жигд бус □ Түргэссэн □ Удааширсан □ Хэм алдагдсан □ Акцент_____, Эмгэг шуугиан + - хүчдэл,дүүрэлт	**Амьсгалын тогтолцоо: Хамар сарталзах шинж:** □ Илэрсэн □ Илрээгүй

Цээж хонхолзох шинж: □ Илрээгүй □ Тод илэрсэн □ Сул илэрсэн	**Хамрын амьсгал:** □ Чөлөөтэй □ Саадтай □ Тийм бол ямар: _____	**Амьсгал авалт саадтай эсэх:** □ Тийм □ Үгүй **Амьсгал гаргалт саадтай эсэх:** □ Тийм □ Үгүй	**Амьсгалын хэлбэр:** □ Цээжний □ Хэвлийн □ Холимог **Ханиалгалт:** □ Тийм □ Үгүй
Амьсгалд цээжний туслах булчин: □ Оролцоно □ Оролцохгүй Дууны доргион: □ Хэвийн □ Суларсан □ Хүчтэй	**Чагналтаар:** □ Цулцангийн □ Ширүүссэн □ Гуурсан хоолойн □ Суларсан □ Дүлий **Амьсгалын эмгэг шуугиан:** □ Хяхтнасан □ Шуугисан	**Хэржигнүүр:** □ Хэржигнүүргүй □ Хэржигнүүртэй: /зур/ хуурай, нойтон, холимог, шаржигнуур, жижиг, дунд, том, байрлал	**Гялтангийн шүргэлцэх чимээ**: □ Хэвлийнүзлэг: □ Ердийн □ Цардгар □ Дүүрэнгэ □ Мэхгэр □ Зөөлөн □ Эмзэглэлгүй □ Эмзэглэлтэй
Хэвлийн хөндийн цочмог шинж: + - См_____ _____	**Элэг дэлүү:** □ Тэмтрэгдэнэ □ Тэмтрэгдэхгүй _____ _____	**Хагалгааны сорив:** □ **Т**ийм □ Үгүй	**Баас:** □ Хэвийн □ Шингэн □ Хатна Суулгалт: □ Шингэн □ Усархаг □ Салсархаг □ Цусан судалтай □ Хоолны боловсроогүй үлдэгдэлтэй
Баасны өнгө: □ Шар □ Ногоон □ Цагаан □ Хар □ Бусад _____ Баасны тоо: хоногт ____ удаа	**Шээсний гарц:** □ Хэвийн □ Ихэссэн □ Багассан См Пастернацский /зур/ баруун + -, зүүн +-		**Хөл шилбээр хаван:** □ Үгүй □ Тийм

0-2 сар хүртэлх хүүхдийн үзлэг			2 сараас дээш насны хүүхдийн үзлэг		
Маш хүнд өвчин	□ Хооллож чадаж буй эсэх □ Татсан □ Амьсгал олширсон □ Цээж хүчтэй хонхолзсон □ Хамар сарталзсан □ Яраглаж амьсгалсан □ Чихнээс булаг гоожсон □ Зулай чинэрэлттэй □ Хүй улайж арьсруу тэлсэн □ Халууралт 37.5-с дээш, эсвэл 35.5-с доош буух □ Арьсанд олон идээт цэврүүтэй □ Унтаарсан буюу ухаангүй □ Хөдөлгөөн ердийнхөөс багассан		Машхүнд өвчин	□ Татсан □ Унтаарсан буюу ухаангүй □ Уух чадваргүй болсон □ Уусан бүхнээ бөөлжих	
			Суулгалт	□ Шингэн их алдалт □ Шингэн алдалт □ Шингэн алдалтгүй □ Хүнд ужиг суулгалт □ Цусан суулгалт	
			Чихний өвчин	□ Хөхлөг ургацагийн үрэвсэл □ Чихний цочмог халдвар □ Чихний архаг халдвар	
Нянгийн хэсэг газрын халдвар	□ Хүй улайсан буюу идээ гарсан □ Арьсны идээт цэврүү □ Хүй улайж арьсруу тэлсэн		Хоолойн өвчин	□ Залгиурын арын буглаа □ Хоолой залгиурын идээт үрэвсэл □ Залгиурын салстын үрэвсэл	
			Хооллолтын бэрхшээл	□ Хооллолтын бэрхшээлтэй □ Хооллолтын бэрхшээлгүй	
Нярайн шарлалт	□ Төрөөд шарласан нярай □ Гарын алга хөлийн ул, нүдний склер гар байх				
Шингэн алдалт	□ Хөдөлгөөн муудах □ Цочромтгой □ Нүд хонхойх □ Арьсны хуниас				

Урьдчилсан онош:	ӨОУА код

Хийсэн эмчилгээ:

Үзүүлэлт		Анхны үзлэгээр	Арга хэмжээ авсны дараахь	Зөвлөсөн эмчилгээ: - давтан үзлэг 1,2,3,5 хоног - хэзээ яаралтай эргэн үзүүлэхийг - зөвлөсөн эсэх
Цусны даралт	зүүн			
	баруун			
Зүрхний цохилтын тоо				
Амьсгалын тоо				
Биеийн хэм				
Захын судасны O_2-ын				

Өвчтөнг тээвэрлэхдээ: хөлөөр, сандалд, өргөж, буюу тэвэрч, дамнуургаар

Хэвтүүлсэн шилжүүлсэн эмнэлэг: /зур/ _____

Эмнэлэгт очсон цаг_____ минут_____

Хүлээн авсан эмчийн нэр гарынүсэг:_____

Дуудлагын үр дүн:

Замд нас барсан		Хаяг олдооүй
Эмч очихоос өмнө нас барсан		Дуудлагаа буцаасан
Өөрсдөө эмнэлэг явсан		Үзлэгээс татгалзсан
Эмнэлэг хүргэсэн		Үр дүнгүй

Эмчийн нэр: _____ Сувилагчийн нэр:_____

Жолоочийн нэр: _____ Ээлжийн зохицуулагчийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-23В

ХАЛДВАРТАЙ ӨВЧНИЙ ТУСГААРЛАЛТ ХАЛДВАРГҮЙТГЭЛИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС

Дуудлага авсан он сар өдөр
Дуудлага хүлээн авах хүний нэр_____
Дуудлага өгсөн хүний нэр _____ Утас _____№ _____
Ажлын газар, хаяг _____
Өвчтөний овог _____ Нэр _____нас_____ Хүйс: эр, эм (зур)
Өвчтөний гэрийн хаяг_____
_____
Өвчтөний ажил, сургууль, цэцэрлэг _____
Өвчин эхэлсэн _____ он _____сар _____ өдөр _____ цаг Анхны шинж тэмдэг._____
_____
Өвчний онош _____ _____

Үзүүлэлт	цаг	минут
Дуудлага авсан		
Айлд очсон		
Хүлээгдсэн		

Үзүүлэлт	цаг	минут
Гарсан		
Ирсэн		
Зарцуулсан		

Эмчийн нэр _____ Жолооч _____ км _____
Хаягийн тодруулга _____
_____

ХӨСҮТ-ийн хүлээн авахад

_____ Овогтой _____Нас _____ Хүйс: эр, эм (зур)
Онош _____өвчтэй учир хэвтүүлэн эмчлүүлье.
Тусгаарлалт халдваргүйтгэлийн алба их, бага эмч (зур)
Нэр _____ Хуудас № _____

АР ТАЛ

ГОЛОМТОНД АВСАН АНХНЫ АРГА ХЭМЖЭЭ

1. Бодит үзлэг хийсэн, үгүй (зур)
2. Эмчилгээ хийсэн, үгүй (зур)
Эм тарианы нэр, тун хэмжээ _____
_____
Хэрэглэсэн зүү шиприц, бусад зүйл _____
3. Халдварын судалгаа хийсэн, үгүй (зур)
4.Зөвөлгөө яриа хийсэн хүний тоо _____
5. Шинжилгээ авбал зохих хүний тоо _____
Үүнээс шинжилгээ авсан хүний тоо _____
6. Халдваргүйтгэл хийсэн, үгүй (зур)
Хийсэн бодисын нэр, тун хэмжээ _____
Хийгээгүй шалтгааныг тодорхой бич _____

9. Халдварын клиник эмнэлэгт тусгаарлагдсан, үгүй (зур)
Хэвтээгүй шалтгааныг тодорхой бич _____
_____
10. Онош үгүйсгэсэн аль эмнэлэг _____
Эмчийн нэр _____
Буцаасан онош _____

Та манай үйлчилгээний талаар санал хүсэлтээ бичнэ үү?

Хангалттай, хангалтгүй (зур). Тайлбар _____
_____
Хүний нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-24А

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ЭМЧИЙН АЖЛЫН ТООЦООНЫ ХУУДАС /Насанд хүрэгчдийн/

Эмчийн нэр _____

№	Сар, өдөр	Ажилласан цаг	Бүх дуудлага				Давтан дуудлага	Төрөлт		Осол гэмтэл								Гэнэт өвчлөл																							Бүх нас баралт	Үүнээс			
																																										Осол		Гэнэтийн өвчлөл	
			Үр,дүнгүй	төрөх	Осол, гэмтэл	Гэнэтийн өвчлөл		Бүгд	Үүнээс гэртээ	Үйлдвэрийн	Зам тээврийн	Гудамжны	Спортын	Амиа хорлосон	Буслад хорлогдсон	Архины хордлого	Бусад	Зүрхний бах	Зүрхний шигдээс	Тархины цус харвалт	Цусны даралт ихсэх	Холецистит	Хоол шингээх эрхтний бусад	Мухар олгой	Гэдэсний түгжрэл	Перитонит	Ход/ гэдэсний хямрал	Хоолны хордлого	Умайн цус алдалт	Хамрын цус алдалт	Бусад эрхтний цус алдалт	Цочмог хатгаа	Гуурсан хоолойн багтраа	Амьсгалын замын цочмог халдвар	Шээс бэлэг эрхтний бусад	Халдварт өвчин	Хорт хавдар	Эпилепси	Сэтгэцийн өвчин	Бусад		Тусламж авсан	Эмч очихоос өмнө нас барсан	Эмч очихоос өмнө нас барсан	Тусламж авсан
1																																													
2																																													
3																																													
4																																													
5																																													
6																																													
7																																													
8																																													
9																																													
10																																													
11																																													
12																																													
13																																													
14																																													
15																																													
16																																													
17																																													
18																																													
19																																													
20																																													
21																																													
22																																													
23																																													

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-24Б

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ЭМЧИЙН АЖЛЫН ТООЦООНЫ ХУУДАС /Насанд хүрэгчдийн/

Эмчийн нэр _____

№	Тусламж												Дуудлага		дундаж/км/	Дуудлаганд зарцуулагдсан дундаж хугацаа	Бүх явсан км	Давтан дуудлага	Нэн яаралтай		Хүлээгдэл				Дуудлага аваад айлд очсон				Хүйс		Насны ангилал							
	ЗСА сэхээн амьдруулалт	Шархны а/цэгцэлгээ	Боолт	Чиг	Хүчилтөрөгч өгсөн	Шингэн залгасан	Судас тариа	Бусад тариа	Зүрхний цахилгаан бичлэг	Цээж х/хөндийн хатгалт	Эмнэлэгт хүргэсэн	Бусад хэлбэрийн	Холбоогоор авсан	70км-аас дээш					Бүгд	Үүнээс 20мин-д очсон	0-10 минутын дотор	11-20 минутын дотор	21-30 минутын дотор	31 минутаас дээш	0-20 минутын дотор	21-40 минутын дотор	41-60 минутын дотор	1 цагаас дээш	Эрэгтэй	Эмэгтэй	0-14 нас	15-19 нас	20-29 нас	30-39 нас	40-49 нас	50-59 нас	60-69 нас	69 -өөс дээш
1																																						
2																																						
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
21																																						
22																																						
23																																						
24																																						

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-25А

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ЭМЧИЙН АЖЛЫН ТООЦООНЫ ХУУДАС /Хүүхдийн/

Эмчийн нэр _____

№	Сар, өдөр	Ажилласан цаг	Бүх дуудлага			Осол гэмтлийн дуудлага								Нярайн эмгэг					Мэдрэлийн эмгэг		Амьсгалын замын эмгэг								Хоол боловсруулах замын эмгэг			Мэс заслын эмгэг			Зүрх судасны эмгэг	Бөөр шээс дамжуулах замын эмгэг	Арьс харшил	Халдварт	Бүх нас баралт	Үүнээс			
																																								Осол		Гэнэтийн өвчлөл	
			Ур.дүнгүй	Осол, гэмтэл	Гэнэтийн өвчлөл	Угарын хийн хордлого	Эмийн бодисын хордлого	Хоолны хордлого	Химийн бодисын хордлого	Түлэгдэлт	Ахуйн осол	Зам тээврийн	Бусад	Гипербилирубеними	Тархины хүчилтөрөгчийн дутмагшил	Маш хүнд өвчин	Нянгийн хэсэг газрын халдвар	Бусад	Таталтын хам шинж	Бусад	Амьсгалын замын цочмог халдвар	Гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл	Хамрын үрэвсэл ба чихний үрэвсэл	Төвөнхийн цочмог бачуурал	Цагаан мөгөөрсөн хоолой ба гуурсан хоолойн үрэвсэл	Цагаан мөгөөрсөн хоолой болон гуурсан хоолойн бөгөөлт үрэвсэл	Уушигны хатгалгаа	Бусад	Суулгалт	Ходоод гэдэсний хямрал	Бусад	Хэвлийн хурц үрэвсэл	Мухар олгойн үрэвсэл	Бусад						Тусламж авсан	Эмч очихоос өмнө нас барсан	Эмч очихоос өмнө нас барсан	Тусламж авсан
1																																												
2																																												
3																																												
4																																												
5																																												
6																																												
7																																												
8																																												
9																																												
10																																												
11																																												
12																																												
13																																												
14																																												
15																																												
16																																												
17																																												

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-25Б

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ЭМЧИЙН АЖЛЫН ТООЦООНЫ ХУУДАС /Хүүхдийн/

Эмчийн нэр _____

Эмчийн нэр _____

№	Тусламж										Дуудлага		дундаж / км/	Дуудлаганд зарцуулагдсан дундаж хугацаа	Бүх явсан км	Давтан дуудлага	Нэн яаралтай		Хүлээгдэл				Дуудлага аваад айлд очсон				Хүйс		Нас								
	ЗСА сэхээн амьдруулалт	Шархны а/цэгцэлгээ	Боолт	Чиг	Хучилтерегч өгсөн	Шингэн залгасан	Судас тариа	Бусад тариа	Эмнэлэгт хүргэсэн	Бусад хэлбэрийн	Холбоогоор авсан	70км-аас дээш					Бүгд	Үүнээс 20мин-д очсон	0-10 минутын дотор	11-20 минутын дотор	21-30 минутын дотор	31 минутаас дээш	0-20 минутын дотор	21-40 минутын дотор	41-60 минутын дотор	1 цагаас дээш	Эрэгтэй	Эмэгтэй	0-28 хоног	29 хоногоос-1 нас	1-2 нас	2-3 нас	3-4 нас	4-5 нас	6-9 нас	10-13 нас	14-15 нас
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
22																																					
23																																					
24																																					
25																																					

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-26

АЛСЫН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС

А. Алсын дуудлага хүлээн авсан байдал

1. Дуудлага хүлээн авсан ____он____сар_____өдөр____цаг____минут
2. Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр, албан тушаал _____
3. Дуудлага өгсөн эмнэлгийн байгууллага _____
4. Дуудлага өгсөн хүний нэр, албан тушаал _____
5. Эмчлүүлэгчийн: Овог _____ Нэр: _____ Нас_____ Хүйс _____
6. Үндсэн онош_____
_____

7. Дуудсан шалтгаан : / зур / багаж, тоног төхөөрөмж, шинжилгээ, нарийн мэргэжлийн эмч, дутагдалтай,
бусад _____

8.Бусад тодруулсан мэдээлэл _____
_____

Б. Дуудлага шийдвэрлэсэн байдал

9. Эмнэлгийн байгууллагад дуудлагыг мэдээлсэн ____он____ сар____өдөр___цаг____минут
10. Дуудлагыг хүлээн авсан эмнэлгийн байгууллагын нэр
_____
11. Хүлээн авсан хүний нэр, албан тушаал _____
_____
12. Дуудлагад явсан ____он___сар___өдөр___цаг____минут
13. Шийдвэрлэсэн байдал /албан тушаал, овог, нэр/_____
14. Телемедицинээр зөвлөгөө өгч шийдэх **/18-ыг бөглөх/**
15. Газар дээр нь очиж эмчилгээ, үйлчилгээ үзүүлэх /
16. Эмч, мэргэжилтний явсан тээвэр /зур/ машин, галт тэрэг, онгоц, бусад_____ _____
Машинаар явсан тохиолдолд машины марк_____ дугаар _____
Жолоочийн: Овог: _____ Нэр: _____
17. Дуудлагад явсан эмчийн нэр, албан тушаал _____
_____

В. Тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн байдал

18. Телемедицинээр зөвлөгөө өгсөн /зур /
а) Эмчилгээг хэвээр үргэлжлүүлсэн
б) Эмчилгээний тактикийг өөрчилсөн
в) Мэргэжлийн зөвлөгөө өгсөн
г) Бусад _____

19. Эмч очиж тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн /зур /
а) Эмчилгээг хэвээр үргэлжлүүлсэн
б) Эмчилгээний тактикийг өөрчилсөн
в) Мэс засал хийсэн
г) Давтан мэс засал хийсэн
д) Мэргэжлийн зөвлөгөө өгсөн
е) Бусад _____
20. Тусламж үзүүлсэн эмчийн онош: _____
_____

21. Онош зөрсөн бол түүний шалтгаан _____
22. Дуудлага шаардлагатай, шаардлагагүй байсан _____
23. Эмчилгээний үр дүн / зур /

а) Сайжирсан
б) Хэвэндээ
в) Дордсон
г) Нас барсан

24. Өвчтөн нас барсан бол шалтгаан
а) Дуудлага оройтсон
б) Өвчний оройтож хэвтсэн
в) Мэс засал оройтсон
г) Эмчилгээний тактикийг буруу сонгосон
д) Эм, тариа дутагдсан
е) Багаж, тоног төхөөрөмж дутагдсан
ё) Бусад _____

25. Дуудлагаар үйлчүүлсэн байгууллагын тэмдэг _____
26. Дуудлагад явсан эмчийн гарын үсэг_____ _____

_____он_____сар____өдөр ____цаг _____минут

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-27

Эмнэлгийн нэр_____
Тасгийн нэр _____
Өвчтөний тоо _____

ЭМИЙН ЗАХИАЛГЫН ТҮҮВЭР

201.....оны ..... сарын .... өдөр

Палатны дугаар		Нас	Хүйс	Ор хоног	Түүхийн №	Хоолны №																					Хатгалтын тооцоо				**Нийт**	Зарцуулсан тариур /гр/						
																											Дусал	Судас	Булчин	Арьсан дор		20,0	10,0	5,0	3,0	1,0	Уян зүү	Систем
	Нийт																																					

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-28

ТУСГАЙ ХОГ ХАЯГДЛЫН УСТГАЛЫН БҮРТГЭЛ

Тасаг _____ _____ он _____ сар ____ өдөр

№	Хог ачиж тээвэрлэсэн он сар өдөр	Хог хаягдлын жин /кг/					Хог хаягдал хүлээлгэн өгсөн хүний нэр гарын үсэг	Хогны тээвэрлэлт, устгалын байгууллага	
		Шар ууттай хог	Улаан ууттай хог	Аюулгүй хайрцаг	Хүрэн ууттай хог	Бусад хог		Нэр, тээврийн хэрэгслийн дугаар	Гарын үсэг

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-29

ТУСГАЙ ХОГ ХАЯГДЛЫН БҮРТГЭЛ

Он _____ сар____

№	Хог хаягдлын ангилал Он сар өдөр	Халдварын зэрэглэл өндөртэй хог хаягдал	Халдвартай хог хаягдал	Хурц үзүүртэй ирмэгтэй хог хаягдал	Эмгэг хог хаягдал	Эм, химийн бодис, эсэд хортой хог хаягдал	Даралтат сав	Цацраг идэвхит хог хаягдал	Хүнд металлын хог хаягдал	Дахин боловсруулах хог хаягдал	Хог хаягдал хүлээлгэн өгсөн хүний гарын үсэг	Хог хаягдал хүлээн авсан хүний нэр гарын үсэг
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-30

ЭМНЭЛГИЙН ЗӨӨЛӨН ЭДЛЭЛД ХИЙСЭН ХАЛДВАРГҮЙТГЭЛ, УГААЛГА АРИУТГАЛД ХҮЛЭЭН АВЧ, ОЛГОСОН БҮРТГЭЛ

№	Огноо	Угаалганд өгсөн зүйлс нэр												Дезкамерт өгсөн зөөлөн эдлэлийн нэр					Хүлээлгэн өгсөн хүний нэр	Хүлээн авсан хүний нэр гарын үсэг
		Нярайн даавуу	Мэс заслын даавуу	Их цагаан	Мэс заслын өмд цамц	Мэс заслын халад	Хөнжлийн даавуу	Дэвсгэр даавуу	Хөнжил	Гудас	Тюль, хөшиг	Эмч ажилчдын халад, өмд, цамц	Бусад	Хөнжил	Хувцас	Гудас	Матрас	Бусад		

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-31

АРИУТГАЛД БАГАЖ МАТЕРИАЛ ХҮЛЭЭН АВЧ ОЛГОСОН БҮРТГЭЛ

Огноо	Тасгийн нэр	Хүлээн авсан багажны тоо	Угаалгын чанарт хяналт тавьсан багажны тоо (+/-)	Багаж хэрэгсэл хүлээлгэн өгсөн хүний гарын үсэг	Багаж хэрэгсэл хүлээн авсан ариутгагчийн гарын үсэг	Угаалгын хугацаа				Хатаасан хугацаа	Ариутгасан хугацаа	Багаж хэрэгсэл хүлээн авсан ариутгагчийн гарын үсэг	Багаж хэрэгсэл хүлээлгэн өгсөн хүний гарын үсэг
						I дамжлага	II дамжлага		III дамжлага				
							Уусмалд хийсэн	Уусмалаас гаргасан					

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-32а

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /НАСАНД ХҮРЭГЧИД/ №.....

Эмнэлгийн нэр:_____ Яаралтай тусламжийн тасагт ирсэн.....он.....сар.....өдөр

Ерөнхий мэдээлэл

Эцэг /эх/-ийн нэр:	РЕГИСТРИЙН ДУГААР	ХҮЙС ☐ЭР ☐ЭМ	НАС	ЭМДД

ИРГЭНИЙ ХАРЬЯАЛАЛ:	ХОЛБОГДОХ УТАС	ДАВТАН ИРСЭН ХУГАЦАА: ....он....сар....өдөр ☐ 24 цаг ☐ 48 цаг ☐ 72 цаг

ЯТТ-т ирсэн цаг	Эрэмбэлсэн	ЯТТ-ийн эмч үзсэн	Шийдвэрлэсэн	ЯТТ-т байсан нийт цаг
....цаг ....минут	....цаг ....минут	....цаг ....минут	....цаг ....минут	....цаг.....минут

ОСОЛ ГЭМТЭЛ	ЦАГДААД МЭДЭГДСЭН ЭСЭХ:	ГЭМТСЭН ШАЛТГААН:	Он, сар өдөр цаг минут
☐Тийм ☐Үгүй ☐Мэдэхгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй		

ЯТТ-т ирсэн хэлбэр	Хэн авчирсан:	Асуумж өгсөн хүн:..... Утас:.....
☐ Өөрөө ☐ 103 ☐ Амбулаториос ☐ Бусад эмнэлгээс ☐13А		

Ирэх үеийн зовиур:	Биеийн жин.....кг Өндөр.....см	Сүүлийн сарын тэмдэг: ....сар....өдөр
	Цусны бүлэг: ..... Rh:	☐ Жирэмсэн ☐долоо хоног ☐ Цэвэршсэн

Анхны үзлэг

Амьсгалын зам ☐ чөлөөтэй ☐ саадтай

Амьсгал ☐ хэвийн ☐ хэвийн бус

Цус эргэлт ☐ хэвийн ☐ хэвийн бус

Арьсны өнгө ☐ хэвийн ☐ хэвийн бус

Пульс ☐хэвийн ☐хэвийн бус

Хялгасан судасны дүүрэлт ☐ 2 сек ☐>2 сек

Булчингийн хүч
☐Хэвийн ☐ Суларсан ☐ Чангарсан
☐Баруун ☐Зүүн
☐Дээд мөч ☐Доод мөч

Байнга хэрэглэдэг эм	Харшил

Эрт сэрэмжлүүлэх үнэлгээ

Хугацаа / Үзүүлэлт				
Ухаан санааны байдал (AVPU)				
Амьсгалын тоо				
Зүрхний цохилтын тоо				
Артерийн даралт				
Биеийн хэм				
SpO_2 %				
Fi O_2				
Нийт оноо				

Урьд өвчилсөн байдал

Амьсгалын эрхтэний эмгэг тийм ☐ үгүй ☐
Зүрх судасны эмгэг тийм ☐ үгүй ☐
Хоол боловсруулах эмгэг тийм ☐ үгүй ☐
Цусны эмгэг тийм ☐ үгүй ☐
Бөөрний эмгэг тийм ☐ үгүй ☐
Мэдрэлийн эмгэг тийм ☐ үгүй ☐
Удамшил тийм ☐ үгүй ☐
Гэмтэл тийм ☐ үгүй ☐
Мэс заслын эмгэг тийм ☐ үгүй ☐
Дотоод шүүрлийн эмгэг тийм ☐ үгүй ☐
Хавдар тийм ☐ үгүй ☐

Өвдөлтийн зэрэг

0 2 4 6 8 10

Өвдөлт ☐ Тийм ☐ Үгүй
☐ Цочмог ☐ Архаг
Өвдөлтийн хугацаа ☐

Эрэмбэлэн ялгалт

☐ ХАР ☐УЛААН ☐ ШАР ☐НОГООН
Эрэмбэлэх мэргэжилтэн .....

Тархвар судлалын асуумж

Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: ☐ тийм ☐ үгүй
Гадаад оронд зорчсон эсэх: ☐ тийм ☐ үгүй

Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: тийм ☐ үгүй ☐
Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: тийм ☐ үгүй ☐

Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн үзлэг

Үндсэн зовиур:
.....
.....
.....
.....

Одоогийн өвчний түүх:
.....
.....
.....
.....

Шийдвэрлэсэн байдал

☐ АЖИГЛАЛТ ☐ ЭЭТ ☐БУСАД ТАСАГ ..... ☐ БУЦСАН ☐ НАС БАРСАН
☐ БУСАД ЭМНЭЛЭГРҮҮ ШИЛЖСЭН ..... ☐ ЭМЧИЛГЭЭ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН
ШИЙДВЭРЛЭСЭН.....ОН.....САР.....ӨДӨР.....ЦАГ.....МИНУТ ШИЙДВЭРЛЭСЭН ЯТТ-Н ЭМЧ /...../
☐ ЭМИЙН ҮНЭ:..... /...../

Бодит үзлэг	Шинжилгээний төлөвлөгөө

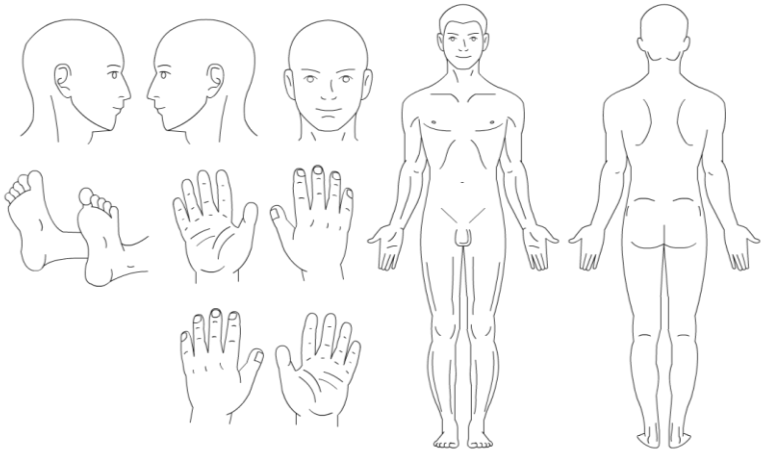
Биеийн байдал.....
Ухаан санаа: Глазго үнэлгээ☐☐

Нүд ☐Хөдөлгөөн ☐Яриа ☐

Арьс салст.....
.....
Тунгалгийн булчирхай.....
.....
Хүүхэн хараа.....
.....
Зүрх.....
.....
.....
Уушиг.....
.....
.....
Хэвлийн тойм үзлэг.....
.....
.....
.....
Хэсэг газрын үзлэг.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ
☐ ЦЕШ ☐ УТХ ☐ Лейкограмм
Коагулограмм ☐
ШЕШ ☐
ЗЦБ ☐
ДОХ, В, С вирус ☐
Бактериологи ☐
ЭХО ☐
Дуран ☐
Рентген ☐
КТГ ☐
Бусад ☐

☐ Биохимийн шинжилгээ
☐ Нийт бил ☐ Шууд бил
☐ Нийт уураг ☐ Альбумин
☐ Алат ☐ Асат
☐ Амилаза ☐ Холестрин
☐ Аммони ☐ Креатинин
☐ Тропинин ☐ Миоглобулин
☐ Мочевин ☐ Үлдэгдэл азот
☐ СРБ ☐ ШФ
☐ Сахар ☐ КФК
☐ ЛДГ ☐ К
☐ Na ☐ Mg
☐ Ca ☐ бусад
☐ Cl



Урьдчилсан онош:	ӨОУА код	Эмчийн гарын үсэг
Ялгах онош:		

Төрөлжсөн мэргэжлийн эмчийн үзлэг, онош:	Эмчилгээ:
Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмчийн нэр / /	

Шийдвэрлэсэн байдал	Эмчилгээ
Шийдвэрлэсэн эмчийн нэр / /	

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-32Б

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /Хүүхдийн/

Яаралтай тусламжид ирсэн огноо . . . . он . . . сар . . . өдөр .... цаг.... минут

Ерөнхий мэдээлэл				
Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____		Регистрийн дугаар: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Нас:	Хүйс:☐ Эрэгтэй ☐Эмэгтэй
Тогтмол хаяг		Холбоо барих утас: _____		Давтан ирсэн хугацаа ☐ 24 цаг ☐ 48 цаг ☐ 72 цаг
ЯТТ-т ирсэн цаг ..... цаг ..... минут	Эрэмбэлсэн ..... цаг ..... минут	ЯТТ-ийн эмч үзсэн .... цаг .... минут	Шийдвэрлэсэн ..... цаг ..... минут	ЯТТ-т байсан нийт цаг ..... цаг ..... минут
ЯТТ-т ирсэн хэлбэр ☐ Өөрөө ☐ 103 ☐Амбулаториос ☐ Бусад эмнэлгээс ☐ Бусад			Хэн авчирсан	
Гол зовиур			Харшил ☐ Эм тариа ☐ Бусад	Биеийн жин _____ кг Өндөр _____ см

Анхны үзлэг		
Амьсгалын зам	☐ Чөлөөтэй	☐ Саадтай
Амьсгал	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн бус
Цусны эргэлт	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн бус
Арьсны өнгө	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн бус
Пульс	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн бус
Хялгасан судасны дүүрэлт	☐ 2 сек бага	☐ 2 сек их
Ухаан санааны байдал	A ☐ V ☐ P ☐ U ☐	
Булчингийн хүч	☐ Хэвийн	☐ Суларсан
	☐ Баруун	☐ Зүүн
	☐ Дээд мөч	☐ Доод мөч

Амин үзүүлэлт				
Хугацаа / Үзүүлэлт				
Биеийн температур				
Зүрхний цохилт				
Артерийн даралт				
Амьсгалын тоо				
SpO_2 %				
Fi O_2				

Өвдөлт ☐ Тийм ☐ Үгүй
☐ Архаг ☐ Цочмог

Өвдөлтийн хугацаа:

Урьд өвчилсөн байдал	
Амьсгалын эрхтний эмгэг	тийм ☐ үгүй ☐
Зүрх судасны эмгэг	тийм ☐ үгүй ☐
Хоол боловсруулах эмгэг	тийм ☐ үгүй ☐
Цусны эмгэг	тийм ☐ үгүй ☐
Бөөр дотоод шүүрлийн эмгэг	тийм ☐ үгүй ☐
Мэдрэлийн эмгэг	тийм ☐ үгүй ☐
Удамшил	тийм ☐ үгүй ☐
Гэмтэл	тийм ☐ үгүй ☐
Мэс заслын эмгэг	тийм ☐ үгүй ☐
Суурь өвчин	тийм ☐ үгүй ☐

Хүүхдийн яаралтай тусламжийн эрэмбэлэл

Яаралтай шинж	Тулгамдсан шинж
☐ Амьсгалын замын бөглөршил	☐ 2 сар хүртэлх хүүхэд
☐ Амьсгал зогсох	☐ Өндөр халуунтай
• Хүнд хэлбэрийн амьсгалын дутал	☐ Гэмтэлтэй ба яаралтай мэс заслын өвчинтэй
☐ Төвийн хөхрөлт	☐ Хувхай цайсан
☐ Цохиулалт /circulation- shok/	☐ Хордолттой
☐ Судасны цохилт олширсон ба цөөрсөн	☐ Хүчтэй өвдөлттэй
☐ Оврого /coma/	☐ Амьсгалын хямралтай
☐ Таталттай /convultion/	☐ Хэт цочромтгой байдал, эсвэл унтаа байдал
☐ Шингэн их алдалттай суулгалт	☐ Яаралтай илгээсэн бичигтэй
• Нүд хонхойх	☐ Хүнд тураал
• Унтаарах	☐ 2 хөлийн хаван
• Арьсны хуниас маш удаан арилах	☐ Түлэгдэлт, хөлдөлт

Эрэмбэлэн ангилалтын үнэлгээ ☐ Улаан ☐ Шар ☐ Ногоон

Сувилагчийн нэр _____

Тархвар судлалын асуумж: Сүүлийн 1 сард

1. Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: тийм ☐ үгүй ☐
2. Гадаад оронд зорчсон эсэх : тийм ☐ үгүй ☐
3. Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: тийм ☐ үгүй ☐
4. Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: тийм ☐ үгүй ☐

Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн анхны үзлэг	
Үндсэн зовиур:	Одоогийн өвчний түүх:

Бодит үзлэг	Шинжилгээний төлөвлөгөө	
Биеийн байдал _____	□ Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ	Биохимийн шинжилгээ
Ухаан санаа: глазго үнэлгээ □ нүд □ хөдөлгөөн □ яриа □	□ ЦЕШ □ УТХ □ Лейкограмм	□ Нийт билирубин
Арьс салст _____	□ Коагулограмм	□ Шууд билирубин
Тунгалагийн булчирхай _____	□ ШЕШ	□ Нийт уураг □ Альбумин
Хүүхэн хараа _____	□ ЗЦБ	□ Алат □ Асат
Зүрх _____	□ ДОХ, В, С Вирус	□ Амилаза □ Креатинин
_____	□ Бактериологи	□ Мочевин □ Үлдэгдэл азот
Уушиг _____	□ ЭХО	□ Сахар □ ШФ
_____	□ Дуран	□ ЛДГ □ КФК □ ПКТ
Хэвлийн тойм үзлэг _____	□ Рентгенскопи	□ Na □ K
_____	□ КТГ	□ Ca □ Mg
Хэсэг газрын үзлэг _____	□ Бусад	□ Cl □ Бусад
_____	Дүрс оношилгооны эмчийн дүгнэлт	
_____		
_____		
_____		
_____		

Мэс заслын эмчийн үзлэг, онош	Эмчилгээ

Урьдчилсан онош:	ӨОУА код

Шийдвэрлэсэн байдал: /ЯТТ-ийн эмч/	Эмчилгээ:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Шийдвэрлэсэн байдал:

□ Ажиглалт □ Тасагт хэвтсэн □ Буцсан □ Нас барсан

□ Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн □ Бусад

Шийдвэрлэсэн ..... он ..... сар ..... өдөр..... цаг ..... минут

Шийдвэрлэсэн ЯТТ-ийн эмч.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-32В

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /Эх барих, эмэгтэйчүүд/

Яаралтай тусламжид ирсэн огноо . . . . он . . . сар . . . өдөр .... цаг.... минут

ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ			
Эцэг/эх/-ийн нэр:_____ Нэр:_____	Регистрийн дугаар: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Нас:	Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐Эмэгтэй
Тогтмол хаяг			Давтан ирсэн хугацаа
	Холбоо барих утас: _____		☐ 24 цаг ☐ 48 цаг ☐ 72 цаг

ЯТТ-т ирсэн ..... цаг ..... минут	Эрэмбэлсэн цаг хугацаа:	Эхэлсэн: ..... цаг ..... минут
Ажиглалтын өрөөнд хянагдсан цаг		Дуусан: ..... цаг ..... минут

ЯТТ-т ирсэн хэлбэр			ЯТТ-аар үйлчлүүлсэн давтамж: ☐ Анх ☐ Давтан
☐ Өөрөө ☐ 103	☐ Амбулаториор	☐ Бусад эмнэлгээс	

Асуумжийг хэнээс авсан ☐ Өөрөөс нь ☐ Бусад хүнээс	Асуумж авсан хүний овог нэр	Утасны дугаар

Гол зовиур	Биеийн жин _____ кг Өндөр _____ см			
	Харшил ☐ Эм тариа	Хорт зуршил		
		☐ Архи	☐ Тамхи	☐ Бусад

Бодит үзлэг					
№	сар/ өдөр / Параметрүүд				
1	Онцлог байдал				
2	Зүрхний цохилт				
3	Амьсгалын тоо				
4	Артерийн даралт				
5	Биеийн температур				
6	SpO2 %				
7	Fi O2				
8	Хялгасан судасны дүүрэлт ☐ 2 сек бага				
	☐ 2 сек их				

Эрэмбэлэн ангилалт

А. Яаралтай шинж	А. Тулгамдсан шинж
☐ Унтаарсан	☐ Шээсэнд уураг 3 гр ба түүнээс дээш
☐ Ухаангүй	☐ Өндөр халуунтай
☐ Цочромтгой, хөөрлийн байдалтай	☐ Хэвлийгээр хүчтэй өвдөх
☐ Таталт	☐ Ураг орчмын шингэн гарсан, халууралттай
☐ Амьсгал бөглөрөх	☐ Умайн хүзүүний нээлт 8 см-ээс дээш
☐ Амьсгал хямралын хүнд хэлбэр	☐ Дотор муухайрах
☐ Жирэмсний эрт, хожуу хугацаанд үтрээнээс их хэмжээний цус алдаж байгаа	☐ Жирэмсний эрт, хожуу хугацаанд үтрээнээс цус багаар гарах
☐ Захын хөхрөлт	☐ Ургийн жижиг хэсэг, хүй унжих
☐ Аюулхай орчмоор өвдөх	☐ Хялгасан судасны дүүрэлт 3 секундээс удаашрах
☐ Арьс салст гэнэт цонхийж цайх	
☐ Жирэмсэн эмэгтэйн толгой хүчтэй өвдөх зовиур	

Эрэмбэлэн ангилалтын үнэлгээ ☐Улаан-А ☐Шар-В ☐ Ногоон-С ☐ Цагаан-D

Авсан арга хэмжээ болон яаралтай тусламж					
№	Эмийн нэр	Хэмжих нэгж	Тоо	Үнэ	Нийт үнэ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Яаралтай тусламж үзүүлсэн Эмчийн нэр _____ /_____/

Эх баригчийн нэр _____ /_____/

Төрөлжсөн мэргэжлийн эмчийн үзлэг ба шинжилгээ	Зөвлөгөө, эмчилгээ:
Огноо: Зовиур: Үзлэгт: Толины үзлэг: Үтрээний үзлэг: КТГ: Чанд авиа: Сүүлийн сарын тэмдэг: Шинжилгээ: Онош:	
Шийдвэрлэсэн байдал	

☐ Ажиглалт ☐ ЭЭТ ☐ Бусад тасаг _____

Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн: _____

☐ Харьяа хяналтанд

Шийдвэрлэсэн ..... он ..... сар ..... өдөр..... цаг ..... минут

Шийдвэрлэсэн ЯТТ-н эмч _____/_____/

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-33

Үйлчлүүлэгчийн Эцэг /эх/-ийн нэр_____ Өөрийн нэр: _____

Нас___ Хүйс:/зур/ Эрэгтэй, Эмэгтэй _____он _____сар_____өдөр

Үргэлжлэх хугацаа /минутаар /	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**Нийлбэр**
Ухаан санааны байдал /GCS/																	
Хүүхэн харааны хэмжээ гэрлийн урвал /L/R/																	
Амьсгалын замын чөлөөлсөн байдал																	
Цусны даралт																	
ЭКГ-д хэм																	
Цээж шахах																	
Дефибрилляторын цахилгаан хүчдэл /кJ/ давталт/																	
FIO2%																	
Адреналин 1мг/1мл																	
Атропин 1мг/1мл																	
Амиодарон 150 мг/3 мл																	
MgSO4 25% /10 мл																	
Допамин 200 мг/5 мл * ----амп																	
Содийн уусмал 4 % / 100 мл																	
Лидокайн 2%/2 мл																	
Преднизолан 30мг/1мл																	
Дусал тариа																	

Амилуулах тусламжийн тэмдэглэгээ _____
_____
_____
_____
_____
_____

Амилуулах тусламж зогсоосон цаг _____ минут_____

Эмчийн нэр _____Сувилагчийн нэр _____Туслах_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-34

ГЕМОДИАЛИЗ ХЯНАЛТЫН КАРТ

Эмнэлгийн нэр, лого	РД	
	ЭМД	
	Өвчний түүх нээсэн / / Он сар өдөр	
	Тасгийн нэр	
Эцэг /эх/-ийн нэр	Өөрийн нэр:	
Төрсөн он сар өдөр / /	Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	**Гэрлэлтийн байдал:** 1. Огт гэрлээгүй 2. Батлуулсан гэр бүлтэй 3. Батлуулаагүй гэр бүлтэй 4. Тусгаарласан 5. Цуцалсан 6. Бэлбэсэн
		Биеийн өндөр: ..... Биеийн жин: ..... Цусны бүлэг ..... Вирусны маркер: ... **Вакцинжуулалт:** □ Тийм □ Үгүй

Үндсэн захиргаа: ..... Аймаг/хот: ..... Сум/дүүрэг: ..... Утас: ……	**Хөдөлмөр эрхлэлт:** Ажлын газар ☐ Мэргэжил ☐ Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал ☐ Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан ☐	**Боловсролын ангилал:** Боловсролгүй ☐ Бага ☐ Суурь боловсрол ☐ Бүрэн дунд ☐ Мэргэжлийн болон техникийн ☐ Дипломын ☐ Бакалавр ☐ Магистр ☐ Доктор ☐

ТӨГСГӨЛИЙН ЭПИКРИЗ

Үндсэн оношо	ӨОУА код
Дагалдах оношо	
Хүндрэл	
Үйлдлийн оношо	ҮОУА-9

Бөөр шилжүүлэн суулгасан: он сар өдөр / / Нас барсан: он сар өдөр / / Нийт сеансын тоо	Өвчин эхэлсэн: _____ он ____ сар ___ өдөр БАД эхэлсэн: _____ он ____ сар ____ өдөр Гемодиализ эхэлсэн: ____ он __ сар ___ өдөр АВ фистул: _____ он ____ сар ___ өдөр
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг	Төвийн эрхлэгч: он сар өдөр / /

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Өвчний түүх:
Амьдралын түүх:
Ам бүл: Урьд өвчилсөн өвчин эмгэгийн байдал: Халдварт: Халдварт бус: Мэс засал:

ДИАЛИЗ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ ID

Овог ..... Нэр .....

Хуурай жин .....

Диализын оролт /7 хоногт ..... удаа ..... цаг/

Бикарбонатын, ацетатны

Холболт: A-V фистула, дабль гуурс, тунель гуурс, байнгын гуурс

Он сар өдөр / /						
HD/HDF дугаар						
Эхэлсэн ба дууссан цаг						
Диализатор						
Диализатор хэрэглэсэн давтамж						
Диализатор өө/жин						
Диализатор д/жин						
Нэмэгдсэн/жин						
УФ (кг) /ИУФ (кг)						
Гепарин						
АД/пульс д/өмнө						
АД/ пульс 1 цаг						
АД/ пульс 2 цаг						
АД/ пульс 3 цаг						
АД/ пульс 4 цаг						
АД/ пульс 5 цаг						
Клиник шинж тэмдэг						
Эмийн эмчилгээ						
Эмч						
Сувилагч						

АВ ФИСТУЛЫН ТУХАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмнэлгийн нэр, лого	РД	
	Тасгийн нэр	
Эцэг /эх/-ийн нэр	Өөрийн нэр:	
Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй Нас	Мэс заслын нэр: АВ фистулын мэс засал	
Клиник онош		Онош
Мэс засал эхэлсэн он сар өдөр цаг минут / /	Үргэлжилсэн цаг минут	

a) End to end	
b) End vein-to-side	
c) Side to side	
d) End artery-to-side vein	
Жич: Дугуйлна уу	
Мэдээгүйжүүлэлт	

Мэс засал хэд дэх удаа	АВ фистул						Хүндрэл	
	radiocephalic		brachiocephalic		brachiobasilic		Гарсан	Үгүй
	R…….	L ……	R…….	L ……	R….	L……		

Жич: Тийм; R – баруун, L-зүүн; Хүндрэл гарсан бол доор бичнэ үү.	
Тусгай тэмдэглэл	
Мэс засал хийсэн эмч	Сувилагч

АВ фистулын байдал

<table>
<tr><td colspan="4">Мэс заслын дараа АВ фистул</td><td colspan="3">Диализ эмчилгээ эхэлснээс хойш АВ фистул</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ажилласан .....</td><td colspan="2">Ажиллаагүй .....</td><td rowspan="3">Ажиллахгүй Болсон Он ..... Сар ..... Өдөр .....</td><td rowspan="3">Ажилласан нийт хугацаа (сар) .....</td><td rowspan="3">Нийт сеансийн тоо .....</td></tr>
<tr><td colspan="2">Хатгалт эхэлсэн</td><td rowspan="2">Сар ..... Өдөр .....</td><td rowspan="2">Хэд дэх хоногт .....</td></tr>
<tr><td>Сар ..... Өдөр .....</td><td>Хэд дэх хоногт .....</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="3">АВ фистулын хүндрэл</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td>Аневризм .....</td><td>Өвдөлт .....</td><td>Бусад .....</td></tr>
<tr><td colspan="7">Жич: Тийм: Хүндрэл гарсан бол доор бичнэ үү</td></tr>
<tr><td colspan="7">Тусгай тэмдэглэл</td></tr>
<tr><td colspan="7">Өмнө нь Дабль катетер тавьж байсан эсэх
☐ Тийм Хэдэн удаа .....
☐ Үгүй</td></tr>
<tr><td colspan="4">Их эмч</td><td colspan="3">Сувилагч</td></tr>
<tr><td colspan="7">он сар өдөр
/ /</td></tr>
</table>

ПРОГРАММТ ДИАЛИЗЫН ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Үзүүлэлт												
RBC												
HCT												
HGB												
PLT												
WBC /gran/												
СОЭ												
LYMF												
BILIRUBIN												
ASAT												
ALAT												
CREATININE												
UREA												
LIPID												
T TANSFERRINI												
TOTAL PROTEIN												
ALBUMIN												
SODIUM /Na/												
POTASSIUM /K/												
CALCIUM												
PHOSPHORUS												
FERRIUM												
Жин	Биеийн жин											
	ИМТ											
	Диализ хоорондын дундаж нэмэгдэл											
Хэмжилт	Өөхөн эдийн зузаан											
	Хэвлийн тойрог											
	Шууны тойрог											
	Бугалганы тойрог											
Blood pressure												
PULS												
Перикардит												
Асцит												
Плеврит												
Сеансын тоо /7 хоногийн цаг												
KTV												
Мочевин %												
Сарвууны R зураг /6 сард/												
Эритропоэтин												
Кетостерил												

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-35

Эмнэлгийн нэр

ГЭРИЙН ТӨРӨЛТИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ **2. Нэр:** _____ **3. РД:** | | | | | | | | | | |

4. Нас: | | | **5. Төрсөн он** _____ **сар** _____ **өдөр** ____

6. Тогтмол хаяг: _____

_____

_____

_____

Утасны дугаар:

7	Боловсрол	
8	Ажил, мэргэжил	
9	Ажлын газар	
10	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
11	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

12. Гэр бүлийн байдал

Огт гэрлээгүй	`01
Батлуулсан гэр бүлтэй	`02
Батлуулаагүй гэр бүлтэй	`03
Тусгаарласан	`04
Цуцалсан	`05
Бэлбэсэн	`06

13. Төрсөн газар

1	Гэртээ	
2	Гудамжинд	
3	Хээр гадаа	
4	Түргэний машин	
5	Бусад тээврийн хэрэгсэл	
6	Бусад газар	

14. Төрөлтийн үед тусламж үзүүлсэн байдал

1	Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч	`01
2	Их эмч	`02
3	Эх баригч бага эмч	`03
4	Бага эмч	`04
5	Сувилагч	`05
6	Мэргэжлийн бус	`06

15. Төрөлтийн явц, хүндрэл

1	Хэвийн	`01
2	Ус урьтаж эрт гарсан	`02
3	Эхэс ховхорсон	`03
4	Эхэс түрүүлсэн	`04
5	Цус алдсан	`05
6	Бусад	`06

16. Төрсний дараах хүндрэл

1	Халуурсан	`01
2	Төрсний дараа цус алдсан	`02
3	Хүндрэлгүй	`03
4	Бусад	`04

17. Төрөх үеийн хугацаа

1	22-28 долоо хоног	`01
2	29-32 долоо хоног	`02
3	33-36 долоо хоног	`03
4	37-42 долоо хоног	`04
5	42-оос дээш	`05

18. Гэртээ төрсөн шалтгаан

1	Дуудлага өгөх боломжгүй	`01
2	Эмнэлгээс хол /км/	`02
3	Дуудлага дуудаад амжиж ирээгүй	`03
4	Дуудлага өгөөгүй	`04
5	Эмнэлэгт хүргэх унаагүй	`05
6	Гэртээ төрөх сонирхолтой	`06
7	Гэртээ төрж заншсан	`07
8	Эх төрөлт эхэлснээ мэдээгүй	`08
9	Бусад	`09

19. Хэддэх төрөлт: /бичих/ _____

20. Хүүхдийн тухай мэдээлэл:

20.1. Амьд

1	Хүйс	
2	Апгарын үнэлгээ	
3	Нярай өвдсөн эсэх	
4	Төрөх үеийн жин	
5	Төрөх үеийн өндөр	

20.2. Амьгүй

1	Хүйс	
2	Ураг дутуу	
3	Ураг гүйцэд	

Мэдээлсэн их эмч _____ _____ _____

/албан тушаал/ /гарын үсэг/ /нэр/

Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар ____ өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-36

А1. Эмнэлгийн нэр:_____

ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААНТАЙ ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ НЭМЭЛТ ХУУДАС

А2.Эцэг/эх/-ийн нэр _____ **А3. Нэр** _____ **А4.РД**

А5. Нас

А6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

А11. Асран хамгаалагч /сахиур/	
Эцэг, эх	1
Нөхөр, эхнэр	2
Өвчтөн өөрөө	3
Ах, эгч, дүү	4
Бусад_____	98

А12. Үйлчлүүлэгч 10-с доош настай бол түлэгдэх үед хэнтэй хамт байсан бэ?	
Ганцаараа	1
Эцэг, эх	2
Насанд хүрсэн боловч асран хамгаалагч нь биш	3
Насанд хүрсэн бусад асран хамгаалагч	4
18 нас хүрээгүй өөр хүүхэдтэй хамт	5
Тодорхойгүй	99

А13.Түлэгдэлтэнд өртсөн хүний тоо	
1 хүн	1
2 хүн	2
3-5 хүн	3
6-9 хүн	4
10 ба түүнээс дээш	5
Тодорхойгүй	99

А7. Тогтмол хаяг: _____

А8. Утас: _____

А9. Ажлын газар, албан тушаал _____

А10. Боловсрол: _____

А14.Түлэгдсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

А15. Үзүүлсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

А16.Хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

А17. Түлэгдэлд өртөхөд нөлөөлсөн хүчин зүйл		
	Байхгүй	1
	Согтуурулах мансууруулах бодис	2
	Эм, эмийн бодис	3
	Уналт /таталт	4
	Оюуны хомсдол	5
	Сэтгэцийн өвчин	6
	Биеийн, оюуны хөгжлийн бэрхшээл	7

А18. Бусад эрхтний талаас хавсарсан гэмтэл		
	Байхгүй	1
	Хэвлийн гэмтэл	2
	Цээжний гэмтэл	3
	Нүдний гэмтэл	4
	Ясны хугарал	5
	Нугасны гэмтэл	6
	Тархины гэмтэл	7
	Бусад	98

А19.Түлэгдсэн газар, байршил */Хот, аймаг, сум, дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/*

Б. ТҮЛЭГДЛИЙН БАЙРШИЛ

Б1. Биеийн хэдэн хувь түлэгдсэн бэ?		
Б2. Амьсгалын зам гэмтсэн эсэх	Тийм	1
	Үгүй	2

Б3.Их бие		
	Цээж	1
	Хэвлий	2
	Нуруу	3
	Өгзөг	4
	Бэлэг эрхтэн	5

Б4. Толгой, хүзүү		
	Хуйх	1
	Нүд	2
	Хүзүү	3
	Нүүр	4

Б5. Гар		
	Мөр	1
	Бугалга	2
	Тохой	3
	Шуу	4

Б6. Хөл		
	Ташаа	1
	Өвдөг	2
	Шагай	3
	Тавхай	4

Б7. Сарвуу		
	Бугуй	1
	Алга	2
	Гарын ар	3
	Хуруу	4

ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААН /В-Ж/

В. Түлэгдсэн зүйл	**В1. Халуун гадаргуу**	Хоол хийх хэрэгсэл	1
		Гэр ахуйн халаалтын хэрэгсэл	2
		Гэрэлтүүлэх хэрэгсэл	3
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	4
	В2. Халуун хий, шингэн	Уур болон хий	1
		Хоол хүнсний зүйл /Г хэсэг рүү/	2
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	3
		Ус	4
	В3. Цахилгааны	Гэр ахуйн цахилгааны хэрэгсэл	1
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	2
		Өндөр хүчдэл	3
		Бага хүчдэл /<1000 хүчдэл/	4
	В4. Химийн	Гэр ахуйн химийн бодис	1
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	2
	В5. Үрэлтийн	Амьсгалах	1
		Цацраг	2
		Бусад_____	98
	В6. Гэр ахуйн орчны галд өртөх	Хоол хийх, халаах үед галд өртөх	1
		Халаалт **/Д хэсэг рүү/**	2
		Гэрэлтүүлэг **/Е хэсэг рүү/**	3
		Санамсаргүй гал алдах /Гал түлэх, хог шатаах/	4
		Санаатайгаар гал гаргах **/Ж хэсэг рүү/**	5
		Бусад_____	98
	В7. Мэргэжлээс шалтгаалсан галд өртөх	Хоол үйлдвэрлэл	1
		Нефть химийн	2
		Нэхмэл	3
		Барилга	4
		ХАА	5
		Салют	6
		Үйлдвэр	7
		Бусад_____	98
	В8. Олон нийтийн үйл ажиллагааны үед галд өртөх	Зам тээврийн осол	1
		Түүдэг гал	2
		Асгарсан шингэн	3
		Гал түймэр	4
		Салют, бусад зугаа цэнгэлийн галт хэрэгсэл	5
		Танхай үйлдэл, терроризм	6
		Бусад_____	98

ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААН

Г1. Хоол хийх, бэлтгэх үед юунд түлэгдсэн бэ?	Зуух	1
	Буцалгагч	2
	Халуун тогоо	3
	Халуун сав	4
	Битүү чанагч	5
	Түлш	6
	энгийн тогоо, сав суулга	7
	Бусад	98
Г3. Саванд байсан зүйл	Хоол, цай, тос, сүү	1
	Буцалсан ус	2
	Бусад_____	98

Г5. Хоол хийдэг газар нь амьдрах хэсгээс тусдаа эсэх	Тийм	1
	Үгүй	2
	Тодорхойгүй	99

Д1. Гэрийн халаалтын улмаас гал гарах	
Халаалт орчмын материал	1
Халаалтыг хөдөлгөхөөр хүрэх	2
Халаалтанд санаандгүй хүрэх	3
Халаалт залгасан утас, кабель, залгуур	4
Бусад	98

Е1. Гэрийн гэрэлтүүлгийн улмаас гал гарах	
Гэрэл, дэнлүү орчмын материал	1
Гэрэл, дэнлүүг хөдөлгөхөөр оролдох	2
Гэрэл, дэнлүүнд санаандгүй хүрэх	3
Гэрэлтүүлэг залгасан утас, кабель, залгуур	4
Бусад_____	98

Г2. Хоол хийх бэлтгэхтэй холбоотой түлэгдсэн бол үйл явц	Дэлбэрэх	1
	Дотор нь унах	2
	Өөр лүүгээ татах	3
	Асгарах	4
	Бусад_____	98

Г4. Хоол хийх талбайн өндөр	
Нэг түвшинд /шалан дээр, газар/	1
0.9 метр хүртэл /ширээ, сандал, тавиур гм/	2
0.9 метрээс дээш /ширээ, сандал, тавиур гм/	3
Мэдэхгүй	99

Д2. Халаалтын эх үүсвэр	Мод, нүүрс, аргал	1
	Керосин	2
	Шингэрүүлсэн нефтийн хий	3
	Байгалийн хий	4
	Цахилгаан эрчим хүч	5
	Бусад_____	98
	Тодорхойгүй	99

Е2.Гэрэлтүүлгийн хэрэгслийн төрөл	Лаа	1
	Цахилгаан эрчим хүч	2
	Нарны эрчим хүчээр	3
	Керосин	4
	Бусад_____	98
	Тодорхойгүй	99

Ж. Санаатай болон учир битүүлэг үйлдэл

Ж1. Санаатайгаар түлсэн шалтгаан	Өөрийгөө хорлох	1
	Бусдыг хорлох	2
	Учир битүүлэг	3
	Бусад _____	98

Ж2. "Учир битүүлэг" бол санаатайгаар түлсэн байх эмнэлзүйн шинж байна уу?	Өндөр	1
	Дунд зэрэг	2
	Бага зэрэг	3
	Байхгүй	4
	Мэдэхгүй	99

Ж3. Түлэгдэлтэд хүргэсэн шалтгааны эх үүсвэр

Этанол	1		Шингэрүүлсэн нефтийн хий	4		Мод	7
Керосин	2		Нарны эрчим хүч	5		Аргал	8
Нүүрс	3		Цахилгаан эрчим хүч	6		Бусад_____	98

ТҮЛЭГДЛИЙН ОНОШ	АВСАН АРГА ХЭМЖЭЭ

Эмчийн нэр, гарын үсэг: _____ ( )

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-37

СУВИЛУУЛАГЧИЙН ТҮҮХ

НДД № _____
ЭМД № _____
РД: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Сувилалын нэр, Лого

Сувилуулах бичгийн № _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр:_____ Өөрийн нэр: _____
2. Нас: ____ 3. Эрэгтэй, эмэгтэй /зур/ 4. Яс, үндэс _____
5. Тогтмол хаяг:_____
_____
6. Ажлын газар:_____ 7. Албан тушаал:_____
8. Мэргэжил: _____ 9. Боловсрол /зур/: Боловсролгүй, Бага, Бүрэнд дунд, Мэргэжлийн болон техникийн, Дипломын, Бакалавр, Магистр, Доктор
10. Утас: _____, Яаралтай үед холбоо барих утас: _____
11. Хэвтсэн: 20__он___сар___өдөр___ цаг
12. Гарсан, шилжсэн, хугацаанаас өмнө буцсан /зур/ 20__он___сар___ өдөр 13. Ор хоног

Өрөө №___
Эмчлэгч эмч _____

Сувилалд ирүүлсэн эмнэлгийн нэр: _____
Сувилалд ирүүлсэн онош:_____
Сувиллын онош:_____
_____
_____

20___оны ____сарын___өдөр___цаг___мин
Хэвтэх үеийн зовиур:_____
_____
_____
Өвчний түүх:_____
_____
_____
_____
Амьдралын түүх:_____
_____
_____
_____
Эпид анамнез: сүрьеэ / /, хепатит / /, салхин цэцэг / /, гахай хавдар / /, гэдэсний халдвар / / хавьтсан эсэх / /
Сүүлийн 3 сард гадаад оронд зорчсон эсэх / /
А) Үзлэг:
Биеийн байдал: /зур/ хөнгөн, дунд зэрэг, хүндэвтэр, хүнд
Байрлал: /зур/ идэвхитэй, идэвхигүй, албадмал
Арьс, салстын өнгө: /зур/ хэвийн, улаан, шарангуй, хөхөлбөр
Чийглэг: /зур/ хэвийн, ихэссэн, багассан
Арьс: /зур/ тууралттай, тууралтгүй
Шархны байдал: /status localis/_____
_____
Марианы байдал: /зур/ ердийн, таргандуу, тарган, туранхайвтар, туранхай, хэт туранхай
Хаван: /зур/ ерөнхий, нүүр, зовхи, хэвлий, шилбээр
Захын тунгалагийн булчирхай: /зур/ хэвийн, томорсон

Амьсгалын эрхтэний тогтолцоо
Цээжний хэлбэр: зөв, зөв бус, амьсгалын хэм 2 талд: жигд, жигд бус, амьсгалын тоо: 1 мин __ удаа
Үндсэн шуугиан: цулцангийн, гуурсан хоолойн; эмгэг шуугиан:_____
хэрчигнүүр: хуурай, нойтон, хэрчигнүүргүй
Цусны эргэлтийн тогтолцоо
Зүрхний авиа: тод, бүдэг, бүдгэвтэр, хэм: жигд, жигд бус, хэм алдалт хэлбэр _____
Судасны цохилтын тоо: 1 мин ___ удаа хүчдэл дүүрэлт _____: АД _____
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо
Хэлний өнгө _____, өнгөр _____
Хэвлийн тэмтрэлтээр /зур/: а) хэвийн б) томорсон
Цөсний өвдөлтийн үед илрэх шинж _____
Нойр булчирхайн өвдөлтийн үед илрэх шинж _____
Өтгөн /зур/: хэвийн, суулгана, хатна _____
Шээс ялгаруулах тогтолцоо
Пастернацкии шинж баруун / /, зүүн / /: хоногийн шээсний гарц: хэвийн, ихэссэн, багассан:
өнгө: _____, шөнө шээдэг, үгүй, шээхэд өвддөг, үгүй, тасалддаг, үгүй, дүлүүлж гардаг, үгүй
Үе мөч, багана нуруу
Хэлбэр /зур/: өөрчлөгдсөн, хавдсан өвдөлттэй, булчин чангарсан /аль үе, хэсэгт/ _____
_____
Хөдөлгөөн: идэвхтэй, чөлөөтэй, идэвхгүй, хязгаарлагдмал /аль үенд/ _____
_____
Мэдрэлийн тогтолцоо /өөрчлөлтийг бич/
_____
_____
Бусад: _____
_____
Шинжилгээ:_____
_____
_____
Онош: _____
_____
_____

Сувилуулагчийн биеийн байдал, тэмдэглэл	Заалт
	1. Хоол № _____ 2. Дэглэм _____ _____ 3. Рашаан уух: хоолноос _____ минутын өмнө, _____ мл-ээр, өдөрт ____ удаа, шимж, балгаж, залгилж /зур/ ууна.

Сувилуулагчийн биеийн байдал, тэмдэглэл	Заалт

Гарах үеийн эпикриз: Эмнэлэгт шилжсэн; хугацаанаас өмнө гарсан /зур/
20__оны __сарын__өдөр__цаг__мин

Сувилуулагч _____ овогтой _____
20___оны__-р сарын ___ өдрөөс 20___оны ___-р сарын ___өдөр хүртэл ____ хоног сувилуулав.

Хийгдсэн эмчилгээ, тоо / /; рашаан уух___, рашаан орох__, иллэг ___, бумба___, биеийн тамир ___,
физик эмчилгээ: _____
_____

Эмчилгээний үр дүн: Биеийн байдал: илт сайжирсан, сайжирсан хэвдээ, дордсон /зур/
Гарах үед өгсөн зөвлөмж:
Эмчилгээний дараах гам сахих / /, АД-г хянах / /, Зөв хооллох / /, Давтан шинжилгээ хийлгэх / /,
_____ эмчийн хяналтанд байх, бусад: _____

А. Гарах үеийн сувиллын онош: _____
_____
Б. Дагалдах онош: _____
_____
В. Хүндрэл: _____
_____

Эмчлэгч эмч: _____
Тасгийн эрхлэгч: _____
Хүлээн авсан статистикч эмч _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт-АМ-2А

ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

1 дүгээр хэсэг

Эцэг/эхийн нэр	Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Утасны дугаар.

Регистрийн дугаар

Оршин суугаа хаяг
Аймаг / Хот: Сум / Дүүрэг:
Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____
Газар / Гудамж / Байр:_____ Тоот:___

Боловсролын байдал:
1. Боловсролгүй 2. Бага
3. Суурь боловсрол
4. Бүрэн дунд
5. Мэргэжлийн болон техникийн
6. Дипломын 7. Бакалавр
8. Магистр 9. Доктор

Ажлын хаяг:

Хөдөлмөр эрхлэлт		Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо	Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх	Өвчтөн нас барсан эсэх
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	☐	_____/он/ _____/сар/ _____/өдөр/ ____/цаг мин/	☐ Тийм ☐ Үгүй **Тийм бол огноо:** _____	☐ Тийм ☐ Үгүй **Тийм бол огноо:** _____
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	☐			

Эмнэлзүйн мэдээлэл (хамшинж тэмдгийг бичнэ)

Хамшинж:	Эмнэл зүйн шинж тэмдгийг онцлон бичнэ үү.	Илэрсэн огноо:

Тархвар судлалын холбогдол

Халдварын эх уурхай	Дамжих зам	Халдварт өртсөн байж болзошгүй огноо:
☐ Хүн ☐ Мал (төрөл)_____ ☐ Амьтан (төрөл)_____ ☐ Тогтоогдоогүй	☐ Ахуйн: ☐ Шууд хавьтал /ам мөр ☐ Ус ☐ Хүнс ☐ Хөрс ☐ Бусад:_____ ☐ Агаар / дусал ☐ Дам халдвар ☐ Цусаар ☐ Тодорхойгүй	_____

Эмнэлэгт хандахаас өмнөх эмчилгээ

Хэрэглэсэн эмийн нэр	Хэдэн ширхэг, хэдэн удаа	Эмчилгээ эхэлсэн хугацаа	Үргэлжилсэн хугацаа	Сорьц авахаас өмнө хэрэглэсэн эмийн нэр, тун, хэмжээ

Урьдчилсан онош (ОУӨА-10)

Мэдээлсэн байгууллага

Мэдээлсэн байгууллага	Мэдээлсэн эмч / мэргэжилтэн / албан тушаалтны нэр	Мэдээлсэн хэлбэр	Мэдээлсэн хугацаа
		☐ Утсаар ☐ Цахимаар ☐ Цаасаар	

2 дугаар хэсэг

Лабораторийн шинжилгээ

Сорьцын нэр	Сорьц авсан огноо	Шинжилгээний төрөл	Шинжилгээний дүн	Лабораторийн нэр

Батлагдсан онош (ОУӨА-10) ☐ Эмнэлзүйгээр ☐ Лабораторoор ☐ Тархвар холбогдлоор

Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой халдвар ☐ Тийм ☐ Үгүй

Онош батлагдсан огноо:

Эмнэлгийн нэр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-3

БЗДХ-ЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ **2. Нэр:** _____ **3. РД:** | | | | | | | | | | |

4. Нас: | | | **5. Хүйс:** /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй **6. Жирэмсэн эсэх:** | | тийм | | үгүй

7. Тогтмол хаяг: _____

_____

_____

_____

Утасны дугаар:

8. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дидломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
	Доктор	9

9. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

10. Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

11.Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир амбулаторт	2
	Хяналт	3
	Тандалт /хавьтлаар/	4
	Дуудлага	5

12. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

13. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1
	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3
	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1
	Гомосекс	2
	Бисекс	3
	Трансжендер	4
	Тодорхой бус	5

15.Үндсэн онош:	1	2	3		4		5		6	

16. Халдвар дамжсан зам

Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1А
	Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1В
	Мэс ажилбар	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүн	МБСТХ	3
	Бохир зүү тариур	4
	Цус сэлбүүлсэн	5
Эхээс хүүхдэд халдварласан		6
Тодорхой бус		7

17. Онош баталгаажилт

Хурдавчилсан сорил	1	Полимеразын гинжин урвал /PCR/	7
RPR	2	Нойтон түрхэц	8
TPHA	3	Наац	9
ФХЭБУ/ ELISA/	4	Өсгөвөр	10
FTA-abs	5	Эмнэл зүй	11
Бараан талбайд шууд харах	6	Бусад	12

Эмчид үзүүлсэн: он _____ сар _____ өдөр _____

Мэдээлсэн их эмч:

_____ _____ _____

/албан тушаал/ /гарын үсэг/ /нэр/

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-4

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____ **Мэдээлсэн огноо:** ____/____/___

Тохиолдлын тодорхойлолт:	**Тохиолдлын илрүүлсэн арга:**
☐ Шинэ ☐ Дахилт ☐ Эмчилгээ үр дүнгүй болсны дараах ☐ Хяналт алдагдсаны дараах ☐ Эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй ☐ Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй	☐ Өвчний учир амбулаториор /идэвхигүй/ ☐ Идэвхитэй илрүүлэлтээр ☐ Хавьтлын илрүүлэлтээр ☐ Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр ☐ Бусад /задлан шинжилгээ-нас барсан **Огноо:** _____/____/____

Эцэг, эхийн нэр:	**Өөрийн нэр:**	**Регистрийн дугаар:**	**Нас**	**Хүйс**

Тогтмол хаяг:	**Огноо:**
Аймаг/хот:_____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо:_____ Хаяг:_____ тоот_____	Өвчин эхэлсэн: ____/____/____ Эмчид үзүүлсэн: ___/___/___ Оношлогдсон: ____/____/____ Бүртгэлд авсан: ____/____/____ Эмчилгээ эхэлсэн: ___/____/____

Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал:
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал ☐
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: ☐

Гэр бүлийн байдал:	
Огт гэрлээгүй	☐
Батлуулсан гэр бүлтэй	☐
Батлуулаагүй гэр бүлтэй	☐
Тусгаарласан	☐
Цуцалсан	☐
Бэлбэсэн	☐

Боловсролын ангилал:	
Боловсролгүй	01
Бага	02
Суурь боловсрол	03
Бүрэн дунд	04
Мэргэжлийн болон техникийн	05
Дипломын	06
Бакалавр	07
Магистр	08
Доктор	09

Ажлын газар, албан тушаал: **Мэргэжил:**	**Ханиалгах шинж тэмдэг:** ☐ Илэрсэн _____ хоног ☐ Илрээгүй	**Онош баталгаажилт:** Нян судлалаар батлагдсан: ☐ Түрхэцээр ☐ Бусад шинжилгээгээр Эмнэлзүйгээр оношлогдсон
БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	**Сүрьеэгийн хэлбэр:** ☐ Уушгины ☐ Уушгины бус	

Онош:	**ӨОУА: А1 ___,___**

Цээжний рентген зургийн дүгнэлт:	**Эрсдэлт хүчин зүйлс:**		**Халдварын эх уурхай:**
☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус-хөндийгүй ☐ Хэвийн бус-хөндийтэй ☐ Хийгдээгүй ☐ Тодорхойгүй	☐ Сүрьеэгийн хавьтал ☐ Өмнө нь эмчлэгдсэн ☐ Чихрийн шижин ☐ ХДХВ/ДОХ ☐ Орон гэргүй ☐ Эрүүл мэндийн ажилтан ☐ Уул уурхай	☐ Жирэмслэлт ☐ Гэр хороолол ☐ Дархлал дарангуйлах эмчилгээ ☐ Өдөр бүр тамхи татах ☐ Архи хэтрүүлэн хэрэглэх ☐ _____	☐ Өрхийн хавьтал ☐ Ойрын хавьтал ☐ Тодорхойгүй **Өрхийн хавьтлын тоо:** _____ Насанд хүрэгчид: _____ Хүүхэд /0-15 нас/ _____

Эмэнд тэсвэржилт:

ЭМЧТ шинжилгээнд хамрагдсан эсэх?	**Тийм бол, ЭМЧТШ дугаар:**	**Тэсвэртэй эмүүд:**
☐ Тийм ☐ Үгүй	**Огноо:** _____/____/____	☐ H ☐ E ☐ Am ☐ Ofl ☐ R ☐ S ☐ Km ☐ FQ

Тамга **Мэдээлсэн эмчийн нэр:** _____ **Гарын үсэг:** /_____/

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-5

ХОРТ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого	РД					
	Тохиолдлын дугаар:					
Бүртгэлийн байдал:	Эрт илрүүлэг		Идэвхтэй хайлт		Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	
Эцэг, эхийн нэр:	**Өөрийн нэр:**					
Төрсөн: он сар өдөр **Яс үндэс:**	**Нас [ ]** **Хүйс:** ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй ☐ Тодорхойгүй	**Ажлын газар, албан тушаал** **Мэргэжил:**				

Тогтмол хаяг: Аймаг/хот:_____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо:_____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот _____ **Холбоо барих утасны дугаар:** _____	**Боловсрол:** ☐ Боловсролгүй ☐ Бага ☐ Суурь боловсрол ☐ Бүрэн дунд ☐ Мэргэжлийн болон техникийн ☐ Дипломын ☐ Бакалавр ☐ Магистр ☐ Доктор	**Гэр бүлийн байдал:** ☐ Огт гэрлээгүй ☐ Батлуулсан ☐ Батлуулаагүй ☐ Тусгаарласан ☐ Цуцалсан ☐ Бэлбэсэн

Хавдар оношлогдсон огноо: он сар өдөр	**Өвчтөний одоогийн байдал:** ☐ Амьд – 1 ☐ Нас барсан -2 ☐ Тодорхойгүй - 3

Анхдагч хавдрын байрлалын онош /ICDO-3 /:	**С_____/___**
Бүтэц зүйн онош	**М_____/__**
Торонтогийн хүүхдийн хавдрын ангилал	**С_____/___**
Хорт хавдар Toronto Tier үе шатны ангиллаар: Toronto Tier – 1, Toronto Tier - 2	
Хүүхдийн хавдрын ангилал / ICCC-3/	_____/___

Хорт хавдар TNM үе шатны ангиллаар: **T** – is, 1, 2, 3, 4, X **N** – 0, 1, 2, 3, X **M** – 0, 1, X	
Хавдрын төлөв: ☐ Байран өмөн – 2 ☐ Хортой – 3 ☐ Үсэрхийлсэн - 6	
Эсийн ялгарал: ☐ Өндөр ялгаралтай-1 ☐ Дунд ялгаралтай-2 ☐ Бага ялгаралтай-3 ☐ Ялгаралгүй-4 ☐ Ялгарлын зэрэг тодорхойгүй-9	**Лимфома, лейкемийн эсийн ялгарал:** ☐ Т-эсийн – 5, ☐ В-эсийн /pre-B,B-precursor/ -6 ☐ Null эсийн / non-T, non-B/ -7 ☐ Киллер эсийн /natural/-8, ☐ эсийн төрөл тодорхойгүй-9
Хэрвээ 0-19 насны хүүхдийн хавдрын тохиолдол бол ☐ Хурц лимфобласт лейкеми ☐ Хурц миелоид лейкеми ☐ Ходжкины лимфом ☐ Ходжкины бус лимфом ☐ Нейробластом ☐ Вильямсын хавдар ☐ Рабдомиосарком ☐ Рабдо бус миосарком, зөөлөн эдийн сарком ☐ Остеосарком ☐ Ивингийн сарком ☐ Ретинобластом ☐ Гепатобластом ☐ Өндгөвчний хавдар ☐ Медуллобластом, бусад хөврөлийн, төв мэдрэлийн системийн хавдар ☐ Эпендимом	
Анхдагч олон байрлалын хавдар мөн эсэх: ☐ Анхдагч ганц байрлалын хавдар-1 ☐ Анхдагч олон байрлалын хавдрын нэг тохиолдол- 2 ☐ Тодорхойгүй- 9	**Хос эрхтнийг хамарсан эсэх:** ☐ Баруун-1 ☐ Зүүн-2 ☐ 1 талыг хамарсан боловч ялгаж тусгаагүй-3 ☐ Хоёр талын хамарсан-4 ☐ Хос эрхтэн бус-5
Бичил харуурын бус	**Бичил харуурын**
☐ 1- Нас баралтын гэрчилгээгээр ☐ 2- Эмнэл зүйн бүрдэл шинжээр ☐ 3- Дүрс оношилгоо /КТГ, дуран, рентген, ЭХО, MRI, оношлогооны лапротоми аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих…… ☐ 4-Лабораторийн оношлуур /цус, хавдрын өвөрмөц маркер, иммунологи аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих……	☐ 5-Эсийн шинжилгээ ☐ 6-Эдийн шинжилгээ үсэрхийлсэн эдээс /задлан шинжилгээний эд хамаарна/ ☐ 7 - Эдийн шинжилгээ анхдагч эдээс /задлан шинжилгээний эд, ясны эд хамаарна/ 8- Мэдэхгүй Эд, эсийн шинжилгээ хийсэн эмнэлгийн нэр:_____ Эд, эсийн шинжилгээний баримтын дугаар: _____
Хавдрын эмнэл зүйн бүлэг: Ia, Ib. II, IIa. III, IV ба үүнээс өөрөөр бичигдэх бол:_____	

Хийгдсэн эмчилгээ	Мэс засал	1	Хими+даавар эмчилгээ	10
	RPA	2	Дурангийн мэс засал	11

	PEI	3	Даавар эмчилгээ	12
	Туяа	4	Хөнгөвчлөх мэс засал	13
	Хими	5	TACE / эрт үе шатанд хийгдсэн, хөнгөвчлөх зорилгоор / аль нь болохыг зур	14
	Мэс засал+туяа	6	Хөнгөвчлөх хими	15
	Мэс засал+хими	7	Хөнгөвчлөх туяа	16
	Туяа+хими+мэс засал	8	Бусад хөнгөвлөх эмчилгээ ба тусламж /эмийн эмчилгээ /	17
	Хими+туяа	9	Эмчилгээнээс татгалзсан	18
Хийгдсэн мэс заслын нэр:			/Үйлдлийн ОУ-9 ангиллаар тавих, кодлох/	
Мэс засал хийгдсэн: он сар өдөр Мэс засал хийсэн эмнэлгийн нэр: Хагалгаа хийсэн эмчийн нэр: эмчийн утасны дугаар:_____				
Эмчлэгч эмчийн нэр:		Мэдээлсэн огноо: он сар өдөр		
Тамга	Мэдээлсэн албан тушаалтан: / /			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр лого																	
Эцэг/эхийн нэр:.....	Нэр:.....								Хүйс: ☐ Эмэгтэй ☐ Эрэгтэй		РД:.....						нас
Төрсөн өдөр, сар,он	Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж	Нас барсан огноо	Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж
Гэрийн хаяг: _____																	

А хэсэг :					
1 Үхэлд шууд хүргэсэн өвчин ба эмгэг /а/			Нас баралтын шалтгаан:	Өвчин эхэлснээс хойш нас барах хүртэлх хугацаа	ӨОУА-10
		А			
		Б	Улмаас		
		В	Улмаас:		
		Г	Улмаас:		
Үндсэн оношоо:					.....
2 Нас барахад хүргэсэн бусад нөхцөл, шалтгаан	.....				

***В хэсэг*:**												
Сүүлийн 4 долоо хоногт мэс засал хийлгэсэн эсэх?	☐ Тийм	☐ Үгүй	☐ Торорхойгүй									
Хэрэв тийм бол мэс засал хийлгэсэн огноо	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y				
Мэс заслын шалтгааныг тодруулж бичих (өвчин ба шалтгаан)									ҮОУА-9 …….			
Асуумжаар дүгнэлт шинжилгээ (VA WHO 2016 standard) хийсэн эсэх ?	☐ Тийм	☐ Үгүй	☐ Тодорхойгүй									
Хэрэв тийм бол оношоо баталгаажуулахад ашигласан эсэх?	☐ Тийм	☐ Үгүй	☐ Тодорхойгүй									
Нас барсан хэлбэр:												
☐ Өвчин	☐ Амиа хорлосон	☐ Бусад осол										
☐ Зам тээврийн осол	☐ Бусдад хорлогдсон	☐ Үйлдвэрийн осол										
☐ Хордлого	☐ Шалтгаан тогтоогдоогүй байгаа	☐ Тодорхойгүй										
Гадны шалтгаант болон хордлогын шалтгаант бол:	Гэмтсэн өдөр, сар, он	Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж			
Гадны шалтгааныг тодорхойлон бичих (Хэрэв хордлогын шалтгаант бол хордсон бодисыг бичих)	....											
Нас барсан газар:												
☐ Эмнэлэгт	☐ Гэртээ	☐ Амьдрах зориулалттай тусгай байр	☐ Сургууль, бусад олон нийтийн ба засаг захиргааны газрууд									
☐ Гудамж ба зам	☐ Биеийн тамир, спортын талбай	☐ Худалдаа үйлчилгээний газрууд	☐ Үйлдвэрлэл ба барилгын газар									
☐ Бусад (тодорхойлж бичих):	☐ Тодорхойгүй											
Эмнэлэгт нас барсан бол:	Эмнэлгээс гадуурх нас баралт бол: Нас барахаас өмнө эмнэлэгт хэвтсэн эсэх?											
Ор хоног .....өдөр ..... цаг.....минут	☐ Тийм ☐ Үгүй Хэрэв тийм бол: ..... өдөр..... сар ..... жил											
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдоноос хойш амьдарсан хугацаа	☐ Жил [ ] ☐ сар [ ] ☐ хоног [ ]											
Ураг болон нярайн эндэгдэл												
Ихэр эсэх?	☐ Тийм	☐ Үгүй	☐ Тодорхойгүй									
Амьгүй төрөлт?	☐ Тийм	☐ Үгүй	☐ Тодорхойгүй									
Хоног болоогүй нас баралт бол хугацааг бичих /цагаар/			Төрөх үеийн жин (гр)									
Жирэмсний хугацаа /7 хоногоор/			Эхийн нас									
Перинаталь эндэгдэлд нөлөөлсөн эхийн эрүүл мэнд болон жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэл /тодорхойлж бичих/	.... ӨОУА-10											
Эхийн эндэгдэл мөн эсэх?	☐ Тийм	☐ Үгүй	☐ Тодорхойгүй									
☐ Жирэмсэн ба төрөх, төрсний дараах үе	☐ Жирэмсэн ба төрсний дараа 42 хоногийн дотор											
☐ Жирэмслэлт, төрөлтийн дараа 42 хоногоос 1 жилийн дотор	☐ Тодорхойгүй											
Жирэмслэлт нь нас баралтын шалтгаан болсон эсэх?	☐ Тийм	☐ Үгүй	☐ Тодорхойгүй									
Гэрчилгээ олгосон огноо	Ө Ө	С С	Ж Ж Ж Ж									
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/	Нэр:	Гарын үсэг									
	Гэрчилгээ олгосон эмч:	Нэр:	Гарын үсэг									

Эмнэлгийн нэр_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-8

ЭМНЭЛГИЙН МАГАДЛАГАА

ЭМД ☐☐☐☐☐☐☐☐

РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1. Эцэг /эх/-ийн нэр_____Нэр_____2. Хүйс:(зур) эрэгтэй, эмэгтэй

3. Нас_____4. Өвчний түүх (ИЭМД)-ийн дугаар_____

5. Тогтмол хаяг_____

6. Ажлын газар, албан тушаал_____

7. Мэргэжил_____

8. (зур) өвчтэй байсан, өвчтөн асрамжилсан, хөл хоригдсон, эмчид үзүүлсэн, шинжилгээ, ариутгал эмчилгээ, протез хийлгэсэн_____оны_____сарын____өдрөөс_____оны____сарын____өдөр хүртэл (зур) ажлаас, хичээлээс) чөлөөлснийг магадлав.

9. Асрамжинд байсан хүний эцэг /эх/-ийн нэр, хэн болох_____
_____

10. Үндсэн онош_____

Тэмдэг _____он_____сар_____өдөр

Ерөнхий эмч_____

Эмчлэгч эмч_____

_____

Маягтын ар тал

СУНГАЛТ

1. _____оны_____сарын_____өдрөөс_____оны_____сарын_____өдөр хүртэл нийт _____хоногоор сунгав.

Тэмдэг Эмчийн гарын үсэг_____

2. _____оны_____сарын_____өдрөөс_____оны_____сарын_____өдөр хүртэл нийт _____хоногоор сунгав.

Тэмдэг Эмчийн гарын үсэг_____

3. _____оны_____сарын_____өдрөөс_____оны_____сарын_____өдөр хүртэл нийт _____хоногоор сунгав.

Тэмдэг Эмчийн гарын үсэг_____

Тайлбар: Маягтыг эмчлэгч эмч олгоно.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9А

Энгийн эмийн жорын маягт

Энгийн эмийн жор

..... оны ....сарын ....

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нас:_____ Хүйс:_____ Онош:_____

_____

Регистрийн №_____

Rp:

S:

#

Rp:

S:

Rp: #

S:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг:

Эмнэлгийн нэр: _____

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			
2			
3			

Энгийн эмийн жорын маягтад 3-аас илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмчийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.
Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Гарын үсэг, огноо:

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.
Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Урд тал

Ар тал

АНХААР: Энгийн эмийн жорын маягтыг “Эмийн жорын маягт, жор бичилт” MNS 5376:2016 стандартад заасан загвар, хэмжээтэй хэвлэнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9В

Сэтгэцэд нөлөөт эмийн жорын маягт

Сэтгэцэд нөлөөт эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна .... оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас:_____ Хүйс:___
Онош:_____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Rp:

S:

#

Жор бичсэн эмчийн
нэр, утас, тэмдэг ___ _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Сэтгэцэд нөлөөт эмийн жорын маягтад 2-оос илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.
Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Урд тал

Ар тал

АНХААР: Сэтгэцэд нөлөөт эмийн жорын маягтыг “Эмийн жорын маягт, жор бичилт” MNS 5376:2016 стандартад заасан загвар, хэмжээтэй хэвлэнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9С

Мансууруулах эмийн жорын маягт

Мансууруулах эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна .... оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас:_____ Хүйс:___
Онош:_____
Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Жор бичсэн эмчийн
нэр, утас, тэмдэг ___ _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Мансууруулах эмийн жорын маягтад 1 эм бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.
Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.
Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Урд тал

Ар тал

АНХААР: Мансууруулах эмийн жорын маягтыг “Эмийн жорын маягт, жор бичилт” MNS 5376:2016 стандартад заасан загвар, хэмжээтэй хэвлэнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9D

Уламжлалт эмийн жорын маягт

Уламжлалт эмийн жор

..... оны ....сарын ....

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нас:_____ Хүйс:_____
Уламжлалт анагаахын онош:_____
_____

Эмийн нэр	Хэмжээ	Эм уух арга
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмчийн хувийн тэмдэглэл:_____

_____
Хаяг, харилцах утас: _____
_____

Ар тал

Анхаарах зүйл:
1. Буцалгаж уухдаа 1-2 ширхэг эмийг 200-250мл усанд 3/1-ыг ширгэтэл зөөлөн буцалгаж /халуун, бүлээн, хүйтэн/ ууна
2. Буцалсан усаар бүрж уухдаа 200-250 мл халуун устай аяганд эмээ хийж таглаад бүлээсгэж ууна.
3. Шимт 3 ясны /Далны маяа, борви тойг/, хонины бор махны шөлөөр даруулж ууна.
4. Буцсалсан усанд бурам, зөгийн бал, мөсөн чихрийг найруулж, эмийг даруулж ууна.
5. Эмийн зөвхөн эмчийн зааврын дагуу ууж хэрэглэнэ.
6. Эм уух явцад сөрөг нөлөө илэрвэл эмчид хандана уу
7. Энэхүү жор бичигдсанаас хойш 10 хоногийн дотор хүчинтэй.
8. Жир бичсэн эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан тохиолдолд хүчингүйд тооцно.
9. Жорыг дамжуулах, эмийг илүүдэл хэмжээгээр хадгалах нь эмийг зүй бусаар хэрэглэх эрсдэлийг нэмэгдүүлж Таны болон бусдын эрүүл мэндэд халтай.

Гарын үсэг, огноо: _____

Гарын үсэг, огноо:

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13А

Бүртгэлийн код
☐☐☐☐☐☐ РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ЭМД ☐☐☐☐☐☐☐☐

ЭМНЭЛЭГТ ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм
Шилжүүлж буй эмнэлгийн нэр _____
3. Тогтмол хаяг: _____
4. Ажлын газар, албан тушаал: _____

5. Шилжүүлж буй эрүүл мэндийн байгууллагад хийгдсэн шинжилгээ (*шинжилгээний гол өөрчлөлтийг бичнэ*)

ЦЕШ _____
ШЕШ _____
Биохими _____
Рентген _____
Бусад _____
_____

6. Шилжүүлж буй эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээний үр дүн, өвчтөний биеийн байдал
_____
_____
_____
_____

7. Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ.)
Онош: _____
8. Дараагийн шатлалын эмнэлэгт явуулж буй үндэслэл: (зур) 1. онош тодруулах 2. эмчилгээ хийх

Тэмдэг Ерөнхий эмч
Эмчлэгч эмч

_____он_____ сар_____ өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13Б

Бүртгэлийн код
☐☐☐☐☐☐ РД ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ЭМД ☐☐☐☐☐☐☐☐

ЭМНЭЛГЭЭС ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм
Эмчилгээ оношлогоо хийлгэсэн эмнэлгийн нэр_____
Онош: _____
_____
Хийгдсэн эмчилгээ:
1
2
3
4
Эмнэлгээс гарах үеийн биеийн байдал: _____
_____
_____
_____
Өвчтөнд өгсөн зөвлөгөө
Эмийн эмчилгээ _____
_____
Эмийн бус эмчилгээ _____
_____
Хүлээн авч буй эрүүл мэндийн байгууллагад өгөх зөвлөмж:
_____
_____
_____

Шилжүүлж буй эмчийн нэр Хувийн тамга:

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13В

ЭМНЭЛЭГТ ИРГЭНИЙГ ИЛГЭЭХ ЦАХИМ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Паспортын хэсэг

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____Нэр _____Нас ___

РД											ЭМД									Цахим №						

2.Хүйс (сонго) 1. эрэгтэй 2. эмэгтэй
3. Иргэний утас_____ гар утас_____ цахим хаяг _____
4.Иргэний (асран хамгаалагчийн) утас_____ гар утас_____цахим хаяг _____
5. Иргэний гэрийн /тогтмол/ хаяг:

“Илгээх” хэсэг

6.Илгээж байгаа байгууллагын нэр (сонго).....код /автоматаар гарч ирнэ/
7.Илгээсэн .....он……..сар.....өдөр…....цаг…....минут
8.Эмчлэгч эмчийн нэр .....хувийн дугаар .....
9.Хүлээн авах байгууллагын нэр (сонго).....

10.Иргэнийг илгээж байгаа шалтгаан (сонго)

- Онош тодруулах /сонго/
- Урьдчилан сэргийлэх үзлэг /сонго/
- Эмчилгээ /сонго/
- Эмчилгээний дараах хяналт /сонго/
- Жирэмсний болон төрөх үеийн тусламж, үйлчилгээ
- Хөнгөвчлөх эмчилгээ
- Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ
- Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ
- Давтан хяналт
- Бусад: /тодорхой бичих/

11.Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ) _____/сонго/
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Тайлбар /бичих/_____
12. Шилжүүлэх болсон шалтгааныг үндэслэх шинжилгээ (програмын өгөгдлийг бөглөнө)

ЦЕШ_/сонгох/_____
__
Биохими_/сонгох/_____
___ШЕШ_/сонгох/_____

_____Рентген _/эмчийн хариуг бичих/_____

Бусад /MRI, KTG/_/эмчийн хариуг бичих/ _____

“Цаг товлох” хэсэг

13. Хүлээн авах эсэх шийдвэр (сонго) 1.тийм 2.үгүй
14.Хэрэв тийм бол үзлэгийн кабинетын нэр .....тасгийн нэр /сонго/ .....
15.Хэрэв үгүй бол тайлбар, үндэслэл (сонго)
- тухайн эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ авах боломжгүй
- бусад /бичих/

16. Шийдвэр гаргасан .....он……..сар.....өдөр……..цаг……..минут
17.Товлосон .....сар.....өдөр.....цаг .....

“Хүлээн авах” хэсэг

18. Хүлээн авсан сар.....өдөр.....цаг .....Хүлээн авах эмчийн нэр .....
19. Хүлээн авсан: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
___Хавсарсан онош /сонго/_____
____Хавсарсан онош /сонго/_____
20. Эмчлүүлсэн: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
___Хавсарсан онош /сонго/_____
____Хавсарсан онош /сонго/_____
21.Эмнэлэгт хэвтсэн ор хоног /сонго/ _____
22.Эмнэлгээс гарсан огноо, цаг (сонго)_____
23.Эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлт (эпикриз)_/бичих/_____
24.Эмчлэгч эмчийн нэр.....утасны дугаар....., цахим хаяг.....

“Эргэх холбоо тогтоох” хэсэг

25. Илгээсэн байгууллагад өгөх зөвлөмж /бичих/
26. Зөвлөмжийг хүлээн авсан огноо .....он…….сар.....өдөр……..цаг……..минут
27. Иргэнийг хяналтад авсан эсэх (сонго) 1.тийм 2. үгүй
28. Иргэнийг хяналтад авсан эмчийн нэр ..... утас .....цахим хаяг .....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-17

ЭХИЙН ЭНДЭГДЭЛ, НОЦТОЙ ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

РД | | | | | | | | | | |

Тогтмол хаяг

аймаг, хот _____

сум/дүүрэг _____

баг/хороо _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур):
   1.1 Хүндэрсэн 1.2 Эндсэн
2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар
   2.1 Гэрт 2.2 ӨЭМТ/СЭМТ 2.3 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
   2.4 Хувийн эмнэлэгт 2.5 Амаржих газар 2.6 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
   2.7 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв 2.8 Бусад
3. Нас _____
4. Ам бүл: _____
5. Гэр бүлийн байдал: (зур) гэрлээгүй, хамтран амьдрагч, гэрлэсэн, гэрлэсэн/тусдаа, салсан, бэлбэсэн, тодорхойгүй _____
6. Боловсрол: (зур) боловсролгүй, бага, дунд, мэргэжлийн болон техникийн, дээд, тодорхойгүй _____
7. Нийгмийн байдал: ажилтай, ажилгүй, малчин, оюутан, сурагч, бусад
8. Эмнэлэгт хэвтсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
9. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн биеийн байдал: (зур) хөнгөн, дунд, хүндэвтэр, хүнд, маш хүнд, бусад _____
10. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн онош: (ӨОУА-10 кодлоно уу)
    Үндсэн онош: _____
    Хүндрэл: _____
    Дагалдах онош: _____
11. Биеийн жин _____ кг
12. Өндөр _____ см
13. Цусны даралт: б _____ з _____ судасны цохилтын тоо _____
14. Хийгдсэн шинжилгээ:

14.1.	Цусны ерөнхий шинжилгээ:	1. тийм	2. үгүй
14.2.	Шээсний шинжилгээ:	1. тийм	2. үгүй
14.3.	Биохимийн шинжилгээ:	1. тийм	2. үгүй
14.4.	Хэт авиан шинжилгээ:	1. тийм	2. үгүй
14.5.	Рентген шинжилгээ:	1. тийм	2. үгүй
14.6.	Зүрхний бичлэг:	1. тийм	2. үгүй
14.7.	Каогулограмм:	1. тийм	2. үгүй
14.8.	Компьютер томограф:	1. тийм	2. үгүй
14.9.	Бусад: /бичих/ _____		

15. Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)
16. Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
17. Өмнөх жирэмслэлт хэдэн онд байсан бэ? _____

18. Өмнөх жирэмсний төгсгөл:
    18.1 Эрт үеийн зулбалт
    18.2 Хожуу үеийн зулбалт(халдварлагдсан,халдварлагдаагүйг зурах)
    18.3 Үр хөндөлт
    18.4 Умайн гадуурх жирэмсэн
    18.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
    18.6 Дутуу төрөлт
    18.7 Гүйцэд төрөлт
    18.8 Илүү тээлттэй төрөлт
    18.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
19. Өмнөх жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараа болон үр хөндөлттэй холбоотой ямар нэгэн хүндрэл байсан уу? 1. тийм 2. үгүй
20. Жирэмсний хяналтанд орсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй
21. Жирэмсний хяналтанд анх орсон хугацаа: долоо хоногоор _____
22. Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн: _____
23. Жирэмсний хяналтанд байсан газар:
    23.1 Улаанбаатар хот, ЭХЭМҮТ
    23.2 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн нэгдэл
    23.3 Улаанбаатар хот, Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
    23.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
    23.5 Аймаг сумын Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
    23.6 Хувийн эмнэлэгт
    23.7 Багт
24. Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин
    24.1 Эх барих эмэгтэйчүүд
    24.2 Өөр мэргэжлийн их эмч
    24.3 Эх баригч
    24.4 Бага эмч
25. Жирэмсэн үед жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үеийн тухай эрүүл мэндийн хичээл сургалтанд оролцсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй
26. Энэ жирэмсний үе дэх хавсарсан өвчин:
    26.1 Хавсарсан өвчингүй
    26.2 Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин
    26.3 Хавдар
    26.4 Цус, цус бүтээх эрхтний өвчин
    26.5 Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчин
    26.6 Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин
    26.7 Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
    26.8 Амьсгалын тогтолцооны өвчин
    26.9 Хоол шингээх тогтолцооны өвчин
    26.10 Шээс, бэлгэсийн тогтолцооны өвчин
    26.11 Бусад _____
27. Одоогийн жирэмсний хүндрэл:
    27.1 Хүндрэлгүй
    27.2 Эрт үеийн хордлого
    27.3 Хожуу хордлогын хөнгөн хэлбэр (манас таталтын урьдлын)
    27.4 Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр (манас таталтын урьдлын)
    27.5 Манас таталт
    27.6 Цус алдалт
    27.7 Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж
    27.8 Ихэс түрүүлэлт
    27.9 Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох
    27.10 Ураг орчмын шингэний ихдэлт
    27.11 Ураг орчмын шингэний багадалт
    27.12 Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
    27.13 Хавсарсан өвчин
    27.14 Ургийн эмгэг (бүтэлт, өсөлтийн саатал)
    27.15 Бусад (нэрлэ) _____
28. Жирэмсэн үед тусламж үзүүлсэн газар:
    28.1 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
    28.2 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
    28.3 Амаржих газар
    28.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ

28.5 ӨЭМТ/СЭМТ
28.6 Хувийн эмнэлэг
28.7 Бусад (нэрлэ) _____

29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
29.1 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
29.2 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
29.3 Амаржих газар
29.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
29.5 ӨЭМТ/СЭМТ
29.6 Хувийн эмнэлэг
29.7 Бусад _____

30. Төрөлт удирдсан хүн:
30.1 Эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлийн эмч
30.2 Бусад мэргэжлийн эмч
30.3 Эх баригч
30.4 Бага эмч
30.5 Эмнэлгийн бус хүн
30.6 Төрөлтөнд оролцсон хүнгүй

31. Эхийн жирэмсний хугацаа (долоо хоногоор): _____

32. Одоогийн жирэмсний төгсгөл:
32.1 Эрт үеийн зулбалт
32.2 Хожуу үеийн зулбалт (халдварлагдсан,халдварлагдаагүйг зурах)
32.3 Үр хөндөлт
32.4 Умайн гадуурх жирэмсэн
32.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
32.6 Дутуу төрөлт
32.7 Гүйцэд төрөлт
32.8 Илүү тээлттэй төрөлт
32.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)

33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн
өдөр (зур):_____он___сар___өдөр

34. Төрөлтийн хэлбэр (ажилбар)
34.1 Төрөх замаар
34.2 Вакум таталт
34.3 Хавчуур
34.4 Кесар хагалгаа

35. Умай агшаах тариа хэрэглэсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

36. Төрөлтийн үед умай агшаах тариаг хэзээ хэрэглэсэн:
36.1 Төрөлтийн 1-р үе
36.2 Төрөлтийн 2-р үе
36.3 Төрөлтийн 3-р үе
36.4 Төрсний дараа

37. Үр хөндөлтийн хэлбэр (ажилбар):
37.1 Эмийн аргаар үр хөндүүлэх
37.2 Умайн хөндийгөөс соруулах
37.3 Умайн хөндийг хусах

38. Мэс засал хийгдсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

39. Мэс засал хийх болсон заалт:
39.1 Үр хөндөлтийн үеийн хүндрэл
39.2 Халдварлагдсан зулбаа
39.3 Умайн гадуурх жирэмсэн
39.4 Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр
39.5 Манас таталт
39.6 Цус алдалт (умайн агшилт суларснаас)
39.7 Ихэс түрүүлэлт
39.8 Умайн тулгамдсан урагдал
39.9 Давтан кесар хагалгаа
39.10 Төрөх замын саатал
39.11 Үжил халдвар
39.12 Ургийн талын заалттай бол бичнэ үү (_____)
39.13 Бусад (нэрлэ) _____

40. Төрөх үеийн мэс ажилбар, мэс заслын тусламж:
40.1 Ихэс гардах

40.2 Умайн хөндийг гараар шалгах
40.3 Умайн хөндийг багажаар шалгах
40.4 Төрөх замын зөөлөн эдийн урагдал оёх
40.5 Хавчуур
40.6 Вакуум
40.7 Ураг эвдэх
40.8 Кесар хагалгаа
40.9 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг үтрээн дээгүүр авах хагалгаа
40.10 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг бүхэлд нь авах хагалгаа
40.11 Кесар хагалгааг өргөтгөн хийгдсэн умайг тайрах/авах хагалгааны заалт
40.12 Давтан хийгдсэн хагалгааны нэр
40.13 Давтан хийгдсэн хагалгааны заалтыг бичих
40.14 Давтан хагалгаа хийгдсэн _____он____сар____өдөр
40.15 Умайн гадуурх жирэмсний улмаас хийгдсэн хагалгаа, нэр _____
40.16 Бусад (нэрлэ) _____

41. Цус алдсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

42. Алдсан цусны хэмжээ (мл-р): _____

43. Юүлсэн цусны хэмжээ (мл-р): _____

44. Эх ноцтой хүндэрсэн эсвэл эндсэн үе (зурах)

44.1 Эрт үеийн зулбалт
44.2 Хожуу үеийн зулбалт
44.3 Жирэмсэн үед
44.4 Төрөх үед
44.5 Төрсний дараа
44.6 Өсөлтгүй жирэмсэн
44.7 Умайн гадуурх жирэмсэн
44.8 Үр хөндөлтийн үед
44.9 Үр хөндсөний дараа
44.10 Бусад (нэрлэ) _____

45. Төрөх, төрсний дараах үеийн хүндрэл

45.1 Хожуу хордлогын хөнгөн хэлбэр
45.2 Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр
45.3 Манас таталт
45.4 Цус алдалт
45.5 Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж
45.6 Умайн урагдал
45.7 Ихэс түрүүлэлт
45.8 Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох
45.9 Ихэс саатах
45.10 Төрөх хүчний гажуудал
45.11 Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
45.12 Ураг орчмын шингэний бөглөрөлт
45.13 Хавсарсан өвчин
45.14 Бусад (нэрлэ) _____

46. Цус алдалтын шалтгаан

46.1 Үр хөндөлтийн улмаас цус алдсан
46.2 Умайн гадуурх жирэмсэн
46.3 Ихэс түрүүлэх
46.4 Ихэс шигдэх
46.5 Ихэс ховхрох
46.6 Ихсийн хэсэг үлдэх
46.7 Төрөх замын зөөлөн эдийн урагдал
46.8 Умай урагдсан
46.9 Төрсний дараах цус алдалт
46.10 Эх барихын бусад цус алдалт
46.11 Бусад (нэрлэ) _____

47. Халдвар

47.1 Үр хөндөлттэй холбоотой
47.2 Төрөх үеийн умайн салстын үрэвсэл
47.3 Ургийн шингэн цагаас өмнө гарч халдварлагдах
47.4 Кесар хагалгааны дараах халдвар
47.5 Умайн хөндийг цэвэрлэснээс үүдэлтэй халдвар
47.6 Пиелонефрит
47.7 Томуу төст өвчин

47.8 Бусад системийн халдвар үрэвсэл/үжил
47.9 Бусад (нэрлэ) _____

48. Эх хүндэрсэн тохиолдолд ямар нэгэн эрхтэн системийн үйл ажиллагааны алдагдал байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

49. Зүрх судасны үйл ажиллагааны алдагдал
49.1 Шок (зүрх судасны хурц дутагдал)
49.2 Судас нарийсагч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
49.3 Зүрх зогсох
49.4 Хүнд хэлбэрийн гипоперфузи(лактат>5 ммоль/л эсвэл 45мг/дл)
49.5 Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (pH<7.1)
49.6 Зүрх, уушгины амилуулалт

50. Амьсгалын эрхтний үйл ажиллагааны алдагдал
50.1 Цочмог хөхрөлт
50.2 Таталдсан амьсгал (үхлийн өмнөх амьсгал)
50.3 Амьсгал хэт олшрох (амьсгал нэг минутанд >40 олон)
50.4 Амьсгал хэт цөөрөх (амьсгал нэг минутанд<6 цөөн)
50.5 Хүнд хэлбэрийн гипоксеми (PaO2/FiO2<200 эсвэл O2-ийн ханамж 60 минутаас дээш хугацаанд 90%-с бага байх)
50.6 Мэдээгүйжүүлэгтэй холбоогүйгээр цагаан мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьж амьсгалуулах

51. Бөөрний үйл ажиллагааны алдагдал
51.1 Шингэн сэлбэлт эсвэл шээс хөөх эмчилгээнд үр дүнгүй шээс багасах
51.2 Бөөрний цочмог дутагдлын үед диалез хийсэн
51.3 Цочмог хүнд хэлбэрийн азотеми (креатинин>300 ммоль/мл эсвэл 3.5 мг/дл буюу түүнээс их)

52. Бүлэгнэлт, гематологийн алдагдал
52.1 Бүлэн үүсэхгүй
52.2 Цус эсвэл улаан эс их хэмжээгээр сэлбэх (5нэгжээс дээш)
52.3 Цочмог,хүнд хэлбэрийн ялтсын цөөрөл(50.000 ялтас/мл-с бага)

53. Элэгний үйл ажиллагааны алдагдал
53.1 Манас таталтын урьдалтай үед шарлах
53.2 Цочмог, хүнд хэлбэрийн хурц гипербилирубинеми (билирубин>100 ммоль/л-ээс 6.0 мг/дл-с их)

54. Мэдрэлийн үйл ажиллагааны алдагдал
54.1 Удаан хугацаагаар ухаангүй байх (12 цаг болон түүнээс дээш хугацаагаар үргэлжилсэн дугжраа)
54.2 Цус харвалт
54.3 Эпилепсийн байдал/хянаж чадахгүй байгаа таталт
54.4 Бүтэн саажилт (тархмал)

55. Умайн үйл ажиллагааны алдагдал
55.1 Умайг авахад хүргэсэн цус алдалт эсвэл халдвар:
1 тийм 2 үгүй

56. Клиникийн төгсгөлийн онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/
Үндсэн онош: _____
_____
Хүндрэл: _____
_____
Дагалдах онош: _____
_____

57. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан (зур)
58. Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн:
1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр
60. Ор хоног: _____ хоног _____ цаг _____ минут
61. Эх эндсэн үед: Эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн эсэх
1. Хийгдсэн 2. Хийгдээгүй

62.1 Эхийн эндэгдэл

Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (ӨОУА-10 кодлох)
Үндсэн онош: _____
_____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

62.2 Эхийн ноцтой хүндрэл

Ихэс, умай, дайврыг гистологи шинжилгээнд илгээсэн эсэх

1. Илгээсэн 2. Илгээгээгүй

Ихэс, умай, дайврын гистологи шинжилгээний дүгнэлт:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

63. Онош тохирсон эсэх:
    1. Тохирсон 2. Тохироогүй (зур)
64. Тохироогүй бол: 1. Үндсэн оношоор 2. Дагалдах оношоор
    3. Хүндрэлээр (зур)
65. Эх барихын шалтгаантай эсэх:
    1. Тийм 2. Үгүй
66. Хожимдол 1: Тайлбараа бичих
    1 _____
    2 _____

    Хожимдол 2: Тайлбараа бичих
    1 _____
    2 _____

    Хожимдол 3: Тайлбараа бичих
    1 _____
    2 _____
    3 _____
67. Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин
    Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин
    Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин
68. Биеийн жин.....гр, өндөр.....см
    Биеийн жин.....гр, өндөр.....см
    Биеийн жин.....гр, өндөр.....см
69. Нярайн байдал: амьд, амьгүй, нас барсан (зур)
    Нярайн байдал: амьд, амьгүй, нас барсан (зур)
    Нярайн байдал: амьд, амьгүй, нас барсан (зур)
70. Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____
    Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____
    Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____
71. Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____
    Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____
    Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____
72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1	Эмч дуудсан хугацаа	_____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут
72.2	Төрсөн хугацаа	_____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут
72.3	Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа	
72.4	Эмч очсон хугацаа	_____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

Мэдээлсэн

Огноо: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

Аймаг /хот: _____ сум/дүүрэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмчийн нэр: _____

Албан тушаал: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код: | | | | | | |

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____ Нас: _____ РД | | | | | | | | | | |

Тогтмол хаяг: _____
_____
_____

Утас _____ Ажлын газар _____

Мэргэжил _____

Боловсрол:

01	Боловсролгүй
02	Бага
03	Суурь боловсрол
04	Бүрэн дунд
05	Мэргэжлийн болон техникийн
06	Дипломын
07	Бакалавр
08	Магистр
09	Доктор

Хөдөлмөр эрхлэлт:

1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

Эмнэлэг	Он	Сар	Өдөр	Цаг
Хэвтсэн				
Үр хөндүүлсэн				
Гарсан				

Ор хоног | | | |

Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

Онош	Хэвтэх үеийн	
	Үндсэн	
	Хүндрэлийн	

Биеийн юм _____ насандаа ирсэн _____ хоноод _____ хоног үргэлжилнэ.

Биеийн юмны хэмжээ	Бага	1
	Хэвийн	2
	Элбэг	3
	Өвдөлттэй	4
	Өвдөлтгүй	5

Сүүлийн биеийн юм ирсэн _____ он _____ сар ____ өдөр

Жирэмслэхээс /зур/ хамгаалдаг, үгүй

Хамгаалдаг арга _____

Жирэмсний хяналтад орсон эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй

Хэд дэх жирэмслэлт _____

Үр хөндүүлсэн удаа _____

Үүнээс гүйцэд төрсөн хүүхэд _____ зулбасан _____

Сүүлийн жирэмслэлт _____ онд

Төгсгөл: /зур/ *гүйцэд, дутуу төрсөн, зулбасан, үр хөндүүлсэн*

Үр хөндүүлсэн бол шалтгаан _____
_____

Одоогийн үр хөндүүлж буй шалтгаан _____
_____
_____

..... ар тал

Бодит үзлэг (Амьсгал, зүрх судас, хоол шингээх, шээс бэлгийн тогтолцоо)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Үтрээний үзлэг _____

_____

_____

Онош: _____

_____

_____

Ураг хөндүүлсэн тухай тэмдэглэл:

Гадна бэлэг эрхтэнг _____ уусмалаар халдваргүйтгэж, үтрээнд толь тавьж, үтрээ болон умайн хүзүүг ариутгав. Ажилбарын үед өвдөлт намдаалтыг: /зур/ умайн хүзүүний орчны эдэд хориг хийх, бүсчилсэн мэдээгүйжүүлэг, ерөнхий мэдээгүйжүүлэг хийв.

Мэдээгүйжүүлгийн уусмал, тун хэмжээ: _____

Сэтгүүрийг умайн хүзүүгээр болгоомжтой оруулахад умайн байрлал _____, чиглэл_____, умайн хөндийн хэмжээ _____ см байв.

Умайн хүзүүг тэлсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Тийм бол /бичих/: Гигарын тэлэгч № _____, соруурын хошуу № _____

Умайн хөндийн агууламжийг № _____ хошуугаар соруулан, умайн хөндий хоосорсон эсэх /зур/: улаан ягаан цусархаг хөөс гарах, хүржигнэх чимээ сонсогдох, соруурт эд дахин орж ирээгүй-г шалгаж хавхлагыг хаасны дараа хошууг умайд үлдээж, соруурыг салгаж авав.

Умайгаас авсан эд /зур/: бүрэн, бүрэн бус

Умайгаас соруурын хошуу, суман хавчуур, үтрээний толийг авч ажилбарыг дуусгав.

Алдсан цус _____ мл. Ажилбарын үргэлжилсэн хугацаа _____

Хүндрэл гарсан эсэх: ☐ Үгүй ☐ Тийм бол бичих: _____

_____

Ажилбарын дараах үе: _____

_____

Жирэмснээс сэргийлэх эм, хэрэгсэл хэрэглүүлсэн эсэх: Тийм, Үгүй

Тийм бол /бичих/:_____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18 Хавсралт 01

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХИЙН ХАВСРАЛТ /ЭМИЙН/

Нэмэлт хийгдсэн шинжилгээ: _____

Онош: _____

Мифепристоны тун: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

_____

_____

Эмчийн нэр: _____ _____ он_____ сар _____ өдөр

Давтан үзлэгт ирэх хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

ҮЗЛЭГ 2. Илэрсэн зовиур, өөрчлөлт _____

_____

_____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

_____

_____

Мизопростолын тун хэмжээ _____

Эмийг хаана хэрэглэхээр олгосон /зур/: гэрт, эмнэлэгт

_____

Эмчийн нэр: _____ _____ он_____ сар _____ өдөр

ҮЗЛЭГ 3. Үзлэгт ирсэн хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Үйлчлүүлэгчид илэрсэн шинж тэмдэг: _____

_____

_____

Ажилбар дууссан тухай тэмдэглэл: _____

_____

_____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

_____

_____

Хэрэв ажилбар дуусаагүй бол авсан арга хэмжээ, зөвлөгөө: _____

_____

_____

Эмчийн нэр: _____ _____ он_____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-19

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН БҮРТГЭЛ

Он, сар, өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Боловсрол	Ажил мэргэжил	Ажлын газар	Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	Тогтмол хаяг	Жирэмсний хугацаа	Хэд дэх жирэмслэлт	Үр хөндүүлсэн удаа	Гарсан хүндрэл (+), (-)			Үр хөндөлт хийлгэсэн эмэгтэйчүүдэд ЖСЭХ хэрэглүүлсэн эсэх	Эмчийн нэр
												Умай цоорсон	Умайн агшилт суларч цус	Үжил, халдвар		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Тайлбар: ЖСЭХ: 1. Жирэмслэхээс сэргийлэх эм, 2. Тариа, 3. Суулгац, 4. Бэлгэвч, 5. Ерөндөг, 6. Бусад

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-26Б

ХӨНГӨВЧЛӨХ ЭМЧИЛГЭЭНД ХАМРАГСДЫН БҮРТГЭЛ /СТАЦИОНАРТ/

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Тогтмол хаяг	Онош	Хэвтсэн	Гарсан	Нас барсан	Ор хоног	Тусламж үйлчилгээний төрөл		Тайлбар
										Үнэгүй эм олгосон	Бусад	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код: ☐☐☐☐☐☐☐

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28А

ЗҮҮ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ЭМД: ☐☐☐☐☐☐☐

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний зарчим_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. Зүү эмчилгээний төрөл:/зур/

Их биеийн зүү

Цахилгаан зүү

Усан зүү _____ Эмийн бодис

Гарын зүү

Чихний зүү

6. Жор: _____

_____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Зүү эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Зүү засал	Хавсран хийгдэх эмчилгээ	Засал хийсэн эмчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код: | | | | | | | |

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28Б

ТӨӨНӨ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД: | | | | | | | | | | |

ЭМД: | | | | | | | |

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

3. Үндсэн онош: _____

4. Төөнө заслын төрөл: /зур/

Цахилгаан төөнө

Монгол төөнө

Шовгон төөнө

Хайрцаган төөнө

Харандаан төөнө

5. Төөнө хийх бэлчир орон:_____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Төөнө эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Төөнө засал	Засал хийсэн эмчийн нэр
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код: | | | | | | | |

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29А

ДЭВТЭЭЛГЭ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД: | | | | | | | | | | |

ЭМД: | | | | | | | |

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

3. Эмчилгээ эхэлсэн _____ он ___ сар ___ өдөр, Эмчилгээ дууссан он сар өдөр _____ он ___ сар ___ өдөр

4. Үндсэн онош: _____

5. Эмчилгээний төрөл _____

Таван рашаан

Барагшуны рашаан

Халгайн рашаан:

Шимт рашаан

Циркуляр душ

Өгсүүр душ

Шарко

Саун

Сувдан ванн

Бусад

6. Ороолт:

Эмийн бодис: _____

Бэлчир орон: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Дэвтээлгийн төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код: ☐☐☐☐☐☐☐

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29Б

БАРИА ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ЭМД: ☐☐☐☐☐☐☐

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

3. Үндсэн онош: _____

4. Барианы төрөл:

Бүтэн биеийн бариа :

1. Бүтэн биеийн зөөлөн бариа
2. Халуун тосон бариа
3. Сүүн бариа
4. Шөлөн бариа
5. Арвайн бариа
6. Бусад бариа .....

.....

Хэсэгчилсэн бариа:

1. Толгой, хүзүү, нуруу
2. Нүүрний хэсэг
3. Гарын /мөр, бугалга, шуу, тохой, сарвууны хэсэг/
4. Сээр бүсэлхий ууц нуруу
5. Хөлийн /түнх, гуя, өвдөг, шилбэ, тавхайн хэсэг/
6. 4 тольтын бариа
7. Даран бариа
8. Бусад бариа

5. Анхаарах зүйл:_____

Эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал
Б тал

№	Он сар өдөр	Барианы төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29В

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код: | | | | | | | |

ХАТГАХ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД: | | | | | | | | | | |

ЭМД: | | | | | | | |

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____

2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний төрөл, талбай, байрлал: _____

Ханасан судасны нэр: _____

Самнуур: _____

Шивүүр: _____

Түрэм: _____

5. Эмчилгээний талаар зөвлөгөө өгсөн эсэх: _____ тийм _____ үгүй

6. Гарсан хүндрэл: _____

7. Авсан арга хэмжээ: _____

_____

_____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Хатгах засал хийхийг зөвшөөрсөн өвчтөний нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-31

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Мэдээлсэн огноо: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

Ерөнхий мэдээлэл:

1. Эцэг, эхийн нэр: _____
2. Хүүхдийн нэр: _____
3. Хүүхдийн регистрийн дугаар: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
4. Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____
   Сум/дүүрэг _____
   Баг/хороо _____
5. Эхийн боловсрол: 1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Дунд 4. Мэргэжлийн ба техникийн 5. Дээд 6. Мэдээлэлгүй
6. Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 2. Ажилгүй 3. Малчин 4. Оюутан 5. Сурагч 6. Бусад _____
7. Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй; 3. Мэдээлэлгүй
8. Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?
   1. Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
   2. Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
   3. Өрх толгойлсон эх/эцэг
   4. Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг
   5. Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

9. Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут
10. Нас: ☐☐ нас ☐☐ сар ☐☐ хоног
11. Хүйс: 1. Эрэгтэй 2. Эмэгтэй
12. Хүүхдийн төрсөн газар : 1. ЭХЭМҮТ 2. Хотын амаржих газрууд 3. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ 4. Дүүргийн эмнэлэг 5. Гэрт 6. Хувийн эмнэлэг 7. Тээвэрлэх үед 8. Сумын эмнэлэг 9. Бусад _____
13. Төрөх үеийн биеийн жин: ☐☐☐☐ (гр)
14. Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:
    1. Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор
    2. Төрсний дараах эхний 1 хоногт
    3. 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд
    4. Амлуулаагүй
15. Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?
    1. Тийм; 2. Үгүй
16. Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: ☐☐☐☐ (гр)
17. Одоогийн биеийн өндөр: ☐☐☐ (см)
18. Айлын хэд дэх хүүхэд вэ: ☐☐
19. Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):
    - БЦЖ ☐ 1 тун
    - Тавт вакцин ☐ 1 тун ☐ 2 тун ☐ 3 тун
    - УГУ (улаанууд, гахайн хавдар, улаанбурхан) вакцин ☐ 1 тун ☐ 2 тун
    - В гепатит ☐ 1 тун
    - Халдварт саа ☐ 1 тун ☐ 2 тун ☐ 3 тун ☐ 4 тун
    - Сахуу татран ☐ 1 тун ☐ 2 тун
    - Бусад _____

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

20. Хүүхдийн нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут
21. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугацааг бичнэ үү
1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ үү _____ _____ _____	Тийм / Үгүй	☐☐ хоног

22. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй
23. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?
    1. Өрхийн эмнэлэгт
    2. Сумын эмнэлэгт
    3. Хувийн эмнэлэгт
    4. Аймгийн эмнэлэгт
    5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
    6. Гэрт:
        - о Эмчийн зааврaар
        - о Өөрсдөө
24. Хүүхэд эндсэн газар:
    1. эмнэлэгт
    2. гэрт
    3. хээр, гадаа
    4. тээврийн хэрэгсэлд
    5. бусад _____
25. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут
26. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?
    1. Тийм; 2. Үгүй
27. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:
    1. 1-р шатлал (сум/өрх)→2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)
    2. 1-р шатлал (сум/өрх)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
    3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
    4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)→1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)
    5. Хувийн эмнэлэг→Улсын эмнэлэг
    6. Бусад: _____
28. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:
    1. дунд; 2. хүндэвтэр; 3. хүнд; 4. маш хүнд
29. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:
    1. Сэхээн амьдруулалт
    2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
    3. Судсаар дусал шингэн залгасан
    4. Антибиотик
    5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
    6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
    7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд

8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
10. Стеройдууд
11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
15. Мэс засал
16. Бусад _____

30. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: ☐☐ хоног ☐☐ цаг ☐☐ минут
31. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:
    1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
    2. Яаралтай тусламжийн тасаг
    3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____
32. Эмнэлзүйн онош:

    Үндсэн онош: _____

    Хүндрэл: _____

    Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу): _____

33. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй
34. Эмгэг судлалын онош:

    Үндсэн онош: _____

    Хүндрэл: _____

    Дагалдах онош: _____

35. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй
36. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

    • 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн) _____

    • 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____

    • 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн) _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-32

29 ХОНОГ - 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Ерөнхий мэдээлэл:

1. Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____
   Сум/дүүрэг: _____
2. Мэдээлсэн эмнэлгийн нэр: _____
3. Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____
4. Мэдээлсэн огноо: _____он ___сар ___өдөр

Гэрийн хаяг:

1. Хүүхдийн гэрийн хаяг: Аймаг/хот: _____
   Сум/дүүрэг: _____
   Баг/хороо: _____
2. Холбоо барих утас: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Эцэг, эхийн мэдээлэл:

1. Эцгийн овог, нэр: _____
2. Эцгийн нас: ☐☐
3. Эхийн овог, нэр: _____
4. Эхийн нас: ☐☐
5. Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна) ☐☐
6. Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй) ☐☐
7. Эцэг, эх нь ураг төрлийн холбоотой эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
8. Хэрэв тийм бол тодруулна уу.
   a. Төрсөн ах дүүс
   b. Төрсөн ах дүүсийн хүүхдүүд
   c. Бусад _____

Хүүхдийн мэдээлэл:

9. Хүүхдийн нэр: _____
10. Хүүхдийн регистрийн дугаар ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
11. Хүүхдийн нас: ☐☐
12. Хүйс: 1. Хүү 2. Охин 3. Тодорхойгүй
13. Хүүхдийн төрөх үеийн жин: _____ (гр)
14. Хүүхдийн төрөх үеийн өндөр: _____ (гр)
15. Хүүхэд дутуу төрсөн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
16. Хэрэв тийм бол төрсөн үеийн тээлтийн нас: долоо хоног ☐☐
17. Хүүхэд ихэр эсэх: 1. Нэг 2. Хоёр ихэр 3. Гурав ба түүнээс олон ихэр

Төрөлхийн хөгжлийн гажгийн мэдээлэл:

18. Төрөлхийн хөгжлийн гажиг оношлогдсон: _____он ___сар ___өдөр
19. Оношлогдсон төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:
    a _____
    b _____
    c _____
    d _____

e _____
f _____
g _____
h _____
i _____
j _____

20. Хүүхэд эндсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
21. Хэрэв тийм бол хүүхэд эндсэн: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут
22. Эндсэн шалтгаан:

_____
_____
_____

23. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
24. Эмгэг судлалын шинжилгээнд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

a _____
b _____
c _____
d _____
e _____
f _____
g _____
h _____
i _____
j _____

25. Нэмэлт тайлбар:

_____
_____
_____
_____
_____

А1. Эмнэлгийн нэр: ☐☐☐☐☐☐☐

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-33

ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ ХУУДАС

Эрэмбэлэн ангилал | A | B | C | D |

А 2. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ **А3. Нэр** _____ **А4. РД** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

А5. Нас ☐☐☐

А6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

А7. ТОГТМОЛ ХАЯГ:

_____

_____

_____

_____

А**8. УТАС** _____

А9. АЖЛЫН ГАЗАР, АЛБАН ТУШААЛ

_____

_____

_____

А10. Боловсролын байдал	
Боловсролгүй	01
Бага	02
Суурь боловсрол	03
Бүрэн дунд	04
Мэргэжлийн болон техникийн	05
Дипломын	06
Бакалавр	07
Магистр	08
Доктор	09

А14. Өөр эмнэлэгт хандсан эсэх	
Өрх ЭМТөв	1
Сум, тосгон, сум дундын ЭМТ	2
Аймаг, Дүүргийн НЭ	3
БОЭТ	4
Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг	5
Бусад	98

А11. Эмнэлэгт яаж ирсэн	
Өөрөө	1
Түргэн тусламжаар	2
Бусад_____	98

15.Гэмтсэн/он,сар,өдөр,цаг,мин/				
16.Үзүүлсэн/он,сар,өдөр,цаг,мин/				

А12. Гэмтэл авах үедээ согтуурууулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх	
Тийм	1
Үгүй	2
А13. Гэмтэл авах үедээ мансуурууулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх	
Тийм	1
Үгүй	2

А17.Осол болсон газар, байршил /дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/

Б 1. ОСОЛ ГАРАХ ҮЕИЙН БАЙРШИЛ				
Гэртээ	1	Ажлын байранд	Үйлдвэрлэл	8
Сургууль, цэцэрлэг	2		Барилга	9
Биеийн тамир, спортын талбай	3		Уурхай	10
Гудамж, зам	4		Албан тасалгаа	11
Худалдаа үйлчилгээний газар	5	Бусад / бичих / _____		98
Хөдөө аж ахуй ба ферм	6			
Олон нийтийн газар (бар, диско)	7	Тодорхойгүй		99

Б 2. ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ШАЛТГААН					
Зам тээврийн осол /V00-V99/		1	**Амьтай механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах**	Нохойд хазуулах	17
Хүчирхийлэл /X85-Y09/		2		Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____	18
Амиа хорлохыг завдах /X60-X84/		3	Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/_____		19
Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах	*Цас, мөсөн дээр хальтарч унах*	4	Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/_____		20
	Явганаас унах	5	Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/_____		21
	Тэшүүр, цанаар гулгах үед унах	6	Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/		22
	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхэгдэн унах	7	**Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах**	*Цахилгаан гүйдэл*	23
	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/	8		*Гал, дөлд*	24
	Спортын хэрэгслээс унах	9		*Халуун цай, хоол, тосонд*	25
	Шат, гишгүүрээс унах	10		*Халуун усанд*	26
	Барилга, байгууламжаас унах	11		*Халуун уур, агаар, хийнд*	27
	Бусад уналт /бичих/_____	12		*Ахуйн халуун хэрэгсэлд*	28
	Тодорхойгүй уналт	13		*Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур*	29
Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/ бүлгээс харах	Хурц зүйл /бичих/_____	14		*Бусад түлэгдэл_____*	30
	Мохоо зүйлд /бичих/_____	15		*Тодорхойгүй*	31
	Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, салют гэх мэт бичих/ _____	16	Бусад осол /бичих/_____		98
			Тодорхойгүй осол _____		99

В. ЗАМ ТЭЭВРИЙН ОСОЛ V00-V99

В1 Осол гарах үед та ямар тээврийн хэрэгслээр явж байсан бэ	
Явган	1
Унадаг дугуй, мопед	2
Мотоцикл	3
Суудлын тэрэг	4
Ачааны тэрэг	5
Нийтийн тээврийн хэрэгсэл	6
Морь	7
Галт тэрэг	8
Онгоцны осол	9
Бусад _____	98
Тодорхойгүй	99

В2 Та ослын үед замын хөдөлгөөнд яаж оролцож байсан бэ	
Явган зорчигч	1
Жолооч	2
Зорчигч	3
Уралдааны морь унаач	4
Энгийн морь унаач	5
Бусад _____ _____ _____ _____	98
Тодорхойгүй	99

В3 Та ослын үед ямар зүйлтэй мөргөлдсөн бэ	
Явган хүн, мал амьтан	1
Унадаг дугуй	2
Мотоцикл	3
Суудлын машин ба бага даацын тээврийн хэрэгсэл	4
Автобус, ачааны машин	5
Галт тэрэг	6
Хөдөлгөөнгүй зүйл	7
Мөргөлдөөгүй /онхолдох/	8
Тодорхойгүй	99

В4 Осол гарах үед та ямар хамгаалалт хэрэглэсэн бэ	
Хамгаалах бүс	
Тийм	1
Үгүй	2
В5. Хамгаалалтын малгай	
Тийм	1
Үгүй	2

В6. Зам тээврийн осолд өртөгсдийн тоо		
1	2	3
4-өөс дээш		

Г. ХҮЧИРХИЙЛЭЛ X85-Y09

Г1. Хүчирхийлэлийн хэлбэр	
Бие махбодын	1
Сэтгэл санааны	2
Бэлгийн хэлбэр	3
Эдийн засгийн хэлбэр	4
Хууль хяналтын байгууллагын дарамт	5
Хар тамхитай холбоотой	6
Бусад _____ _____	98
Тодорхойгүй	99

Г2. Хэрэглэсэн арга/ зүйл		
Дүүжлэх, боймлох, боох /X91/		1
Усанд живүүлэх /X92/		2
Галт зэвсэг, буугаар халдах /X93-X95/		3
Тэсрэх, дэлбэрэх зүйлээр халдах /X96/		4
Утаа, гал дөлөөр түлэх /X97/		5
Халуун зүйлээр түлэх /X98/		6
Иртэй зүйлээр /X99/		7
Мохоо зүйлээр /Y00/		8
Өндрөөс түлхэх /Y01-Y02/		9
Тээврийн хэрэгслээр осол хийж хорлох /Y03/		10
Биеийн хүчээр халдах /Y04-Y05/		11
Бусад /бичих/_____		98
Тодорхойгүй		99

Г3. Хэдэн хүчирхийлэгч оролцсон бэ?	
1	1
2	2
3	3
4 ба дээш	4
Тодорхойгүй	99

Г4. Гол хүчирхийлэгчийн хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

Г5. Хүчирхийлэгч-хохирогч хоорондын холбоо	
Гэр бүлийн хүн /хамтран амьдрагч	1
Эх эцэг	2
Бусад хамаатан	3
Хамаатан биш харгалзагч	4
Танил/найз	5
Хууль цагдаагийн хүн	6
Үл таних хүн	7
Бусад_____	98
Тодорхойгүй	99

Д. АМИА ХОРЛОХЫГ ЗАВДАХ X60-X84

Д1. Амиа хорлоход хүргэсэн хэлбэр	
Биеийн өвчин	1
Сэтгэл санааны	2
Бэлгийн хэлбэр	3
Эдийн засгийн хэлбэр	4
Хууль хяналтын байгууллагын дарамт	5
Сэтгэцийн эмгэгтэй	6
Гэр бүлийн гишүүд маргалдах	7
Ажлын байрны дарамт	8
Бусад _____	98
Тодорхойгүй	99

Д2. Хэрэглэсэн арга/ зүйл	
Эмийн бодис /бичих/_____	1
Спирт, бусад бодис /бичих/_____	2
Дүүжлэх, боох /X70/	3
Усанд живэх /X71/	4
Галт зэвсэг, буу /X72-X74/	5
Тэсрэх, дэлбэрэх /X75/	6
Гал дөл, ууранд түлэх /X76-X77/	7
Иртэй зүйлээр /X78/	8
Мохоо зүйлээр /X79/	9
Өндрөөс үсрэх /X80/	10
Зам тээврийн осолд орох /X81-X82/	11
Бусад /бичих/ _____ _____	98
Тодорхойгүй	99

Е2. ГЭМТЛИЙН ОНОШ

Е3 ШИЛЖҮҮЛСЭН ХЭЛБЭР			
Тасаг	1	Өрх	4
Эрчимт эмчилгээ	2	Аймаг/Дүүргийн НЭ	5
Нас барсан	3	Бусад	98

Е1. ТУСГАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ /Гэмтсэн шалтгаан, механизмыг дэлгэрэнгүй бичнэ./

Е4. АВСАН АРГА ХЭМЖЭЭ

Эмчийн нэр, гарын үсэг /тамга/ _____ ( )

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-34

ХӨДӨЛГӨӨН ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр:_____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/

Гэрийн хаяг: _____

Амьдралын нөхцөл:_____

Ажил эрхлэлт, ажлын нөхцөл: _____

Зовуурь: _____

Өвчин эхэлсэн шалтгаан: _____

Шинжилгээний дүгнэлт /MRI, CP, X-Ray/:_____

Үндсэн онош (ICD-10): _____ РТ/онош (ICF): _____

Өвчин эхэлсэн:_____он_____сар_____өдөр Эмнэлэгт хэвтсэн: _____он _____сар____өдөр

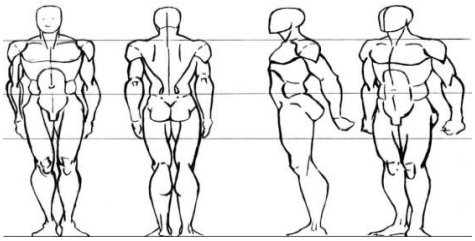
Үнэлгээ хийсэн: _____он _____сар _____өдөр ХЗЭ дуусан: _____он_____сар_____өдөр

Эмнэлгээс гарсан: .....он.....сар.....өдөр

/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭӨ/ **/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭД/**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **0 1 3 4 5 6 7 8 9 10**

0-өвдөлтгүй
1-2 маш бага өвдөлт
3-4 бага өвдөлт
5-6 дунд зэргийн өвдөлт
7-8 их өвдөлт
9-10 маш их өвдөлт



Өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар /Modified Barthel Index/

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Нилээд тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөх уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэнцвэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15
Нийт оноо/хувь					

Төрх байдлын анализ:

.....
.....
.....
.....

Алхааны анализ:

.....
.....
.....
.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч		Үений далайц		Үе холбоос		Далайц	Булчингийн хүч		Үений далайц	
Баруун							Зүүн			
				Мөрний үе	Нугалах	0-180				
					Тэнийлгэх	0-60				
					Холдуулах	0-180				
					Ойртуулах	0-45				
					Гадагш эргүүлэх	0-90				
					Дотогш эргүүлэх	0-90				
				Тохойн үе	Нугалах	0-150				
					Тэнийлгэх	0-10				
				Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90				
					Алга дээш харуулах	0-80-90				
				Бугуйн үе	Нугалах	0-80				
					Тэнийлгэх	0-70				
				Түнхний үе	Нугалах	0-120				
					Тэнийлгэх	0-30				
					Холдуулах	0-45				
					Ойртуулах	0-30				
					Гадагш эргүүлэх	0-45				
					Дотогш эргүүлэх	0-35				
				Өвдөгний үе	Нугалах	0-135				
					Тэнийлгэх	0				
				Шагайн үе	Ээтийлгэх	0-20				

Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах:_____

_____

_____

Богино хугацааны зорилго:

_____

_____

_____

Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа:

_____

_____

_____

Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө:

_____

_____

_____

Хийгдсэн эмчилгээ:

_____

_____

_____

20 ..... оны .... сарын ..... өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-35

ХӨДӨЛМӨР ЗАСЛЫН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр:_____ Нас:_____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/

Үндсэн онош (ICD-10): _____ Хөдөлмөр засалчийн онош (ICF): _____

Modified Barthel Index (өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар)

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Их тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөж уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэргэнцэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15

Нийт оноо:.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч		Үений далайц		Үе холбоос		Далайц	Булчингийн хүч		Үений далайц	
Баруун							Зүүн			
				Мөрний үе	Нугалах	0-180				
					Тэнийлгэх	0-60				
					Холдуулах	0-180				
					Ойртуулах	0-45				
					Гадагш эргүүлэх	0-90				
					Дотогш эргүүлэх	0-90				
				Тохойн үе	Нугалах	0-150				
					Тэнийлгэх	0-10				
				Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90				
					Алга дээш харуулах	0-80-90				
				Бугуйн үе	Нугалах	0-80				
					Тэнийлгэх	0-70				
				Түнхний үе	Нугалах	0-120				
					Тэнийлгэх	0-30				
					Холдуулах	0-45				
					Ойртуулах	0-30				
					Гадагш эргүүлэх	0-45				
					Дотогш эргүүлэх	0-35				
				Өвдөгний үе	Нугалах	0-135				
					Тэнийлгэх	0				
				Шагайн үе	Ээтийлгэх	0-20				
					Жийх	0-50				

1. Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Богино хугацааны зорилго:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Хийгдсэн эмчилгээ:
.....
.....
.....
.....
.....

Хөдөлмөр засалч /Ахуй засалч/: _____

20 ..... оны .... сарын ..... өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-36

Эмнэлгийн нэр: _____

БҮХ НИЙТЭЭР ТЭМДЭГЛЭХ БАЯР, ТЭМДЭГЛЭЛТ ӨДРИЙН АМРАЛТЫН ҮЕИЙН ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭГ МЭДЭЭЛЭХ БҮРТГЭЛ

№	Үзүүлэлт				№	Өрх сумын эрүүл мэндийн төв	Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	Төв эмнэлэг, тусгай мэргэшлийн төвүүд	Бусад	Нийт дүн
А	Б				В	1	2	3	4	5
1	Төрсөн эхийн тоо				1					
2	Амьд төрсөн нярай				2					
3	Амьгүй төрсөн хүүхэд				3					
4	Нас барсан хүний тоо				4					
5	Үүнээс: эмнэлэгт				5					
6	Хоног болоогүй нас баралт				6					
7	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл				7					
8	1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл				8					
9	Осол гэмтлийн улмаас нас барсан хүний тоо				9					
10	Үүнээс	Зам тээврийн ослоор			10					
		Хөлдөлт, осголт			11					
		Хордлогоор	Архины шалтгаант		12					
			Хоолны		13					
			Бусад		14					
	Бусад ослоор				15					
11	Амбулаторын нийт үзлэг				16					
12	Үүнээс: Томуу, томуу төст өвчний учир				17					
13	Хүлээн авах, яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлсэн иргэдийн тоо	Насанд хүрэгчид	Нийт		18					
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал	19					
				Хордлого: Архи	20					
				Хордлого: Хоол	21					
				Осол гэмтэл: Авто осол	22					
				Осол гэмтэл: Түлэгдэлт	23					
				Осол гэмтэл: бусад гэмтэл	24					
			Буцаасан		25					
			Нас барсан		26					
		Хүүхэд	Нийт		27					
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал	28					
				Томуу, томуу төст өвчин, амьсгалын замын өвчлөл	29					
				Хордлого	30					
				Осол гэмтэл: Авто осол	31					
				Осол гэмтэл: Түлэгдэлт	32					
				Осол гэмтэл: бусад	33					
			Буцаасан		34					
			Нас барсан		35					
			Томуу, амьсгалын замын өвчний амбулаторийн үзлэгт эзлэх хувь		36					
14	Түргэн туслам жийн	Нийт			37					
		Хүүхэд	0-5 насны хүүхдийн томуу, амьсгалын замын өвчлөл		38					
			Хордлого		39					
			Халдварт өвчин		40					
		Нийт			41					
		чид	сол лтэ	Архи	42					

	дуудлагын тоо	Насанд хүрэг	Ос гэл	Хоол	43					
				Төрөх	44					
				Халдварт өвчин	45					
				Бусад	46					
		Эмч очихоос өмнө нас барсан			47					
15	Орон нутагт гарсан олныг хамарсан аюулд өртсөн хүний тоо	Осол, гэмтэл			48					
		Хордлого			49					
		Түлэгдэл			50					
		Үер, усны аюул			51					
		Нас баралт			52					
16	Зоонозын өвчний сэжигтэй тохиолдол				53					

Мөрийн дагуу: 9= (10+11+12+13+14+15)

ӨМЧИЙН БҮХ ХЭЛБЭРИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГУУДАД ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТЫН ХӨТЛӨХ ЗААВАР

Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь статистикийн бүртгэлийн маягтыг хөтлөхөд энэхүү зааврыг баримтлана. Эрүүл мэндийн байгууллагад өдөр тутам хийгдэж байгаа эмчийн үзлэг, оношлогоо, шинжилгээ, эмчилгээ, сувилгаа зэрэг аливаа ажил үйлчилгээг зориулалтын маягт дээр тэмдэглэсэн бүртгэлийг эмнэлгийн анхан шатны баримт гэнэ. Эдгээр маягт нь нэг талаас шинжилгээ судалгаа болон албан хэргийн үнэт баримт нөгөө талаас болсон, хийсэн процессыг тухайн үйлчилгээний үед нь тэмдэглэсэн цаг хугацааны тэмдэглэл, түүхийн баримт бичиг болдог. Мөн эмнэлгийн ямар ч үзлэг, эмчилгээ, үйлчилгээ нь зөвхөн анагаах ухааны зохих мэргэжил эзэмшсэн хүмүүст хууль ёсоор зөвшөөрөгдөж, тэдэнд олгогдсон эрх хэмжээний дагуу хийгддэг учраас үнэн зөв хөтлөгдсөн эмнэлгийн бүртгэлийн маягтууд нь мэргэжлийн ба хуулийн чухал баримт болдог. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагаа, хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд үнэлэлт өгөх, нэгтгэн дүгнэх, мэдээлэх, төлөвлөлтийн аливаа асуудалд эмнэлгийн анхан шатны баримтууд үндсэн тулгуур материал болдог. Иймээс эмч, эмнэлгийн ажилтан бүхэн эмнэлгийн анхан шатны маягт, тооцооны баримтуудыг үнэн зөв хөтлөхөд чухал ач холбогдол өгч, тэдгээрийг хөтлөхдөө туйлын анхааралтай хандаж мэргэжлийн өндөр түвшинд гүйцэтгэх нь тэдний үндсэн үүрэгт ажлын бүрэлдэхүүн байх ёстой.

Эмнэлгийн баримт бичгийг нямбай зөв хөтлөх нь зөвхөн гаргацтай гоё бичихийг хэлэх бус уг баримт бичигт хариулах ёстой бүх асуултыг бүрэн гүйцэд бөглөж, асуугаагүй боловч заавал тэмдэглэх шаардлагатай зүйлд зориулан зай гаргасан хэсэгт холбогдох тэмдэглэл хийсэн байвал зохино.

Бүртгэлийн маягтыг хөтлөх ерөнхий зарчим ижилхэн боловч маягт болгон өөрийн зорилго асуусан асуумжаараа өвөрмөц ялгаатай. Гэвч тэр бүхэнд тодорхой асуудлыг яаж хариулж бичихийг нэг бүрчлэн тайлбарлах боломжгүй учир зарим онцлог маягтуудыг эмнэлгийн үйлчилгээний аль хэсэгт хөтөлж юу юуг тусгаж хэрхэн нөхөж бичих талаар анхаарах зарим зүйлсийг маягтын ерөнхий дугаар, тухайн маягтын дотор заасан хэсэг бүлэг, буюу мөрийн дугаарын дагуу тайлбарлах нь зүйтэй.

Бүртгэлийн маягт хөтлөхдөө хар өнгийн бал, бэх, эсвэл нэг өнгийн балаар маягтад засвар оруулсан, балласан, дарж зурсан, засваргүй, бичлэг дарах засах, шингэн хэрэглээгүй, товчилсон үг хэрэглэхгүй, бүтнээр ойлгомжтой бичиж эцэст үнэн зөв бичигдсэн эсэхийг нягтлан шалгасан байх зэрэг ерөнхий шаардлагыг баримтлах шаардлагатай.

Өрх, сумын эрүүл мэндийн төв болон амбулаторит хөтлөгдөх бүртгэлийн маягтуудын хөтлөх заавар

1. ***Маягтын нэр:*** ТАВ ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДЭВТЭР
   Маягтын дугаар: *ӨЭ-1.А*

Ойлголт, тодорхойлолт: Энэхүү дэвтэр нь эх, хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт хөгжлийн байдлыг дэмжих, үнэлэх зориулалттай бүртгэл юм. Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр бол жирэмсэн эмэгтэй болон хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт ба хөгжлийг бүртгэх үндсэн баримт болно.

Нөхөх заавар: Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийн улаан хүрээтэй хуудсуудад Эрүүл мэндийн ажилтан, цэнхэр хүрээтэй хуудсуудад Эцэг, эх, асран хамгаалагч тэмдэглэл хөтөлж бөглөнө.

Уг дэвтэр нь жирэмсэн эх болон хүүхдийн эрүүл мэндийн байдал, өсөлт хөгжлийг бүртгэх үндсэн баримт бөгөөд жирэмсэн эх өөрийн эрүүл мэндийн талаарх мэдээллийг уншиж танилцан эхийн заавал мэдэж байх зүйлс, ямар тохиолдолд хэнд хандан зөвлөгөө авах, хүүхдийг нярай үеэс нь эхлэн насны онцлогт тохируулан хэрхэн асрах, яаж хооллох тухай зөвлөмжүүд орсон тул жирэмсэн эх болон хүүхдийг асран хамгаалж буй хэнч гэсэн хэрэглэн мэдээлэл авах боломжтой.

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн, эцэг эх, асран халамжлагч нар хамтран "Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр"-ийг ашиглан хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт хөгжил, хөгжлийн үе шат, гэрийн таатай байдал, аюулгүй орчин, гэр бүлийн гишүүдийн сэтгэл зүйн байдлыг үнэлж хянана. Ингэснээр хүүхдийн өвчлөл, биеийн өсөлт хоцрогдол, хоол тэжээлийн цочмог дутлыг илрүүлэх, осол гэмтлээс сэргийлэх ач холбогдолтой бөгөөд эрүүл мэнд, хөгжлийг дэмжих суурь болдог. Мөн тухайн хүүхдийн гэр бүлд шаардлагатай зөвлөмжийг өгч дэмжиж туслах боломжийг бүрдүүлнэ.

Энэхүү зааврыг өрх, сумын эрүүл мэндийн төвүүд өдөр тутмын үйл ажиллагаандаа ашиглаж, хүүхэд бүрийн эрүүл мэнд, өсөлт хөгжлийг дэмжих нь Тогтвортой хөгжлийн зорилтыг хангахад тодорхой хувь нэмэр болох юм.

Эрүүл мэндийн байгууллага

Эрүүл мэндийн байгууллага нь "Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр"-ийг хэрэглэх сургалтад холбогдох эмч, мэргэжилтнүүдийг заавал хамруулна. Сургалтад хамрагдсан өрх, сум, амаржих газрын эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн нь бусаддаа "Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр"-ийг хэрхэн ашиглах талаар зааж өгөх нь чухал бөгөөд дэвтрийг олгохдоо эцэг эх, асран халамжлагч нарт дэвтэр ашиглах, хөтлөх, хадгалах талаар зөв мэдээллийг өгнө.

Эх, хүүхдэд тусламж үзүүлдэг эрүүл мэндийн бүх байгууллагад "Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр"-ийн хангалттай нөөцтэй байж эцэг эхчүүдэд тасралтгүй хангах шаардлагатай.

"Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр"-ийг хэзээ олгох бэ?

- Жирэмсэн эмэгтэй анх удаа хяналтад ороход
- Нэг хүртэлх настай хүүхдэд уг дэвтэр байхгүй бол
- Эцэг эх дэвтрийг хаяж үрэгдүүлсэн тохиолдолд харьяа өрхийн эрүүл мэндийн байгууллага олгож шаардлагатай мэдээллийг нөхөж бөглөж өгнө.

"Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр"-ийг олгохдоо эмнэлгийн мэргэжилтэн дараах зүйлүүдийг эцэг эх, асран халамжлагч нарт тайлбарлан ойлгуулах үүрэгтэй:

- Жирэмсний хяналтад үзүүлэх, амаржих газар төрөхөөр очих, хүүхдээ гэрийн эргэлтийн хяналтанд үзүүлэх, дархлаажуултанд хамрагдах болон эрүүл мэндийн байгууллагад очихдоо дэвтрээ заавал авч ирэх,
- Уг дэвтэр нь хүүхдийн төрсөн үеэс эхлэн эрүүл мэндийн байдал, өсөлт хөгжилтийн түүх болон үлддэг тул дэвтрээ цэвэр нямбай хөтөлж хадгалахыг ээж болон гэр бүлийн гишүүдэд сайтар ойлгуулах,

- Дэвтэрээ хаях, гээхээс болгоомжлох талаар анхааруулах,
- “Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр”-ийн агуулгын талаар сайтар тайлбарлаж, эхнэр нөхөр хамтдаа уншиж ашиглахын чухлыг ойлгуулах,
- “Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр”-ийг үнэн зөв яаж хөтлөх талаар эцэг эхчүүдэд сургалт хийх.

Эмнэлгийн мэргэжилтэн хүүхдийн эрүүл мэндийн талаарх мэдээллийг хаана тэмдэглэх вэ?

“Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр” нь 2 хэсэгтэй.

- Эцэг эх, асрамжлагч дэвтэрийн ХӨХ хуудсыг ашиглана. Энэ хуудас бол эцэг эх, асрамжлагчийн хуудас гэдгийг эмнэлгийн мэргэжилтэн маш сайн мэдэх ёстой.
- Энэ хуудсанд 5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэнд, хоол тэжээл, асаргаа, өсөлт хөгжил, хүүхдийн хөгжил, гэр бүлийн сэтгэл зүйн байдал, гэрийн таатай орчин, аюулгүй байдлын талаар эцэг эх өөрсдөө үнэлэн, тухайн хүүхдийн насанд тохирсон гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийн хуудаст тэмдэглэнэ.

Гэр бүлд эрүүл мэнд, сэтгэл зүйн талаар асуудал гарвал хаана хандах, хаанаас тусламж авах талаар эцэг эх, гэр бүлийн гишүүдийн зайлшгүй мэдвэл зохих мэдээлэл зөвлөгөө зөвлөмж байгаа.

Уг дэвтрийн хөх хуудсанд байгаа эрүүл мэндийн мэдээлэл, зөвлөгөөний талаар эцэг эхчүүдэд маш сайн ойлгуулан хэрхэн үнэн зөв хөтлөхийг зааж ойлгосныг шалгана. Эх хүүхдээ дагуулж ЭМБ-д ирэх үед, эрүүл мэндийн ажилтан гэрээр эргэлт хийхдээ дэвтэр дэх тэмдэглэгээг бүрэн, үнэн зөв хөтөлсөн эсэхийг шалгах ба хэрэв ээж нь сайн ойлгоогүй бол яаж тэмдэглэхийг дахин зааж зөвлөнө. Эхний сараас дэвтрээ ашиглаж сурвал цаашид тогтмол тэмдэглэх дадал зуршилтай болно.

Эмнэлгийн мэргэжилтэн эх болон хүүхдийн эрүүл мэндийн талаарх мэдээллийг зөвхөн УЛААН хуудсыг ашиглан тэмдэглэл хөтлөнө. Энэ хуудсанд жирэмсний бүхий л хугацаа, төрөх үе ба төрсний дараах 6 долоо хоног дахь эхийн эрүүл мэндийг эх өөрөө болон эмнэлгийн мэргэжилтэн хянана. Энэ хэсэг нь жирэмсэн эмэгтэй өөрийнхөө болон хэвлий дэх хүүхдийнхээ эрүүл мэндэд хэрхэн анхаарах заавар юм.

<u>Жирэмсэн үеийн эрүүл мэндийн хяналт:</u> Эх жирэмсний эхний 3 сард жирэмсэн болсноо мэдмэгц аль болох эрт Өрхийн ЭМТ-д очиж хяналтад орох нь чухал юм. Анхан шатны эмнэлгийн мэргэжилтэн баг, өрх, сумынхаа жирэмсэн эмэгтэйг хяналтад аль болох эрт оруулах талаар идэвхтэй ажиллах хэрэгтэй.

Жирэмсэн эмэгтэй жирэмсний хугацаанд 6-аас доошгүй удаа хяналтад үзүүлсэн байх ёстой. Эрсдэлтэй жирэмсэн болон эрүүл мэндийн асуудалтай эхчүүдийг 8-аас доошгүй удаа үзнэ.

- Үзлэгээр жирэмсэн эхэд жирэмсэн үеийн оношилгоо, зөвлөгөө, ийлдсийн шинжилгээ, ургийн хэвийн бус байдлыг илрүүлэх болон БЗДХ-ын шинжилгээ, эхээс урагт ХДХВ-ын халдвар дамжих эрсдлийн талаар зөвлөгөө өгнө. Энд жирэмсний хяналт, төмрийн бэлдмэл уух, хоол хүнс болон жирэмсний хугацаанд биед илрэх хэвийн болон эмгэг өөрчлөлтүүдийн талаарх мэдээллүүдийг оруулсан. Эдгээр заавар зөвлөгөө нь нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн үндэсний заавар удирдамжуудыг мөрдлөг болгосон болно.

<u>Хоол тэжээлийн талаар:</u> жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд ердийн иддэг хоолны давтамжаа нэмэгдүүлэх, хэрвээ хоолны асуудалтай бол дараах зөвлөмжийг өг. Өдөрт бага хэмжээтэй

өөртөө тохирсон хоол сонгож идэх ба унтахын өмнө их идэхгүй байх, шинэ жимс, сүү, цагаан идээ, загас, кальциар баялаг хоол хүнс хэрэглэнэ.

Жирэмсэн эмэгтэйн ажил ба ажлын байр: Ажил хийдэг эмэгтэйчүүд амаржихаас 2 сарын өмнө жирэмсний амралтаа авах хэрэгтэй. Амаржихын өмнөх амралт эх, ургийн аюулгүй байдалд маш чухал гэдгийг тайлбарлаж зөвлөх хэрэгтэй. Эмэгтэй хүнд жирэмсний үе, төрөх, төрсний дараах бүхий л үед гэр бүлд дэмжлэг асар чухал байдаг талаар ойлгуулах.

Эмэгтэйг жирэмсний хяналтад үзүүлэхэд нь нөхөртэйгээ ирэхийг зөвлөж хоёуланд нь дэвтрийг хэрхэн ашиглах талаар тайлбарлана.

Төрсний дараах эрүүл мэнд: Төрсний дараах эхийн эрүүл мэндийн хяналтийг төрсний дараах гэрийн эргэлтийн төлөвлөгөөний дагуу 24-72 цагийн дотор хянана.

Тав хүртэлх хүүхдийн эрүүл мэндийн хяналт

Хүүхдийн хяналт: Эмнэлгийн мэргэжилтэн хүүхдийг эхийн хэвлийд бүрэлдэх үеэс эхлээд 6 нас хүртэлх өсөлт хөгжил, хоол тэжээл, хүүхдийн хөгжил, эрүүл мэндийн байдлыг хянаж үнэлэн, дэвтэрт тэмдэглэнэ. Эмнэлгийн мэргэжилтэн **эрүүл** хүүхдийг Эрүүл мэндийн сайдын баталсан гэрийн эргэлтийн төлөвлөгөөний дагуу 1 хүртэлх сартай хүүхдийг сард 4 удаа, 2 сартай хүүхдийг сард 2 удаа, 3 сартайгаас 1 нас хүртэл сар тутам, 1-2 настай хүүхдийг улиралд нэг удаа гэрээр эргэнэ.

Санамж: **Гэрийн эргэлтийг заавал гэрт очиж хийнэ.**

Гэрийн эргэлт бол эрүүл хүүхдийн хяналт гэдгийг сана. Эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлтээр хүүхдийн биеийн байдал, хоол тэжээл, өсөлт хөгжил, хүүхдийн хөгжил, гэрийн таатай орчин, аюулгүй байдал, эцэг эх, ах, эгчийн сэтгэл санааны байдал, шинэ хүүхэддээ хэрхэн дасах зэрэг олон зүйлийг хянаж үнэлэн тохирсон зөвлөгөө, мэдээлэл өгөх юм. Эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлт болон эрүүл мэндийн байгууллагад хүүхдийг ирэх үед нь эрүүл мэндийн байдлыг тухайн насанд тохирсон гэрийн эргэлтийн үнэлгээний хуудсаар хянаж, эрүүл мэндийн талаар “5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр”-т тэмдэглэнэ. Хэрвээ хүүхэд гэрийн эргэлтийн үед өвчтэй байвал ХӨЦМ-ийн дагуу үнэлж эмчилгээг шийднэ.

Анхаар: ХӨЦМ-ийн дагуу үнэлэх боломжгүй бол Өвчний карт нээн тэмдэглэл хөтлөн эмчилгээний асуудлыг шийд. “5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр” бол эрүүл хүүхдийн хяналтын дэвтэр **өвчний карт биш гэдгийг сана.**

Нэг хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн хяналт

Нярайн эрүүл мэндийн хяналт: Амаржих газраас гэртээ гарсаны дараах 24-72 цагийн дотор гэрийн эргэлт хийж, нярайд эрүүл мэндийн үнэлгээ хийнэ. Энэ бол гэрийн анхны эргэлт юм. Анхны гэрийн эргэлтийг эмч, сувилагч хамт хийнэ. Анхны эргэлтээр эх, нярайн эрүүл мэндийг хамт хянана. Эргэлтээр төрсний дараах 24-72 цагийн гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумж, эрүүл мэндийн ажилтанд зориулсан эргэлтийн үнэлгээний дагуу нярайн эрүүл мэндийн байдлыг үнэлж, эцэг эхэд өгөх зөвлөмжийг ашиглан зөвлөгөө өгнө.

Эцэг эхэд зориулсан гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийн хуудас хөтлөх заавар

Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийн хуудас 3 хэсэгтэй.

1. Та хүүхдийнхээ эрүүл мэндийн талаар мэдэхийг хүсч байгаа мэдээллээ эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлтээр ирэх үед эцэг эхийн зүгээс асуух асуулт болон зөвлөгөө авах зүйлээ тэмдэглэх юм. Үүнд:
   - Эхийн сэтгэл санааны байдал, хүүхэддээ дасах, хооллох, аюулгүй байдал, гэр бүлийн талаар асуух асуултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ.
2. Таны хүүхдийн тухай асуумжийн тийм, үгүй, мэдэхгүй гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ.
3. Хүүхдийн хөгжлийн тухай асуумжийн тийм үгүй гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ.

Эрүүл мэндийн ажилтанд зориулсан гэрийн эргэлтийн үнэлгээний хуудас хөтлөх заавар

1. Паспортын хэсгийг эцэг эхээс асууж үнэлнэ. Эцэг эх хүүхдийн нэр, харилцах хэлийг сонгож тэмдэглэнэ. Гэрийн эргэлтээр очсон он сар өдрийг тэмдэглэнэ.

<u>Өсөлтийг хэмжиж тэмдэглэнэ:</u> Хүүхдийн биеийн жинг хэмжин, килограммаар бичнэ. Жишээ нь: хүүхдийн жин 3 кг 700 гр байвал 3.7 кг гэж бичнэ.

<u>Хүүхдийн биеийн уртыг хэмжин тэмдэглэнэ:</u> Уртын хэмжээг сантиметрээр бичнэ. Жишээ нь: хүүхдийн өндөр 1 метр 12 см байвал 112 см гэж бичнэ.

<u>Хүүхдийн жин, уртын харьцааг тодорхойлно</u>: Биеийн жинг урт/өндөрт нь харьцуулсан харьцааг хэлнэ. Энэ үзүүлэлтээр туранхай, илүүдэл жин, таргалалтыг илрүүлэх ач холбогдолтой. Мөн хүүхдийн хоол тэжээлийн цочмог дутлыг тодорхойлдог.

2. Төрөх үеийн түүхийг эцэг эхээс асуултын дагуу асууж тэмдэглэнэ. Тийм буюу шаардлагатай гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Үгүй бол онгорхой байна.
3. Нийгэм гэр бүлийн байдал: Үүнийг үнэлэхдээ гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг заавал харна. Гэр бүлийн гишүүд шинэ хүүхэддээ дасаж байгаа болон ажил сургуульдаа орох талаар эцэг эхтэй ярилцаж тэмдэглэнэ. Эцэг эхэд сэтгэл гутралын шинж тэмдэг илэрсэн бол □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ.
4. Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал тийм, хэвийн хамрагдсан гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Үгүй бол онгорхой байна.
5. Бодит үзлэг: Эмнэлгийн мэргэжилтэн бодит үзлэгийг ЗААВАЛ хийнэ. Үзлэг хийхдээ хүүхдийн эх болон гэр бүлийн гишүүдийг хамт байлцуулна. Хүүхэд эрүүл бол “Эрүүл” гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол өөрчлөлт илэрсэн хэсэгт тэмдэглэнэ.
6. Үнэлгээний хэсэгт хүүхэд эрүүл бол “Эрүүл” гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ-ийн дагуу үнэлэн ангилал, бусад өвчин илэрвэл тухайн өвчний онош, өсөлт хөгжлийн хоцрогдолтой бол тураал, туранхай, өсөлтийн хоцрогдол болон хоол тэжээлийн дутагдалтай эсэхийг тэмдэглэнэ.
7. Зөвлөгөө мэдээлэл хэсэгт гэрийн эргэлтээр эмнэлгийн мэргэжилтэн өгсөн зөвлөгөөгөө мэдээллээ □ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Зөвлөгөө өгөхдөө 5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр дээрх эцэг эхэд өгөх хүүхдийн насанд тохирох зөвлөмжийн талаар ярилцах, тараах материал өгч болно. Нярайг хөхүүлэх, хуурайлах, угаах, гэрийн аюулгүй таатай орчин, хүүхдэд илрэх аюултай шинжүүдийн талаар зөвлөгөө өгнө. Энэ үед хүүхдийг эхийн сүүгээр дагнан хооллохын чухлыг гэр бүлд ойлгуулж, эхэд шим тэжээллэг хоол идүүлж давтамжийг нэмэгдүүлэх, тайван байлгах талаар зөвлөнө. Гэрийн эргэлтийн өмнөх хуудсыг хэрхэн бөглөх талаар зөвлө.

8. Цаашид авах арга хэмжээний хэсэгт тухайн гэрийн эргэлтийн үнэлгээний байдалд дүгнэлт хийн тухайн үед авсан болон цаашид авах арга хэмжээний талаар тэмдэглэнэ.
9. Гэрийн эргэлтээр очсон эмч, сувилагч нэрээ тод бичиж гарын үсгээ зурна. Мөн эцэг эхийн аль нэгний гарын үсгийг авч баталгаажуулна.
10. Мөн хүүхдээ иргэний бүртгэлд бүртгүүлж, төрсний гэрчилгээ авахыг гэр бүлд нь сануулаарай.

Нэг наснаас тав хүртэлх насны хүүхдийн хяналт

Хүүхдийг нэг нас хүртэл гэрээр болон ӨЭМТ-д ирүүлэн сар бүр үзлэг хийж, дараах хүснэгтэд тэмдэглэнэ.

ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг

20 ..... оны ..... сарын ..... нд хүүхэд ..... сар ..... өдөртэй байхад хийв)

Толгойн тойрог: ..... см	Цус багадалт +/-	Хооллолт: □ Сайн □ Хооллолтын бэрхшээлтэй
E D C B A A B C D E E D C B A A B C D E		Хажуугийн зурагт цоорсон эсвэл хэвийн бус шүдийг “X” гэж тэмдэглэнэ үү.
		Шүд: □ эрүүл / □ эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо .....)
		Шүдний ариун цэврийн байдал: □ Сайн □ Дунд □ Муу
		Буйл/ завьж: □ Хэвийн □ хэвийн бус
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: □ Эрүүл / □ тогтмол хяналт шаардлагатай		
Вакцин: ..... он ..... сар ..... өдөр		
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:		

<u>Заавар:</u>

1. Эмнэлгийн мэргэжилтний хүүхдэд эрүүл мэндийн үзлэг хийсэн он сар өдрийг тэмдэглэнэ.
2. Толгойн тойргийг туузан метрээр хэмжиж см-ийг тэмдэглэнэ.
3. Цус багадалттай бол (+) цус багадалтгүй бол (-) гэж тэмдэглэнэ.
4. Хооллолтын бэрхшээлтэй бол □ нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэнэ.
5. Шүдний эрүүл мэндийг үнэлнэ. Үүнд:
   - Цооролттой шүд бол | E | X | “X” гэж тэмдэглэнэ.
   - Шүдний эрүүл болон эмчлэх шаардлагатай шүдний тоог бичнэ.
   - Шүдний ариун цэврийг Сайн, Дунд, Муу үнэлгээн дээр □ нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэнэ.
   - Буйл, завьжийг хэвийн, хэвийн бус үнэлгээгээр □ нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэнэ.

- Ерөнхий биеийн байдал эрүүл бол □ нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэнэ.
- Вакцин хийсэн өдрийн он сар өдрийг тэмдэглэнэ.
- Үзлэг хийсэн эмч нэрээ гаргацтай тодорхой бичнэ.

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаар тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа (өдөр/сар/он)	Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтйн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Аминдэм, ОН бичил тэжээлийн хангалт			Хөгжлийн үнэлгээ (+, -)	Өвчлөл (A,C, A1, C1, Б)	Хүүхэд хамгаалал (+, -)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр (см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван (+, -)	Д аминдэм (+, -)	А аминдэм (+, -)	ОНБТ				
14 сар													
16 сар													
18 сар													

Хүснэгтэд тэмдэглэгээ хийхдээ эцэг эх, асран халамжлагчийг аль болох оролцуулах нь чухал.

1. Хоол тэжээл, өсөлт хөгжил, хөгжлийн үнэлгээ хийлгүүлж буй хүүхдийн одоогийн нас сараар.
2. Үзлэг хийсэн он сар эрүүл мэндийн ажилтан хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт хөгжил, хоол тэжээл, хөгжлийг үнэлж хянахаар гэрээр нь очсон эсвэл хүүхэд эцэг эхийн хамт ЭМТ-д ирсэн он сар өдөр.
3. Хэмжилт:
   - Өсөлтийн хяналтад хамрагдаж буй хүүхдийн биеийн жинг хэмжиж, жинг килограммаар бичнэ. Жишээ нь: хүүхдийн жин 4 кг 700 гр байвал 4.7 кг гэж бичнэ.
   - Өсөлтийн хяналтад хамрагдаж буй хүүхдийн биеийн урт эсвэл өндрийг хэмжиж хэмжээг сантиметрээр бичнэ. Жишээ нь: хүүхдийн өндөр 1 метр 12 см байвал 112 см гэж бичнэ.
   - Хүүхдийн хоёр хөлд хаван байгаа эсэхийг тодруулж бичнэ. Бүртгэлийн цонхонд хаван байгаа бол (+), байхгүй бол (-) гэж тэмдэглэнэ.
4. Амин дэм бичил бодисын хангалт:
   - А аминдэм уусан эсэх: Тухайн сард А аминдэм уусан 6-59 сартай хүүхдийн мэдээлэл (100,000-200,000 ОУН А аминдэмийг жил бүрийн 5 болон 11 дүгээр саруудад 6-59 сартай хүүхдүүдэд кампаничлан уулгадаг. Энэ нүдэнд А аминдэм уусан бол (+), уугаагүй бол (-) гэж тэмдэглэнэ.
   - Д аминдэм уусан эсэх: Тухайн сард Д аминдэм уусан 0-36 сартай хүүхдийн мэдээлэл (50000 ОУН Д2 аминдэмийг урьдчилан сэргийлэх тунгаар сар бүр). Өндөр тунт Д2 аминдэм хүрэлцээгүй тохиолдолд Д3 аминдэмийг эмчийн зааврын

дагуу дуслаар уух ба энэ тохиолдлыг мөн Д аминдэмийг уусан хэмээн бүртгэнэ. Энэ нүдэнд Д аминдэм уусан бол (+), уугаагүй бол (-) гэж тэмдэглэнэ.

- Олон найрлагат бичил тэжээлийн бэлдмэл (ОНБТ) авсан эсэх: Бүртгэлийн цонхонд ОНБТ уусан бол (+), уугаагүй бол (-) тэмдэг бичнэ.

5. Хооллолтын байдал (Д,Т,Х,Н):

0-6 сартай хүүхдийн хувьд Д, Т, Х, Н үсгийн аль нэг тэмдэглэгдэнэ. Үүнд:

Д – Эхийн сүүгээр дагнан хооллож (Эхийн хөхний сүүнээс өөр бусад шингэн, ус, цай, шүүс зэргийг огт авахгүй байхыг хэлнэ) байгаа,

Т – Эхийн сүү орлуулагчаар дагнан хооллож байгаа,

Х- Эхийн сүүний зэрэгцээ эхийн сүү орлуулагчаар хооллож байгаа буюу холимог хооллолт,

Н - 6 сар хүрэхээс өмнө нэмэгдэл хоолонд орсон

6. Хөгжлийн үнэлгээ:
5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийн хөх хуудасны “МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ХӨГЖИЛ ..... САРТАЙДАА” хэсэг дэх хүүхдийн хөгжлийн үзүүлэлтүүдийг тийм/үгүй гэсэн тэмдэглэгээг дугуйлж зурах талаар гэр бүлийн гишүүд эцэг эхэд зааж өгч ЭМТ-д үзүүлэхээр ирэхдээ тэмдэглэж ирэхийг анхааруулна. Асуумжийн дагуу бөглөж, (+) гэж тэмдэглэх ба бөглөөгүй бол (-) гэж тэмдэглэнэ. Тухайн насны хөгжлийн үзүүлэлтүүдийг хийж чадаж байгаа эсэхийг шалгаж, аль нэгийг нь эсвэл хэсэг бүлгийг нь хийж чадахгүй (Хөгжлийн хоцрогдолтой) хүүхдийг дэвтэрт тэмдэглэж дараагийн сар хүртэл хянана. Хүүхдийн хөгжлийн энэхүү үзүүлэлтүүд нь тус дэвтрийн маш чухал хэсэг бөгөөд хүүхдийн танин мэдэхүй, оюуны хөгжлийг зөв үнэлж, дүгнэснээр хүүхдийн хөгжлийн хоцрогдлыг эрт таньж, хөгжлийн бэрхшээлтэй болохоос сэргийлэх чухал хэрэгсэл болно.
7. Өвчлөлийн байдал:

Тухайн сард ямар нэг өвчнөөр өвчилсөн бол А, А1, С, С1, Б үсгийн аль нэгийг тэмдэглэгдэнэ.

А Тухайн сард амьсгалын цочмог халдвараар өвчилсөн (Тухайн сард хүүхэд хэдэн удаа өвчилснийг тооцохгүй).

А1 Тухайн сард амьсгалын цочмог халдвараар өвчилж, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авсан хүүхэд (Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ гэдэгт өвчний улмаас эмнэлэг, эмчид хандах, эм бичүүлж эмийн сангаас авч хэрэглэснийг хэлнэ. Тухайн сард хүүхэд хэдэн удаа өвчилснийг тооцохгүй).

С Тухайн сард суулгалтаар өвчилсөн (тухайн сард хүүхэд хэдэн удаа өвдсөнийг тооцохгүй).

С1 Тухайн сард суулгалтаар өвчилж эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авсан хүүхэд (Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ гэдэгт суулгалтын улмаас эмнэлэг, эмчид хандах, эм бичүүлж эмийн сангаас авч хэрэглэснийг хэлнэ. (Тухайн сард хүүхэд хэдэн удаа өвдсөнийг тооцохгүй).

Б Тухайн сард хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт, бойжилтод ороход нөлөөлөхүйц өвчнөөр өвчилсөн бол Б гэж тэмдэглэнэ (цочмог халдварт өвчин орно).

8. Хүүхэд хамгаалал:

- Хүүхдийг үзэх, жинлэх явцад хувцсыг нь тайлахдаа хүүхдийн биед илэрч буй ямар нэг гэмтлийн шинж байвал гэмтлийн зэргийг харгалзахгүйгээр (+) гэж тэмдэглэнэ. Гэмтэлгүй бол (-) гэж тэмдэглэнэ.
- 5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр дэх эцэг, эхэд зориулсан асаргаа сувилгааны талаарх зөвлөмжийг эцэг эхээс асууж, лавлан, ойлгоогүй зүйлийг дахин хэлж тайлбарлана.
- Эцэг эх, асран халамжлагчаас хүүхдээ өсгөж бойжуулахад ямар бэрхшээл байгаа болон хүүхдийнхээ талаар сэтгэл зовнисон асуудал байгаа эсэхийг асууж, зөвлөлдөх нь маш чухал.
- Гэр бүлийн гишүүд “5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр”-ийг тогтмол ашиглаж, хүүхдийнхээ өсөлт хөгжил, эрүүл мэндийг хянаж байх нь хүүхдийн эсэн мэнд өсөж бойжих үндэс юм.
- Дээрх хүснэгтийг бөглөхдөө хүүхдийнхээ дэргэд байж тэмдэглэх ба жин урт өндрийг тэмдэглэхийн өмнө уг дэвтрийн арын хуудас дахь өсөлтийн хүснэгтэд цэглэн тэмдэглэгээ хийнэ.

Өрхийн эрүүл мэндийн төвийн эмч хүүхдийн эрүүл мэндийн дүгнэлтийг дараах насанд хийнэ

Нярай хүүхдийг төрсний дараах 7 хоногт амаржих газрын нярайн эмч болон өрхийн эмч “Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр”-т байгаа нярайн эрүүл мэндийн хуудас бөглөн, эрүүл мэндийн байдалд дүгнэлт хийж, 1 хувийг амаржих газрын нярайн түүхийн хамт хадгална.

Хүүхдийг нэг нас хүрэхэд өрхийн эмч хүүхдийн эрүүл мэндийн байдалд дүгнэлт гарган “Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр”-т 2 хувь дүгнэлт бичиж, нэг хувийг ЭМТ дээрээ хадгална.

Хүүхдийг 18 сартай, 36 сартайд иж бүрэн үзлэгт хамруулна. Иж бүрэн үзлэгийг өрх, сумын ЭМТ нэгдсэн журмаар төлөвлөгөө гарган зохион байгуулна.

Таван нас хүрэхэд өрхийн эмч хүүхдийн эрүүл мэндийн байдалд дахин дүгнэлт гаргана.

Дархлаажуулалт

Өрх сумын эмч, ээлжит үзлэгийн үед дархлаажуулалтад хугацаандаа хамрагдсан эсэхийг шалгаж “Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр”-т тэмдэглэх ба хамрагдаагүй бол хэрхэн дархлаажуулалтад орохыг зөвлөх болон дархлаажуулалтын ач холбогдлыг эцэг эхэд тайлбарлаж өгнө.

ЗААВАЛ ХИЙХ ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ТОВЛОЛ

Товлол	Сэргийлэх арга	Хийх вакцин (√)	Эмчийн үзлэгийн тэмдэглэл	Хийсэн огноо, цаг, минут	Вакцин аторын нэр
Төрсний дараа 24 цагийн дотор	Сүрьеэ	☐			
	В вируст гипатит 0 тун	☐			
	Халдварт саа 0 тун	☐			
2 сартайд	Халдварт саа I тун	☐			
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит,хемофилюс инфлюенза В) вакцин I тун	☐			
	Пневмококкийн эсрэг вакцин I тун	☐			
3 сартайд	Халдварт саа II тун	☐			
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофилюс инфлюенза В) вакцин II тун	☐			
4 сартайд	Халдварт саа III тун	☐			
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофилюс инфлюенза В) вакцин III тун	☐			
	Пневмококкийн эсрэг вакцин II тун	☐			
5 сартайд	Халдварт саа IV тун	☐			
9 сартайд	Улаанбурхан, гахай хавдар, улаануд I тун	☐			
	Пневмококкийн эсрэг вакцин III тун	☐			
1нас 2 сартайд	А вируст гепатит I тун	☐			
2 настайд	Улаанбурхан, гахай хавдар, улаануд II тун	☐			
	А вируст гепатит II тун	☐			
7 настайд	Сахуу, татран I тун	☐			
15 настайд	Сахуу, татран II тун	☐			
Бусад вакцин (Бичих)					

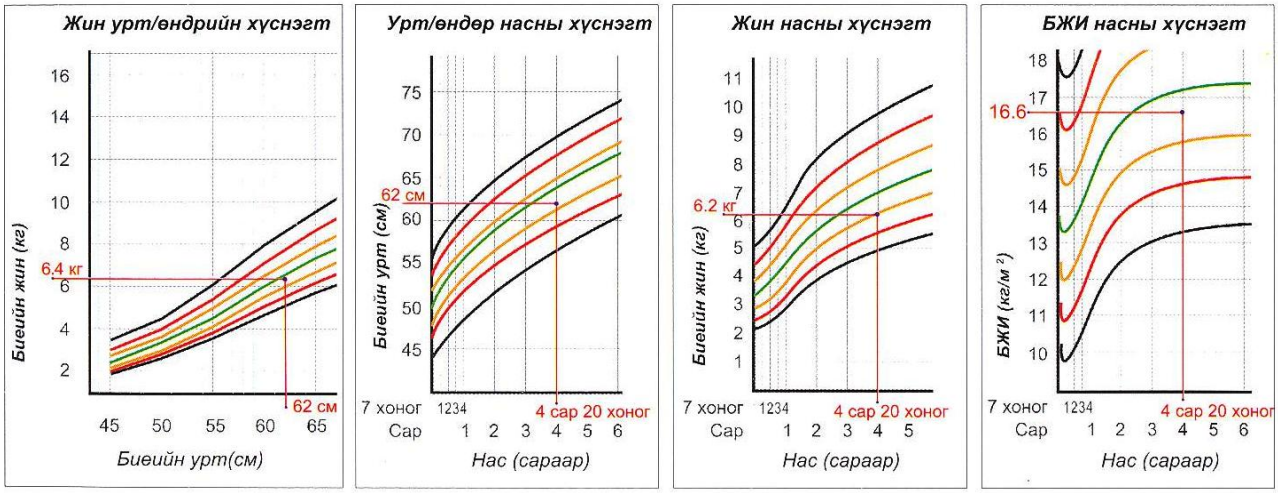
Дархлаажуулалтын товлолын дагуу эрүүл мэндийн үзлэг хийж, тэмдэглэхдээ хүүхдэд эрүүл мэндийн үзлэг хийсэн эмч нэрээ гаргацтай бичиж, үзлэг хийсэн он сар өдрийг бичнэ. Дархлаажуулалтын товлолын дагуу хүүхдийн товлосон насанд заавал хийх вакцины нэрний ард байгаа □ нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэн, вакцин хийсэн огноо цаг минутыг заавал бичнэ. Вакцинатор нэрээ гаргацтай бичнэ.

Хүүхдэд хэмжилт хийх

Хүүхэд бүрийн өсөлт, хөгжил тухайн хүүхдийн биеийн онцлогоос хамаарч янз бүр байдаг. Хүүхдийн биеийн байдал, өсөлт, хөгжлийг төрсний дараах эхний 2 сарын дотор 6 удаа, түүнээс хойш сар бүр гэрийн идэвхтэй эргэлт, амбулаторийн үзлэг, дархлаажуулалтын үед тогтмол үнэлж, хянаснаар хүүхдийн биеийн өсөлтийн хоцрогдол, хоол тэжээлийн цочмог дутлыг илрүүлэх ач холбогдолтой.

0-5 хүртэлх насны хүүхдийн өсөлт, хөгжлийг:

- Урт/өндөр–нас
- Жин–нас
- Жин - урт/өндөр
- БЖИ (биеийн жингийн индекс) – нас гэсэн дөрвөн үзүүлэлтээр үнэлнэ. Урт/өндрийг см-аар, жинг кг-аар илэрхийлдэг.



Зураг. Хүүхдийн өсөлтийг үнэлэх хүснэгт

<u>Хүүхдийн биеийн урт/өндөр-насны үзүүлэлт нь:</u> 2 хүртэлх насны хүүхдэд уртыг, 2-оос дээш насны хүүхдэд өндрийг хэмжиж, насанд нь харьцуулсан харьцааг хэлнэ. Энэ үзүүлэлтээр хүүхдийн"өсөлт хоцролт", намханыг тодорхойлно. Хүүхэд хэт өндөр байх нь ховор тохиолдох бөгөөд энэ нь дотоод шүүрлийн эмгэг байж болзошгүйг илтгэнэ.

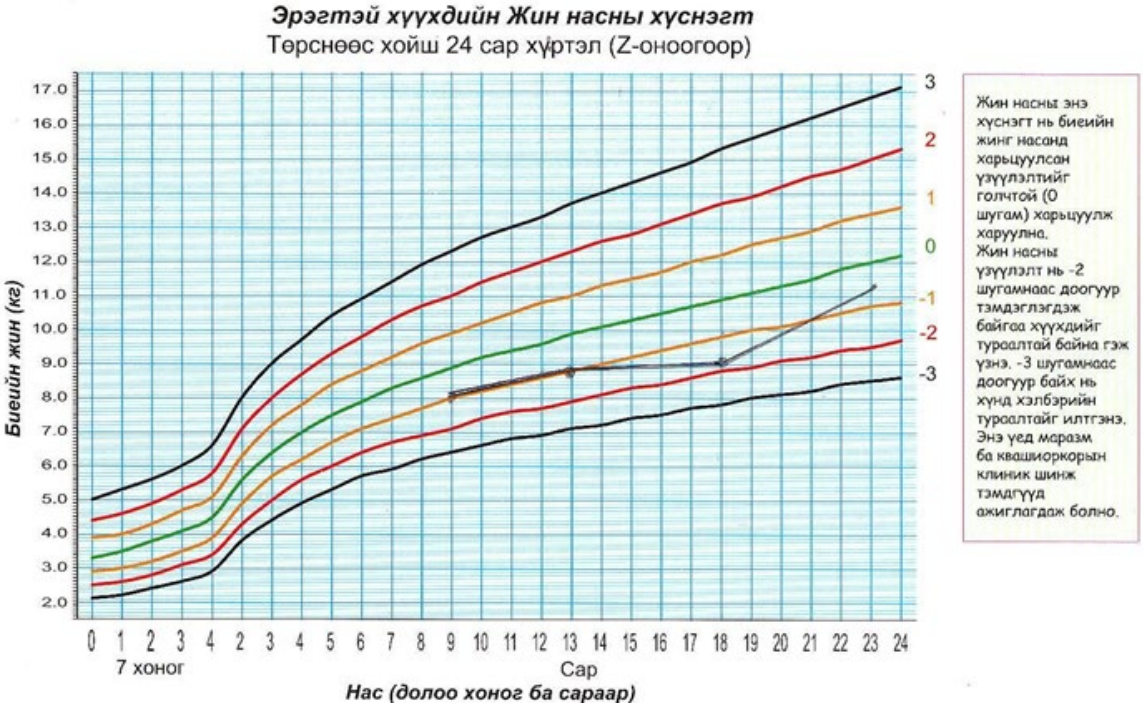
<u>Хүүхдийн биеийн жин-насны үзүүлэлт нь</u> хүүхдийн биеийн жинг насанд нь харьцуулсан харьцааг хэлнэ. Энэ үзүүлэлтээр "тураал"-ыг илрүүлдэг. Энэ үзүүлэлтээр илүүдэл жин, таргалалтыг үнэлэхгүй.

<u>Хүүхдийн жин-урт/өндрийн үзүүлэлт нь</u> биеийн жинг урт/өндөрт нь харьцуулсан харьцааг хэлнэ. Энэ үзүүлэлтээр "туранхай"-г илрүүлдэг. Энэ үзүүлэлтээр илүүдэл жин, таргалалтыг илрүүлэх ач холбогдолтой. Энэ үзүүлэлт дээр хүүхдийн хоёр хөлийн хаванг заавал шалгаж тэмдэглэнэ. Энэ нь хүүхдийн хоол тэжээлийн цочмог дутлыг тодорхойлдог.

"Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр" дэх өсөлтийн хүснэгтэнд хүүхдийн өсөлт хөгжлийг тэмдэглэдэг. Хүүхдийн өсөлтийг үнэлэх хүснэгт нь 2 өөр өнгөтэй. Цэнхэр

хүснэгтийг эрэгтэй, ягаан хүснэгтийг эмэгтэй хүүхдийн өсөлтийг үнэлэхэд ашиглана. Өсөлтийн хүснэгт дэх ногоон шугам болох **“голч шугам”** өсөлтийн дунджийг заана. Өсөлтийн хүснэгт дэх ногоон, шар, улаан, хар шугамуудыг z онооны шугам гэж нэрлэдэг. Өсөлтийг тэмдэглэсэн цэгэн тэмдэглэл нь голч ногоон шугам руу ойртох тусам сайн үзүүлэлт, алслагдах тусам өсөлтийн асуудалтайг илэрхийлнэ.

Өсөлтийн хоёр буюу түүнээс олон цэгэн тэмдэглэлийг хооронд нь зураасаар холбосон холболтыг **өсөлтийн муруй** гэнэ. Энэ муруйгаар хүүхдийн өсөлтийн хандлагыг тодорхойлно.



Зураг. Жин-насны хүснэгтэд өсөлтийн муруйг тэмдэглэсэн байдал

Хүснэгт. Өсөлт, хөгжил, хоол тэжээлийн цочмогдутлыгүнэлэхүзүүлэлт

Z оноо (СХ)	Өсөлтийн үзүүлэлт		
	Урт/өндөр-нас	**Жин-нас**	**Жин-урт/өндөр**
3 – аасдээш	Хэт өндөр	-	Тарган
2-оос дээш	Өндөр	-	Илүүдэл жинтэй
1 – ээсдээш	Эрсдэл	Эрсдэл	Эрсдэл
0 (голч)	Хэвийн	Хэвийн	Хэвийн
-1-ээс доош	Эрсдэл	Эрсдэл	Эрсдэл
-2-оос доош	Өсөлт хоцрогдол/намхан	Тураал	Туранхай
-3-аас доош	Өсөлтийн хүнд хоцрогдол	Хүнд тураал	Хүнд тураал

Өсөлтийн муруйг ашиглан эцэг эх, асран халамжлагчид зөвлөгөө өгөх

Хүүхдийн өсөлт, хөгжлийн хэмжилт бүрийг 5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тэмдэглэн тухайн хүүхдийн өсөлтийн байдлыг эцэг, эхчүүдэд мэдээлж, эрсдэлтэй буюу өөрчлөлттэй тохиолдол бүрийг эцэг эх, асран халамжлагчтай ярилцаж, шалтгааныг тодорхойлон тохирох зөвлөмж өгнө.

Хадгалах хугацаа: байнгийн

2. ***Маягтын нэр***: 6-18 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДЭВТЭР
   Маягтын дугаар: ӨЭ-1.Б

Ойлголт, тодорхойлолт: Энэхүү маягт нь сургуулийн насны буюу 6 наснаас 17 настай хүүхдийн эрүүл мэндийг хянаж, улирал тутамд тодорхой эмчийн үзлэгт хамруулах зорилготой болно. Хүн амын эрүүл мэндийн зайлшгүй тулгамдсан асуудлын нэг болох төрөлхийн болон олдмол хөгжлийн бэрхшээлийг эрт илрүүлж, хөгжлийн дэмжлэг, сэргээн засах, оролцоо, боловсролын үйлчилгээнд аль болох эрт хамруулах нь нэн чухал юм.

Манай улсад хүүхэд бүрийн жин өндрийг хянах тогтолцоотой ч хөгжлийг хянах тогтолцоо байхгүй байна. Хүүхдийн хөгжлийг тандаж хянаж, хөгжлийн хоцрогдлын эрсдэлтэй хүүхдийг олж илрүүлэх үйл явц нь анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн байгууллага өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн үйл ажиллгаатай шууд холбогдох ёстой.

Мөн сургуулийн хүүхдүүдийн эрүүл мэндийг хянах, дэмжих зорилгоор уг маягтыг Эрүүл мэндийн байгууллагын их эмчээс гадна “Сургуулийн эмч” хөтлөхөөр оруулж байна.

Нөхөх заавар: Сургуулийн эмч болон өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн эмч нь Монгол Улсын Засгийн газрын 2016-2020 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөний 3.2.14.1-т заасны дагуу уг дэвтэрт хүүхдийн биеийн жингийн индексийг жилд 2 удаа хэмжиж, тооцоолно.

Монгол Улсын Засгийн газрын 2018 оны 255 дугаар тогтоолоор батлагдсан "Эрүүл шүд - Эрүүл хүүхэд" хөтөлбөрийн хэрэгжилтийг хянах, эрчимжүүлэх зорилгоор хүүхдийн Амны хөндийн эрүүл мэндийн асуудлуудыг багтаасан асуумжийг цогцоор оруулсан. Энэхүү асуумж нь мэргэжлийн шүдний эмч бус өрх, сумын эмч, сургуулийн эмч зааврын дагуу хараад тэмдэглэх боломжтойгоор оруулсан тус хүүхдийн шүдийг харж, майгтын дагуу тэмдэглэн, эмчилгээ, үйлчилгээ шаардлагтай хүүхдийг шүдний эмч, нарийн мэргэжлийн эмчийн хяналтад шуурхай явуулна.

Сургуулийн насны хүүхдийн эрүүл мэндийн хяналт, дэмжлэг нь боловсролын байгууллага дээр тулгуурлан сургуулийн эмчийн оролцоо, үүрэгтэйгээр хийвэл зохистой бөгөөд ЭМБ-ууд харьяа боловм\сролын байгууллагуудтай хамтран ажиллаж, зөвшилцөн сургуулийн эмч нар хөтөлж мөрдүүлэх шаардлагатай.

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч, сургуулийн эмч

Хадгалах хугацаа: Байнга

3. ***Маягтын нэр***: ӨРХИЙН ХҮН АМЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БҮРТГЭЛ
   Маягтын дугаар: ӨЭ-2

Ойлголт, тодорхойлолт: Тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн үйлчлэх хүрээний өрх тус бүрээр эрүүл мэндийн бүлэг, амьдралын орчин, өрхийн гишүүн тус бүрээр эрүүл мэндийн зарим мэдээллийг бүртгэх, хянах зориулалттай бүртгэл юм.

Өрхийн эрүүл мэндийн бүлгийг дараах байдлаар тодорхойлно.
"Эрүүл өрх"- Эрүүл мэндийн III-V бүлэгт хамрагдах архаг өвчтөй хүн байхгүй бөгөөд жилд өрхийн нэг гишүүн өвчилж үзүүлсэн тоо нэгээс илүүгүй байна.

"Эрүүл мэндийн бага өртөмтгий өрх"-Гэр бүлийнхний дотор архаг өвчтэй хүн 1-с илүүгүй бөгөөд жилд өрхийн нэг гишүүн хурц өвчнөөр 3-аас олон өвдсөн байна.

"**Эрүүл мэндийн өртөмтгий өрх**" - Ам бүлийн дотор архаг өвчтэй 2 ба түүнээс олон, жилд өрхийн нэг гишүүн хурц өвчнөөр өвчилсэн тоо 3-аас олон байна.

Хүн амын эрүүл мэндийн бүлгийг дараах байдлаар тодорхойлно.

I бүлэг-"Цоо эрүүл"- Эмнэлгийн үзлэг шинжилгээнд болон сэтгэцийн ямар нэг өөрчлөлтгүй хүнийг хэлнэ.

II бүлэг- "Эрүүл" - Энэ бүлэгт эмчилгээ шаардлагагүй төрөлхийн ямар нэг согог, урьд нь ямар нэг өвчний үлдэцтэй, эсвэл өвчний эхлэл, нууц үеийн зарим илрэлтэй боловч ажлын чадвар хязгаарлагдаагүй хөдөлмөрийн чадвартай хүмүүс орно.

III бүлэг - Ээнэгшил бүхий архаг өвчтөй хүмүүс Архаг өвчтэй боловч тухайн эрхтэн системийн үйл ажиллагаа алдагдаагүй ажил хөдөлмөрөө хийж байгаа хүмүүс

IV бүлэг - Хагас ээнэгшил бүхий архаг өвчтөй хүмүүс. Архаг өвчнөөр удаан өвчилж, эрхтэн системд өөрчлөлт орсон (субкомпенсацийн байдал) өвчин гэмтлийн улмаас эрхтэн системийн үйл ажиллагаа буурч хөдөлмөрийн чадвар үе үе алддаг, хөдөлмөрийн чадвараа 50%-иас дээш алдаж, тэтгэвэр тэтгэмжинд хамрагдсан хүмүүс,

V бүлэг - Ээнэгшилээ алдсан архаг өвчтөй хүмүүс Голдуу хэвтрийн дэглэм баримталдаг, декомпенсацийн байдалтай архаг хүнд өвчтэй, хөдөлмөрийн чадвараа 50%-иас дээш алдаж, тэтгэвэр тэтгэмжинд хамрагдсан хүмүүс орно.

Нөхөх заавар: Уг маягтыг үндэслэн ЭМТ101.1 тайлан гарна. Өрхийн хүн амын эрүүл мэндийн бүртгэлийг H-info V3.0 программд оруулж тогтмол хөдөлгөөн хийж байх хэрэгтэй.
Өрхийн усан хангамж, халаалт болон бие засах газар /жорлон/, боловсролыг кодчлох зааврын дагуу бичих бөгөөд кодлох заавар ороогүй зарим мэдээллийг дараах байдлаар тэмдэглэнэ.: Үүнд:

- **Усан хангамж:** төвлөрсөн-1, худаг, зөөврийн-2, гол булаг шанд-3, задгай-4
- **Халаалт:** төвлөрсөн-1, ердийн-2
- **Жорлон:** төвлөрсөн-1 , стандартын нүхэн-2, стандартын нүхэн бус-3, задгай-4
- **Хорт зуршил:** А-архи, Т-тамхи, хоёуланг нь хэрэглэдэг бол АТ гэж бичнэ.
- **Жирэмслэлтээс сэргийлэх эм хэрэгслэл:** Үүнд: Ерөндөг-1, эм-2, тариа-3, суулгац-4, бэлгэвч-5, стерилизаци-6. Хэрэв 2 аргыг зэрэг хэрэглэдэг бол аль илүү хэрэглэж буй арга хэрэгслэлийг тавина.

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч

Хадгалах хугацаа: Байнга

Хяналт, баталгаажилт: Тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч дээрх маягтын хөтлөлт, үнэн зөв байдалд сар туамд хяналт тавьж баталгаажуулна.

4. ***Маягтын нэр***: ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ ӨСӨЛТ, ХӨГЖЛИЙН ХЯНАЛТЫН КАРТ

Маягтын дугаар: ӨЭ-3.А

Ойлголт, тодорхойлолт: Уг маягт нь тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн харьяалалд байгаа болон түр хугацаанд хяналтад байгаа хүүхэд тус бүрээр хүүхдийн өсөлтийг нэг нас хүртэл сар бүрээр, хоёр нас хүртэл 3 сараар, 5 нас хүртэл нэг жилээр холбогдох үзлэг, хэмжилт, өвчлөлийн байдлаар бүртгэнэ.

Нөхөх заавар: Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн сувилагч, бага эмч нар нь хүүхдийн өсөлтийг маягтын дагуу хянаж, зааврын дагуу бөглөн үнэн зөв тэмдэглэж, бөглөнө. Хүүхдийн өсөлт, хоол тэжээл, амин дэм, эрдсийн хэрэглээг зааврын дагуу тэмдэглэж, хүүхдийн өвчлөлийн байдлыг эмчийн үзлэгийг үндэслэн эмчийн зааврын дагуу тэмдэглэл хийнэ.
ӨЭ-3А болон ӨЭ-3Б маягтуудыг үндэслэн ЭМТ 101.2-3 тайлангууд гарна.

Хадгалах хугацаа: 20 жил

Хяналт, баталгаажилт: Тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч дээрх маягтын хөтлөлт, үнэн зөв байдалд сар туамд хяналт тавьж баталгаажуулна.

5. ***Маягтын нэр***: ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ, ХӨГЖЛИЙН БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ
   Маягтын дугаар: ӨЭ-3.Б

Ойлголт, тодорхойлолт: Уг маягт нь тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн харьяалалд байгаа болон түр хугацаанд хяналтад байгаа хүүхдүүдийн өсөлт, хоол тэжээлийн байдал, өвчлөлийг тодорхой насны ангиллаар бүртгэж хянах маягт юм.

Нөхөх заавар: Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн сувилагч, бага эмч нар нь Хүүхдийн эрүүл өсөлт, хөгжлийн хяналтын карт ӨЭ-3А маягтыг үндэслэн, зааврын дагуу үнэн зөв тэмдэглэж, бөглөнө.
Насны ангиллыг 0-6 сартай, 7-12 сартай, 24 сартай, 36 сартай, 48 сартай, 59 сартай хүүхдийн үзлэг, хэмжилтийн мэдээллийг оруулах ба “хэмжвэл зохих” мөрөнд тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн хяналтад байгаа болон түр оршин суугч иргэдийн хүүхдийн тоог сар бүрээр тооцоолон тэмдэглэнэ. “Хэмжсэн” мөрөнд тухайн сард өсөлт, хөгжлийн хяналтад хамрагдсан хүүхдийн тоог тэмдэглэж, өсөлт, хоол тэжээлийн байдал, амин дэм, эрдсийн хэрэглээ, өвчлөлийн байдлыг зааврын дагуу үнэн зөв тэмдэглэнэ.

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч

Хадгалах хугацаа: 20 жил

Хяналт, баталгаажилт: Тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч дээрх маягтын хөтлөлт, үнэн зөв байдалд сар тутамд хяналт тавьж баталгаажуулна.

6. ***Маягтын нэр***: 2 САР ХҮРТЭЛХ ХҮҮХДИЙН ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ
   Маягтын дугаар: ӨЭ-4.А

Ойлголт, тодорхойлолт: Уг маягт нь тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн харьяалалд байгаа нь нярай хүүхдэд үзлэг хийх тутамд энэ маягтыг бөглөнө. Үзлэгийг ЭМС-ын тушаалаар батлагдсан эмнэлзүйн удирдамжийн дагуу үзлэгийг хийж илэрч байгаа, зовиур, шинж тэмдгүүдийг нарийвчлан тодорхойлж, эмчилгээг тэмдэглэнэ.

Нөхөх заавар: Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн сувилагч, бага эмч нар нь Хүүхдийн эрүүл өсөлт, хөгжлийн хяналтын карт ӨЭ-3А маягтыг үндэслэн, зааврын дагуу үнэн зөв тэмдэглэж, бөглөнө.
Насны ангиллыг 0-6 сартай, 7-12 сартай, 24 сартай, 36 сартай, 48 сартай, 59 сартай хүүхдийн үзлэг, хэмжилтийн мэдээллийг оруулах ба "хэмжвэл зохих" мөрөнд тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн хяналтад байгаа болон түр оршин суугч иргэдийн хүүхдийн тоог сар бүрээр тооцоолон тэмдэглэнэ. "Хэмжсэн" мөрөнд тухайн сард өсөлт, хөгжлийн хяналтад хамрагдсан хүүхдийн тоог тэмдэглэж, өсөлт, хоол тэжээлийн байдал, амин дэм, эрдсийн хэрэглээ, өвчлөлийн байдлыг зааврын дагуу үнэн зөв тэмдэглэнэ.

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч

Хадгалах хугацаа: 5 жил

7. ***Маягтын нэр***: ХОЁР САРААС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ӨВЧТЭЙ ХҮҮХДИЙН ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ
   Маягтын дугаар: ӨЭ-4.Б

Ойлголт, тодорхойлолт: Уг маягт нь тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн харьяалалд байгаа өвчилсөн хүүхэд ирж үзүүлэх үед хөтлөгдөнө.

Нөхөх заавар: Өвчний шинж тэмдэг илэрч, үзлэгт орж хийлгэж буй 2 сараас 5 хүртэлх насны хүүхдэд уг маягтыг хөтлөх ба илэрч байгаа, зовиур, шинж тэмдгүүдийг нарийвчлан тодорхойлж, эмчилгээг тэмдэглэх шинж тэмдгүүдийг нарийвчлан тодорхойлж, эмчилгээг тэмдэглэнэ.

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч

Хадгалах хугацаа: 15 жил

8. ***Маягтын нэр***: ДАРХЛААЖУУЛАЛТАД ХАМРАГДСАН 0-15 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН НЭГДСЭН БҮРТГЭЛ
   Маягтын дугаар: ӨЭ-5.А

Ойлголт, тодорхойлолт: Хүүхэд ямар вакцины, хэддүгээр тунд, хичнээн тун хэмжээтэй, хэзээ, хаана хамрагдсаныг тодорхойлох бүртгэл юм.

Нөхөх заавар: Вакцинатор сувилагч хүүхдэд вакцин хийх бүртээ холбогдох асуултын дагуу бүрэн, гаргацтай бөглөнө. Вакцин хийсэн сар, өдөр, цаг минут, тун хэмжээ, серийн дугаарыг бүрэн, зөв тэмдэглэх ба хийсэн вакцины тунг (+)тэмдгээр тэмдэглэнэ. Өрхийн эмч, дархлаажуулалт хариуцсан эмч, тархвар судлагч хяналт тавина.

Уг бүртгэлийн мэдээллийг сар бүрийн заавал хийх дархлаажуулалтын хамралтын мэдээг гаргахад ашиглана.

"Урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдсан байдал"-ыг бөглөхдөө заавал хийх дархлаажуулалтын сарын төлөвлөгөө, эх, хүүхдийн ягаан дэвтэр, урьдчилан сэргийлэх тарилгын карт, дархлаажуулалтын өдөр тутмын бүртгэл зэрэгт үндэслэн үнэн зөв, бүрэн бөглөнө.

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч

Хадгалах хугацаа: 5 жил

Хяналт, баталгаажилт: Тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч, эрхлэгч эмч дээрх маягтын хөтлөлт, үнэн зөв байдалд сар тутамд хяналт тавьж баталгаажуулна.

9. ***Маягтын нэр***: ТОВЛОЛЫН БУС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГАД ХАМРАГДСАН ХҮМҮҮСИЙН БҮРТГЭЛ
   Маягтын дугаар: ӨЭ-5.Б

Ойлголт, тодорхойлолт: Хүүхэд ямар вакцины, хэддүгээр тунд, хичнээн тун хэмжээтэй, хэзээ, хаана хамрагдсаныг тодорхойлох бүртгэл юм.

Нөхөх заавар: Вакцинатор сувилагч хүүхдэд вакцин хийх бүртээ холбогдох асуултын дагуу бүрэн, гаргацтай бөглөнө. Вакцин хийсэн сар, өдөр, цаг минут, тун хэмжээ, серийн дугаарыг бүрэн, зөв тэмдэглэх ба хийсэн вакцины тунг (+)тэмдгээр тэмдэглэнэ. Өрхийн эмч, дархлаажуулалт хариуцсан эмч, тархвар судлагч хяналт тавина.

Уг бүртгэлийн мэдээллийг сар бүрийн заавал хийх дархлаажуулалтын хамралтын мэдээг гаргахад ашиглана.

“Урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдсан байдал”-ыг бөглөхдөө заавал хийх дархлаажуулалтын сарын төлөвлөгөө, эх, хүүхдийн ягаан дэвтэр, урьдчилан сэргийлэх тарилгын карт, дархлаажуулалтын өдөр тутмын бүртгэл зэрэгт үндэслэн үнэн зөв, бүрэн бөглөнө.

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч

Хадгалах хугацаа: 5 жил

Хяналт, баталгаажилт: Тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч, эрхлэгч эмч дээрх маягтын хөтлөлт, үнэн зөв байдалд сар тутамд хяналт тавьж баталгаажуулна.

10. ***Маягтын нэр***: ТОВЛОЛЫН БУС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГАД ХАМРАГДСАН ХҮМҮҮСИЙН БҮРТГЭЛ
    Маягтын дугаар: ӨЭ-5.А

Ойлголт, тодорхойлолт: Уг бүртгэлийн мэдээллийг тархвар судлал, нэмэлт, сайн дурын дархлаажуулалтын хамралтын үед хөтлөгдөх бүртгэл юм.

Нөхөх заавар: Уг бүртгэлийг вакцинатор, өрх, сумын сувилагч, бага, их эмч нар бүртгэнэ.

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч

Хадгалах хугацаа: 5 жил

Хяналт, баталгаажилт: Тухайн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч, эрхлэгч эмч дээрх маягтын хөтлөлт, үнэн зөв байдалд сар тутамд хяналт тавьж баталгаажуулна.

1. Харьяа сум, өрхийн эрүүл мэндийн төвийн сувилагч хөтөлж, жил бүр шинэчлэх ба өрхийн эмч, эрхлэгч, дарга нар хяналт тавина.

11. Дархлаажуулалтад хамрагдсан 0-15 насны хүүхдийн нэгдсэн бүртгэл ӨЭ-5.1

12. Товлолын бус урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдсан хүмүүсийн бүртгэл ӨЭ-5.3

13. Дархлаажуулалтын дараах урвал, хүндрэлийн бүртгэл ӨЭ-5.4

Бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудын их эмч, бага эмч, сувилагч нар дархлаажуулалтын дараах урвал, хүндрэлийг сэжиглэсэн, оношлосон тохиолдол бүрийг бүртгэнэ.

14. Урьдчилан сэргийлэх тарилгын орлого зарлагын өдөр тутмын бүртгэл ӨЭ-5.5

Орлого, зарлагын өдөр тутмын бүртгэлд вакцины үлдэгдлийг өдөр бүр тэмдэглэнэ. Багана бүрт тохирох мэдээллийг үнэн зөв, бүрэн бөглөнө. Вакцин татан авахад нэг төрлийн вакцины өөр үйлдвэрлэгчийн вакцин ирвэл түүнийг шинэ хуудаснаас бүртгэж эхэлнэ. Үлдэгдэл байгаа тунгаа хуучин хуудас дээрээ дуусгана. Уусгагч шингэн, тариур, аюулгүй хайрцагны орлого, зарлагыг бүртгэнэ.

А- Тарьсан болон хуваарилсан он, сар, өдрийг тэмдэглэнэ.

Б- Вакцин захилах бүрт захиалгын хуудас бөглөх бөгөөд үүнийг дугаарласан байх ёстой. Уг дугаарыг тэмдэглэнэ.

В- Хүлээн авч байгаа эсвэл зарцуулж байгаа вакцины серийн дугаарыг бүтэн бичнэ.

Г- Хүлээн авч байгаа эсвэл зарцуулж байгаа вакцины дуусах хугацааг тэмдэглэнэ.

Д- Вакцин хүлээн авах бүрт он, сар, өдрийг тэмдэглэнэ.

Е- Вакцин хүлээн авах үед хэм хяналтын хэрэгсэл ямар байсан тухай тэмдэглэнэ. ВШМ хэддүгээр шатанд байсан, термометрийн заалт хэдийг зааж байсан, хөлдөлтийг тандах заагуур хэвийн байсан эсэх гэх мэт ямар хэм хяналтын хэрэгсэл байснаас шалтгаалж уг нүдийг бөглөнө.

Ё- ХӨСҮТ болон аймаг, дүүргээс нэгжид вакцин хуваарилсан тохиолдолд тухайн хуваарилж байгаа ЭМБ-ын нэрийг бичнэ. Энэ нь сум, ӨЭМТ, дархлаажуулалтын нэгжид хамаарахгүй.

Ж- Хэдэн хүн тун вакцин орлогод хүлээн авсанаа бичнэ. З, И, К хэсгийг дархлаажуулалтын нэгжид хөтлөнө.

ХӨСҮТ, аймаг, дүүргээс хуваарилалт хийж байгаа тохиолдолд зарцуулалтыг К /бүгд зарлага/ багананд бичнэ.

З- Хэдэн хүн тунг тарьсан тоог бичнэ.

И- Хэдэн хүн тунг устгасан тоог бичнэ. Вакцин, биобэлдмэл устгах журмын дагуу устгалын протокол үйлдэнэ.

К- Бүгд зарлага хэсэгт тарьсан тун дээр устгасан тунг нэмж бичнэ.

Л- Эцсийн үлдэгдлээ бичнэ. Үлдэгдэл = Өмнөх үлдэгдэл+орлого-бүгд зарлага

Сар бүрийн эцэст улаан шугам татаж орлого, тарьсан тун, устгасан тун, бүгд зарлага, эцсийн үлдэгдлээ нэгтгэн бичнэ. Сарын эцэст хөргөгчинд байгаа вакцины үлдэгдлийг тоолж, дүнг орлого зарлагын бүртгэлтэй тулган хянасны дараа тооллогын протокол үйлдэн, зарцуулалтын мэдээг маягтын дагуу гаргана. Дууссан дэвтрийг архивлана.

0-15 настай хүүхдийг дархлаажуулах сарын төлөвлөгөө ба хамралт ӨЭ-6

Уг төлөвлөгөө нь тухайн сард вакцинд хамрагдвал зохих хүүхдийн судалгааг гаргаж, дархлаажуулалтад хамруулсан хүүхдийг тэмдэглэх бүртгэл бөгөөд дархлаажуулалтын сар бүрийн хамралтын мэдээ гаргахад ашиглана. Харьяа сум, өрхийн эрүүл мэндийн төвийн сувилагч, бага, их эмч нар сар бүр гаргана. Өрхийн эмч, дархлаажуулалт хариуцсан эмч, тархвар судлагч хяналт тавина.

Сэргийлэх тарилгаас татгалзсан тухай мэдээлэх хуудас ӨЭ-6.А

Сэргийлэх тарилгаас татгалзсан тухай мэдээг тухай бүр бүртгэж, дараа сарын 10-ны дотор ХӨСҮТ-д immunization@nccd.gov.mn цахим хаягаар ирүүлэх ба мөн сар бүр статистикийн албан ёсны мэдээлэлд оруулна.

Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилгын гэрчилгээ ӨЭ-7

Хүүхэд тус бүрийг заавал хийх дархлаажуулалтын товлолын дагуу вакциныг хэзээ хийснийг тэмдэглэх маягт юм. Хүүхдийг дархлаажуулсан вакцинатор сувилагч хөтөлнө.

СТ-9 Нярайн вакцин хийсэн тухай бүртгэл

1. Амаржих газар, төрөх тасгийн вакцинатор сувилагч өдөр тутамд заавал хийх дархлаажуулалтад хамруулсан нярай хүүхдийн бүртгэлийг хөтлөх ба дархлаажуулалт хариуцсан бага, их эмч нар хяналт тавина.
2. Нярайд вакцин хийгээгүй үед вакцины тухай мэдээллийг хоосон орхих ба вакцинд хамрагдаагүй шалтгааныг товч дурьдана.
3. Тогтмол хаягт иргэний үнэмлэх дээрх хаягыг бүртгэх ба 2 утасны дугаар авахыг хичээнэ.
4. Уг бүртгэлийн мэдээллийг сар бүрийн заавал хийх дархлаажуулалтын хамралтын мэдээг гаргахад ашиглана.

“Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүсийн бүртгэл” ӨЭ-8

Энэ бүртгэлд үйлчлэх хүрээний хөгжлийн бэрхшээлтэй бүх хүнийг бүртгэнэ. Өрх, сумын эмч хөтөлнө. ӨЭ-8, ӨЭ-9, ӨЭ-10 маягтуудыг үндэслэн ЭМТ101.5.1-3 тайлан гарна.

Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүн: Бие махбодь, оюун санаа, сэтгэл мэдрэл, мэдрэхүйн согогийн улмаас бусдын адил нийгмийн харилцаанд оролцох чадвар нь бүрэн болон 12 сараас дээш хугацаагаар хязгаарлагдсан хүнийг "**хөгжлийн бэрхшээлтэй**" хүн гэнэ. Хөгжлийн бэрхшээлийн төрлийг дараах байдлаар ойлгоно. Үүнд:

Төрөлхийн: Хөгжлийн бэрхшээлийн төрөлд удамшлын эмгэг, согог, жирэмсний болон төрөх үеийн хүндрэлээс шалтгаалан бие махбодь, оюун санаа, сэтгэл мэдрэл, мэдрэхүйн согогтой болж, бусдын адил нийгмийн харилцаанд оролцох чадваргүй хүнийг хамруулна.

Олдмол: Хөгжлийн бэрхшээлийн төрөлд ахуйн болон үйлдвэрлэлийн осол, гэмтэл, эрдийн болон мэргэжлээс шалтгаалах өвчний улмаас бие махбодь, оюун санаа, сэтгэл мэдрэхүйн согогтой болж, бусдын адил нийгмийн харилцаанд оролцох чадваргүй хүнийг хамруулна.

Хөгжлийн бэрхшээлийн илэрсэн хэлбэрийг дараах байдлаар ойлгоно. Үүнд:

1. ***Харааны:*** Харааны эрхтний гэмтэл, согог, өвчин эмгэгийн улмаас хүний"харах" хэвийн үйл ажиллагааны чадвар алдагдсан буюу хязгаарлагдсан. /2 нүдний хараа бүрэн эсвэл хагас алдагдсан, / - 12 / - / -20 / хүртлэх харааны шил зүүдэг хүмүүс, нэг нүд нь огт байхгүй юмуу эсвэл протезтой нөгөө нүд нь шилээр засрахгүй тохиолдол хамаарна/
2. ***Ярианы:*** Хэл, ярианы эрхтний гэмтэл, согог, өвчин, эмгэгийн улмаас хүний "ярих" хэвийн үйл ажиллагааны чадвар алдагдсан буюу хязгаарлагдсан/ авиан дуудлагын өөрчлөлттэй, тультраа, ээрүү, гацаа гэх мэт хүмүүс орно/
3. ***Сонсголын:*** Сонсголын болон хэл, ярианы эрхтний гэмтэл, согог, өвчин эмгэгийн улмаас хүний "сонсох" хэвийн үйл ажиллагааны чадвар алдагдсан буюу хязгаарлагдсан. /Төрөлхийн болон өвчний улмаас үүссэн дүлийрэлүүд, 70 дицепилээс дээш сонсголын алдагдалтай, бууралттай/
4. ***Хөдөлгөөний:*** Биеийн тодорхой хэсгийг хөдөлгөх чадваргүйн улмаас хүний амьдралын өдөр тутмын хэвийн үйл ажиллагааг гүйцэтгэх чадвар алдагдсан буюу хязгаарлагдсан. /Саа, саажилт, үе мөч, яс, булчингийн системийн эмгэг өөрчлөлтөөс хөдлөх чадвараа алдсан, мөч тайралттай, бие бялдрын өөрчлөлттэй, одой, нанизм, майга тавхайтай хүмүүс орно/
5. ***Сэтгэцийн:*** Сэтгэцийн эмгэг нь бодох сэтгэх, мэдрэх ухамсарлахуйн болон зан төлөвийн өөрчлөлтөөр илрэх бөгөөд үүнийхээ улмаас хүний нийгэмд биеэ авч явах байдал нь өөрчлөгдсөн, гадаад (төрөх үеийн хүндрэлүүдийн үлдэцийн улмаас 0-3 насанд тэнэгрэх) болон дотоод (хромосомын өөрчлөлт, бодисын солилцоо дутмагшил гэх мэт) шалтгааны улмаас ойлгох, сэтгэх, мэдрэх үйл ажиллагаа нь хязгаарлагдсан оюун ухааны бэрхшээлийг сэтгэцийн эмгэг гэж ойлгоно. /Нойрны хямралтай, нүдэнд нь хий юм харагддаг, ганцаараа ярьж хөхөрдөг, их уур уцаартай, архи болон эм, мансууруулах бодист донтой хүмүүс орно/
6. ***Хавсарсан бэрхшээл:*** Нэг хүнд 1- ээс дээш төрлийн хөгжлийн бэрхшээлийн хэлбэр, согог тохиолдвол бүртгэнэ. /Оюун ухааны хомсдолтой хүүхэд, хөдөлгөөний өөрчлөлттэй, хэл ярианы дутагдалтай хүмүүс байж болно/
7. ***Бусад:*** Хөгжлийн бэрхшээлийн дээр дурдсан хэлбэрээс бусад хэлбэрийг үүнд хамааруулна. /Тухайлбал: дотор эрхтний эмгэгүүд, хавдар гэх мэт/

"Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүний ахиц дэвшлийг үнэлэх маягт"ӨЭ-9

энэ маягтыг хөгжлийн бэрхшээлтэй хүн тус бүр дээр ямар ахиц дэвшил гарч байгааг үнэлэхэд ашиглана.

"Өрхийн эмчийн сэтгэцийн эрүүл мэндийн асуудалтай хүмүүст үзүүлсэн тусламжийн бүртгэл" ӨЭ-10

Сэтгэцийн эрүүл мэндийн асуудалтай хүмүүс ирж үзүүлэх үед маягтыг бөглөнө. Өвчлөл нь шинэ, хуучин эсэх, хяналтанд авсан эсэх, эм олгосон эсэхийг тэмдэглэх боломжтой маягт юм.

Маягтын нэр: ТАВ ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Маягтын дугаар: *ИЭМ-1*

Үзлэг хийсэн он сар эмч хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт хөгжил, хоол тэжээл, хөгжлийг үнэлж үзлэг хийхээр гэрээр нь очсон эсвэл хүүхэд эцэг эхийн хамт ЭМТ-д ирсэн он сар өдөр.

1. **Хүүхдийн мэдээлэл:**

Хүүхдийн хаягийн хэсгийн мэдээллийг эцэг, эх, амран хамгаалагдаас асууж, үнэн зөв, бүрэн гүйцэд бөглөнө. Иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ.

Хүүхдийн ургийн овог, эцэг, эхийн нэр, хүүхдийн нэр, нас хүйсийг анхааралтай бүрэн гүйцэд бөглөнө. Гэрийн хаягийг засаг захиргааны нэгжийн кодын дагуу кодлож бүртгэнэ. Эхийн иргэний үнэмлэхийг үндэслэн аймаг/хот, сум/дүүрэг, баг/хороо зэргийг гаргацтай бичнэ.

Жишээ: Аймаг/хот *Орхон*

Сум/дүүрэг *Жаргалант*

Баг/хороо *Улаантолгой баг*

2. Эхийн мэдээлэл

Эхийн мэдээллийн хаягийн хэсгийг кодлох зааварт заасан ангиллын дагуу тэмдэглэж, програм хангамжид оруулна.

Эхийн регистрийн дугаарыг бөглөхдөө иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ. Регистрийн дугаар гэсэн 10 нүд бүхий хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсгийг том үсгээр, сүүлийн 8 нүдэнд цифрийг тус бүрт гаргацтай бичнэ.

Кодлох аргачлалыг ашиглан гэрлэлтийн байдлыг тэмдэглэнэ. Тусгаарласан гэдэгт гэр бүлээ албан ёсоор цуцлуулаагүй тусдаа амьдарч байгаа хүмүүсийг оруулна. Гэр бүл болж хамтран амьдарч байгаа боловч иргэний бүртгэл мэдээллийн төвд бүртгүүлж гэр бүлээ батлуулаагүй хүмүүсийг батлуулаагүй гэж кодлоно.

Тамхи татдаг эсэх асуултад хэрэв тийм бол, өдөрт татдаг тамхины тоог асууж тэмдэглэнэ.

Архи уудаг эсэх талаар тэмдэглэгээг огт уудаггүй тохиолдолд үгүй гэсэн хариултыг,

Тийм гэсэн хариултыг-архийг үгүйлэх байдлаар уудаг, архины хамаарал бүхий хүмүүсийг оруулна. Хааяа-гэсэн асуултад зайлшгүй шаардлага гарсан тохиолдолд хэрэглэдэг тохиолдолд энэ тэмдэглэгээг хийнэ.

3. Эхийн эрүүл мэндийн мэдээлэл

Маягтад заасан өвчнүүд болон бусад өвчнүүдээр өвдөж, оношлогдож эмчилгээ хийлгэж байсан тохиолдолд **тийм** гэсэн тэмдэглэгээг хийж, харгалзах өвчнийг тэмдэглэх буюу бичнэ.
Өмнө нь ямар нэгэн өвчин оношлогдож, эмчлэгдэж байгаа тохиолдолд **үгүй** тэмдэглэгээг хийнэ. Эхэд жирэмсэнтэй хавсарсан эрхтэн тогтолцооны эмгэг байвал тохирох хариултын кодыг сонгоно. Нэгээс олон хариулт сонгож болно. Эхэд тохиолдсон эрхтэн тогтолцооны эмгэг дээрх хариултад эмгэгийн нэрийг тодорхой бичнэ. Халдварт ба шимэгчит өвчин байвал тодорхой бичнэ.

Эцгийн эрүүл мэндийг ямар нэгэн өвчин зовиургүй тохиолдол **Хэвийн** , тухайн нөхцөлд юм уу эсвэл урьд нь өвчин эмгэг оношлогдож, эмчлэгдэж байсан тохиолдолд **Хэвийн биш** тэмдэглэгээг хийж зовиурыг тодорхой бичиж тэмдэглэнэ.
Эхийн жирэмслэлтийн түүхийг нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн үндэсний заавар удирдамжуудыг мөрдлөг болгосон болно.

Өмнөх төрөлтийн тоонд нийт төрөлтийн тоог бичнэ. Ихэр бол нэг төрөлтөнд тооцно. Эхийн төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн эсэхийг доогуур нь зурж хэдэн удааг асууж бичнэ.

V. Эмчийн үзлэг /хүүхэд/

Эмнэлгийн мэргэжилтэн бодит үзлэгийг ЗААВАЛ хийнэ. Үзлэг хийхдээ хүүхдийн эх болон гэр бүлийн гишүүдийг хамт байлцуулна. Хүүхэд эрүүл бол "Эрүүл" гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол өөрчлөлт илэрсэн хэсэгт тэмдэглэнэ.

Үнэлгээний хэсэгт хүүхэд эрүүл бол "Эрүүл" гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ-ийн дагуу үнэлэн ангилал, бусад өвчин илэрвэл тухайн өвчний онош, өсөлт хөгжлийн хоцрогдолтой бол тураал, туранхай, өсөлтийн хоцрогдол болон хоол тэжээлийн дутагдалтай эсэхийг тэмдэглэнэ.

<u>Өсөлтийг хэмжиж тэмдэглэнэ:</u> Хүүхдийн биеийн жинг хэмжин, килограммаар бичнэ. Жишээ нь: хүүхдийн жин 8 кг 700 гр байвал 8.7 кг гэж бичнэ.

<u>Хүүхдийн биеийн уртыг хэмжин тэмдэглэнэ:</u> Уртын хэмжээг сантиметрээр бичнэ. Жишээ нь: хүүхдийн өндөр 1 метр 12 см байвал 112 см гэж бичнэ.

<u>Хүүхдийн жин, уртын харьцааг тодорхойлно</u>: Биеийн жинг урт/өндөрт нь харьцуулсан харьцааг хэлнэ. Энэ үзүүлэлтээр туранхай, илүүдэл жин, таргалалтыг илрүүлэх ач холбогдолтой. Мөн хүүхдийн хоол тэжээлийн цочмог дутлыг тодорхойлдог.
Толгойн тойргийг туузан метрээр хэмжиж см-ийг тэмдэглэнэ.
Цус багадалттай бол (√) зохих тэмдэгээг хийнэ.

Хооллолтын байдал : Хөхөө хөхдөг □ Холимог □ Ердийн □ нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэнэ.
Хөхөө хөхдөг – Эхийн сүүгээр дагнан хооллож (Эхийн хөхний сүүнээс өөр бусад шингэн, ус, цай, шүүс зэргийг огт авахгүй байхыг хэлнэ) байгаа,

Холимог - Эхийн сүүний зэрэгцээ эхийн сүү орлуулагчаар хооллож байгаа буюу холимог хооллолтойг тэмдэглэнэ.

Шүдний эрүүл мэндийг үнэлнэ. Үүнд: Хүүхдийн шүд анх хэдэн сартайд ургасан талаар эцэг, эх асран хамгаалагчаас тодруулж тэмдэглэх ба одоо хэдэн шүдтэй байгааг үзэж тэмдэглэнэ. Шүд амны хөндийн эрүүл мэндийг хамтад нь үнэлж ямар нэгэн эмгэгүй, шүд цоорол, гажиггүй бол □ эрүүл нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэнэ. Хэрэв эмгэг ажиглагдвал тохирох □ нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэж дүгнэлтийн хэсэгт оношийг тавина.. Цооролттой бол эмчлэх шаардлагатай шүдний тоог бичнэ.
Үнэлгээний хэсэгт хүүхэд эрүүл бол "Эрүүл" гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ-ийн дагуу үнэлэн ангилал, бусад өвчин илэрвэл тухайн өвчний онош, өсөлт хөгжлийн хоцрогдолтой бол тураал, туранхай, өсөлтийн хоцрогдол болон хоол тэжээлийн дутагдалтай эсэхийг тэмдэглэнэ

Дархлаажуулалт

Өрх сумын эмч, ээлжит үзлэгийн үед дархлаажуулалтад хугацаандаа хамрагдсан эсэхийг шалгаж тэмдэглэх ба хамрагдаагүй бол хэрхэн дархлаажуулалтад орохыг зөвлөх болон дархлаажуулалтын ач холбогдлыг эцэг эхэд тайлбарлаж өгнө.

Дархлаажуулалтын товлолын дагуу хүүхдийн товлосон насанд заавал хийх вакцины нэрний ард байгаа □ нүдэнд (√) зөвлөх тэмдгээр тэмдэглэн, вакцин хийсэн огноо цаг минутыг заавал бичнэ.

Хүүхдэд хэмжилт хийх

Хүүхэд бүрийн өсөлт, хөгжил тухайн хүүхдийн биеийн онцлогоос хамаарч янз бүр байдаг. Хүүхдийн биеийн байдал, өсөлт, хөгжлийг төрсний дараах эхний 2 сарын дотор 6 удаа, түүнээс хойш сар бүр гэрийн идэвхтэй эргэлт, амбулаторийн үзлэг, дархлаажуулалтын үед тогтмол үнэлж, хянаснаар хүүхдийн биеийн өсөлтийн хоцрогдол, хоол тэжээлийн цочмог дутлыг илрүүлэх ач холбогдолтой.

Зураг. Жин-насны хүснэгтэд өсөлтийн муруйг тэмдэглэсэн байдал

Хүснэгт. Өсөлт, хөгжил, хоол тэжээлийн цочмог дутлыг үнэлэх үзүүлэлт

Z оноо (СХ)	Өсөлтийн үзүүлэлт		
	Урт/өндөр-нас	**Жин-нас**	**Жин-урт/өндөр**
3 – аасдээш	Хэт өндөр	-	Тарган
2-оос дээш	Өндөр	-	Илүүдэл жинтэй
1 – ээсдээш	Эрсдэл	Эрсдэл	Эрсдэл
0 (голч)	Хэвийн	Хэвийн	Хэвийн
-1-ээс доош	Эрсдэл	Эрсдэл	Эрсдэл
-2-оос доош	Өсөлт хоцрогдол/намхан	Тураал	Туранхай
-3-аас доош	Өсөлтийн хүнд хоцрогдол	Хүнд тураал	Хүнд тураал

Өсөлтийн муруйг ашиглан эцэг эх, асран халамжлагчид зөвлөгөө өгөх

Хүүхдийн өсөлт, хөгжлийн хэмжилт бүрийг 5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тэмдэглэн тухайн хүүхдийн өсөлтийн байдлыг эцэг, эхчүүдэд мэдээлж, эрсдэлтэй буюу өөрчлөлттэй тохиолдол бүрийг эцэг эх, асран халамжлагчтай ярилцаж, шалтгааныг тодорхойлон тохирох зөвлөмж өгнө.

Өвчний шинж тэмдэг илэрсэн бол илэрч байгаа, зовиур, шинж тэмдгүүдийг нарийвчлан тодорхойлж, эмчилгээг тэмдэглэх шинж тэмдгүүдийг нарийвчлан тодорхойлж, эмчилгээг тэмдэглэнэ. Дээд шатлалд онош баталгаажуулах шардлагатай бол тэмдэглэгээг хийж, эцэг, эх асран хамгаалагчид нарийн тайларлаж ойлгуулна.

I. Ерөнхий дүгнэлт

Эмчийн ерөнхий дүгнэлтийг дараах байдлаар гаргана.

Үзлэгт хамрагдсан хүүхдэд ямар нэгэн эмгэг шинж болон өвчлөл илрээгүй тохиолдолд **Эрүүл** гэж дүгнэнэ.

Ямар нэгэн эмгэг болон өвчлөл илэрсэн тохиолдолд үндсэн өвчнийг сонгож дээрээс доош нь дараалуулах зарчмаар сонгож бичнэ. Үндсэн өвчин гэдэг нь хамгийн их оношлогоо, эмчилгээ шаардагдах өвчнийг хэлнэ.

Нэг хүүхдэд хэдэн ч өвчлөл бүртгэгдэж болох ба авсан арга хэмжээг доорх зааврын дагуу бүртгэсэн өвчлөл тус бүрд тодорхой зааж бичнэ.

- **Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх (зөвлөгөө)**

1. **Хооллолт** **2. Идэвхитэй хөдөлгөөн** **3. Хорт зуршил** **4.Бусад**

- Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах **(кодоор)**

1. **3 хүртэлх сар** **2. 6 хүртэлх сар**

- Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах **(кодоор)**

1. Эмийн 2. Эмийн бус

- Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах **(кодоор)**

1. Дүүргийн ЭМТ 2. АНЭ, БОЭТ3. Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг 4. Хувь ЭМБ

- Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах **(кодоор)**

1. Дүүргийн ЭМТ 2. АНЭ, БОЭТ3. Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг 4. Хувь ЭМБ

Үзлэгт хамрагдсан хүүхдийг эрүүл мэндийг үзлэгийг үндэслэн эрүүл мэндийн 5 бүлэгт хамруулна. /Эрүүл мэндийн бүлгийг ойлголт, тодорхойлолт бүлгээс харна уу/

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч, сургуулийн эмч

Хадгалах хугацаа: Байнга

Маягтын нэр: 5-18 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХЭД, ӨСВӨР ҮЕИЙНХНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Маягтын дугаар: ЭИМ-2
Иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ.

Ойлголт, тодорхойлолт: Энэхүү маягт нь 5 наснаас 17 настай хүүхдийн эрүүл мэндийг хянаж, тодорхой хугацаанд эмчийн үзлэгт хамруулах зорилготой болно. Хүн амын эрүүл мэндийн зайлшгүй тулгамдсан асуудлын нэг болох төрөлхийн болон олдмол хөгжлийн бэрхшээлийг эрт илрүүлж, хөгжлийн дэмжлэг, сэргээн засах, оролцоо, боловсролын үйлчилгээнд аль болох эрт хамруулах нь нэн чухал юм.

Манай улсад хүүхэд бүрийн жин өндрийг хянах тогтолцоотой ч хөгжлийг хянах тогтолцоо байхгүй байна. Хүүхдийн хөгжлийг тандаж хянаж, хөгжлийн хоцрогдлын эрсдэлтэй хүүхдийг олж илрүүлэх үйл явц нь анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн байгууллага өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн үйл ажиллгаатай шууд холбогдох ёстой.

Нөхөх заавар:

Үзлэг хийсэн он сар эмч хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт хөгжил, хоол тэжээл, хөгжлийг үнэлж үзлэг хийхээр гэрээр нь очсон эсвэл хүүхэд эцэг эхийн хамт ЭМТ-д ирсэн он сар өдөр.

II. Хүн ам зүйн ерөнхий мэдээлэл

Хүүхдийн хаягийн хэсгийн мэдээллийг шаардлагатай тохиолдолд эцэг, эх, амран хамгаалагдаас асууж, үнэн зөв, бүрэн гүйцэд бөглөнө. Иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ.

Хүүхдийн ургийн овог, эцэг, эхийн нэр, хүүхдийн нэр, нас хүйсийг анхааралтай бүрэн гүйцэд бөглөнө. Гэрийн хаягийг засаг захиргааны нэгжийн кодын дагуу кодлож бүртгэнэ. Эхийн иргэний үнэмлэхийг үндэслэн аймаг/хот, сум/дүүрэг, баг/хороо зэргийг гаргацтай бичнэ.

Жишээ: Аймаг/хот *Орхон*

Сум/дүүрэг *Жаргалант*

Баг/хороо *Улаантолгой баг*

III. Эрүүл мэндийн ерөнхий мэдээлэл

Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн эмч нь Монгол Улсын Засгийн газрын 2016-2020 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөний 3.2.14.1-т заасны дагуу уг дэвтэрт хүүхдийн биеийн жингийн индексийг жилд 2 удаа хэмжиж, тооцоолно гэж заасан.

Хүүхдийн биеийн жингийн индексийг тооцохдоо доорх томьёогоор олно. Тооцоолохдоо ДЭМБ-аас гаргасан аргачлал, удирдамжийг баримтлах бөгөөд зарим насанд тооцооллыг өөрөөр хийж болно.

$$\text{БЖИ} = \frac{\text{Жин}}{\text{Өндөр}^2} \times 100$$

Туранхай гэдэг нь - биеийн жингийн индекс 18.5-аас бага кг/м.кв байх

Хэвийн гэдэг нь - биеийн жингийн индекс 18.5-24 кг/м.кв байх

Илүүдэл жинтэй гэдэг нь - биеийн жингийн индекс 25-29 кг/м.кв байх

Тарган гэдэг нь - биеийн жингийн индекс 30 кг/м.кв-аас их байхыг байхыг хэлнэ.

Хүүхдийн хараа, сонсголыг анхааралтай үзэж, харааны шил, сонсголын аппарат, шүдний гажгын аппарат зүүж буй эсэхийг тэмдэглэнэ.

IV. Эмчийн үзлэг

Эмнэлгийн мэргэжилтэн бодит үзлэгийг ЗААВАЛ хийнэ. Үзлэг хийхдээ шаардлагатай тохиолдолд хүүхдийн эх болон гэр бүлийн гишүүдийг хамт байлцуулна. Хүүхэд эрүүл бол “Эрүүл” гэсэн хариултын өмнөх □ энэ нүдэнд √ тэмдгээр тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол өөрчлөлт илэрсэн хэсэгт тэмдэглэнэ.

Монгол Улсын Засгийн газрын 2018 оны 255 дугаар тогтоолоор батлагдсан "Эрүүл шүд - Эрүүл хүүхэд" хөтөлбөрийн хэрэгжилтийг хянах, эрчимжүүлэх зорилгоор хүүхдийн Амны хөндийн эрүүл мэндийн асуудлуудыг багтаасан асуумжийг цогцоор оруулсан. Энэхүү асуумж нь мэргэжлийн шүдний эмч бус өрх, сумын эмч, сургуулийн эмч зааврын дагуу хараад тэмдэглэх боломжтойгоор оруулсан тус хүүхдийн шүдийг харж, маягтын дагуу тэмдэглэн, эмчилгээ, үйлчилгээ шаардлагтай хүүхдийг шүдний эмч, нарийн мэргэжлийн эмчийн хяналтад шуурхай явуулна.

Сүүн шүд унаагүй боловч байнгын шүд нь давхар ургасан эсэхийг сайтар тэмдэглэж мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ.

Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургаж, буйлнаас цухуйж эхэлмэгц мэргэжлийн эмчид хандаж ховил битүүлэх эмчилгээ (ховилын ломбо) хийлгэх зайлшгүй шаардлагатай тул мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ.

Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон хожуу үүсэх хүндрэлээс сэргийлж шүдний эмчид үзүүлж зөвлөгөө авах шаардлагатай

Холимог зуултын үед хүүхдийн сүүн ба байнгын шүдийг зураглалын шүд тус бүрт дараах байдлаар бичиж тэмдэглэнэ: Байнгын шүд: Ц, Л, А /цоорсон, ломбодсон, авсан/

Хүүхэд, өсвөр насныханд 8-18 насны хүүхдүүдэд ямар нэгэн хорт зуршилтай эмэх талаар асуумжийг заавал асууж, ажиглаж, үзлэг хийж бөглөнө.

Сэтгэцийн эмгэг өмнө нь оношлогдогдож байсан болон осол гэмтэлд өртөж байсан талаар асууж тэмдэглэнэ. Дараах тодорхойлолтыг баримтлана.

V. Ерөнхий дүгнэлт

Эмчийн ерөнхий дүгнэлтийг дараах байдлаар гаргана.
Үзлэгт хамрагдсан хүүхдэд ямар нэгэн эмгэг шинж болон өвчлөл илрээгүй тохиолдолд **Эрүүл** гэж дүгнэнэ.
Ямар нэгэн эмгэг болон өвчлөл илэрсэн тохиолдолд үндсэн өвчнийг сонгож дээрээс доош нь дараалуулах зарчмаар сонгож бичнэ. Үндсэн өвчин гэдэг нь хамгийн их оношлогоо, эмчилгээ шаардагдах өвчнийг хэлнэ.
Нэг хүүхдэд хэдэн ч өвчлөл бүртгэгдэж болох ба авсан арга хэмжээг доорх зааврын дагуу бүртгэсэн өвчлөл тус бүрд тодорхой зааж бичнэ.

- **Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх (зөвлөгөө)**

2. **Хооллолт** **2. Идэвхитэй хөдөлгөөн** **3. Хорт зуршил** **4.Бусад**
   - Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах **(кодоор)**
2. **3 хүртэлх сар** **2. 6 хүртэлх сар**
   - Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах **(кодоор)**
2. Эмийн 2. Эмийн бус
   - Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах **(кодоор)**
2. Дүүргийн ЭМТ 2. АНЭ, БОЭТ3. Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг 4. Хувь ЭМБ

   - Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах **(кодоор)**
2. Дүүргийн ЭМТ 2. АНЭ, БОЭТ3. Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг 4. Хувь ЭМБ

Үзлэгт хамрагдсан хүүхдийг эрүүл мэндийг үзлэгийг үндэслэн эрүүл мэндийн 5 бүлэгт хамруулна. /Эрүүл мэндийн бүлгийг ойлголт, тодорхойлолт бүлгээс харна уу/

Маягтыг хөтлөх эмнэлгийн мэргэжилтэн: Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч, сургуулийн эмч

Хадгалах хугацаа: Байнга

Маягтын нэр: НАСАНД ХҮРЭГЧДИЙН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Маягтын дугаар: ЭИМ-3

VI. Хүн ам зүйн ерөнхий мэдээлэл

Хүн ам зүйн ерөнхий мэдээллийг засаг захиргааны нэгжийн ангилал, кодын дагуу кодлож үнэн зөв, бүрэн гүйцэд бүртгэнэ. Иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ.

Кодлох аргачлалыг ашиглан гэрлэлтийн байдлыг тэмдэглэнэ. Тусгаарласан гэдэгт гэр бүлээ албан ёсоор цуцлуулаагүй тусдаа амьдарч байгаа хүмүүсийг оруулна. Гэр бүл болж хамтран амьдарч байгаа боловч иргэний бүртгэл мэдээллийн төвд бүртгүүлж гэр бүлээ батлуулаагүй хүмүүсийг батлуулаагүй гэж кодлоно.

Боловсролын түвшинг асуултын кодыг ашиглан тэмдэглэнэ.

VII. Эрүүл мэндийн ерөнхий мэдээлэл

Эрүүл мэндийн үзлэгийг хийхдээ эмч үйлчлүүлэгчийн биеийн жингийн индекс тооцоолоход шаардлагатай хэмжилтүүдийг хийж, тооцоолно

Биеийн жингийн индексийг тооцохдоо доорх томьёогоор олно.

$$\text{БЖИ} = \frac{\text{Жин}}{\text{Өндөр}^2} \times 100$$

Туранхай гэдэг нь - биеийн жингийн индекс 18.5-аас бага кг/м.кв байх

Хэвийн гэдэг нь - биеийн жингийн индекс 18.5-24 кг/м.кв байх

Илүүдэл жинтэй гэдэг нь - биеийн жингийн индекс 25-29 кг/м.кв байх

Тарган гэдэг нь - биеийн жингийн индекс 30 кг/м.кв-аас их байхыг байхыг хэлнэ.

Биеийн жингийн индексыг тооцоолж хүн амын артерийн даралт, чихрийн шижингийн эрсдлийн бүлгийг тодорхойлж, үзлэг хийх төлөвлөгөөг гаргана. Мөн халдвар бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйлийн асуумжууд болох арх, тамхины хэрэглээ, жимс ногоо хэрэглэдэг эсэх, идэвхтэй хөдөлгөөн хийдэг эсэх талаар асуумжийг анхааралтай асууж, асуултын өмнөх дугаарыг дугуйлж, программ боловсруулалт хийнэ.

Амны хөндийн эрүүл мэндийн үзлэгийг өрх, сумын эмч сургалтаар заагдсан удирдамжийн дагуу хийж одоо байгаа шүдний тоог бичиж, ☐ Эрүүл ☐ Эрүүл бус-ийн аль нэгийг тэмдэглэнэ.
Хэрэв эрүүл бус гэвэл: Буйлны үрэвсэл (шүдээ угаахад цус гардаг эсэх) ☐ Амны салстад шарх үүсдэг ☐ Авгддаг шүдэлбэр зүүдэг (хиймэл шүд: хуванцар, уян хуванцар) ☐ Шүдэлбэрийн таарамж сайн, дунд, муу (доогуур нь зурж тэмдэглэ) ☐ Авгддаггүй шүдэлбэр (гүүрэлсэн шүдэлбэр, бүрээс, шаазан бүрээс, имплант гэх мэт) доогуур нь зурж тэмдэглэнэ.
Бусад үзлэгийг удирдамжийн дагуу хийж маягтын харьяалагдах асуумжийн өмнөх дугаарыг дугуйлж тэмдэглэнэ.

ХАЛДВАРТ БУС ӨВЧНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

VIII. Артерийн гипертензи

Насанд хүрэгсдийн артерийн гипертензийн үзлэгийг Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны 07 сарын 17-ны өдрийн А/286 дугаар тушаалаар батлагдсан эмнэлзүйн зааврын дагуу үзлэг, оношлогоог хийж бүртгэнэ.

Артерийн гипертензи эрт илрүүлгийн үзлэгийг өрхийн эрүүл мэндийн төв, сумын эрүүл мэндийн төв, сум дундын эмнэлгийн үзлэгийн эмч нар эмнэлгээр үйлчлүүлж буй 40-өөс дээш насны хүн амд хийнэ.

Артерийн даралт ихсэх эрсдэлтэй хүн амд 55-аас дээш насны эрэгтэй, 65-ас дээш насны эмэгтэйчүүдийг хамруулах ба мөн тамхи татдаг, удамшлын өвчинтэй, гиперхолестеринемитэй хүн амыг хамруулна.

Та сүүлийн 1 жилийн хугацаанд цусны даралтаа хэмжүүлсэн үү? асуугаад хэмжүүлсэн бол 1. Тийм, хэмжүүлээгүй гэж хариусан тохиолдолд 2.Үгүй хариултын өмнөх тоог дугуйлна.

Даралтын хэмжихдээ АГ-ийн илрүүлгийг баталгаажсан багажаар хийсэн олон удаагийн хэмжилт дээр үндэслэнэ. Хамгийн багадаа 2 удаагийн ирэлтээр, ирэлт бүрийн 2-3 удаагийн хэмжилтийн дунджаар АД-ын түвшинг тооцно.

Артерийн даралтаа хэмжүүлэхээс хамгийн багадаа 30 минутын өмнө хүнд зэргийн дасгал, хөдөлгөөн хийх, хэт идэх, кофе, цай, кока-кола уусан эсэхийг асууж, дүгнэлт гаргахдаа харгалзан үзнэ.

Өвчтөнд хэмжилт эхлэхийн өмнө дуу чимээгүй тасалгаанд хэдэн минут тайван суулгах ба артерийн даралтыг хэмжих явцад хэмжүүлж буй хүнтэй ярилцахыг хориглоно. Нуруугаа тэгш, урагш тонгойж гэдэс шахагдах байрлалд суулгахгүй, гарын бугалга ба зүрх ижил тувшинд байрласан байх ёстой. Гарын бугалга зүрхнээс дээш тувшинд байрлавал газрын татах хүчний нөлөөгөөр АД бага хэмжигддэг. Суудлын өндрийг тохируулан, хөлийн улаар шалан дээр бүтэн гишгүүлж суулгана. Артерийн даралтыг 1-2 минутын зайтайгаар, доод тал нь 2 удаа хэмжих ба даралтын түвшин зөрүү ихтэй байвал нэмэлт хэмжилтийг давтан хийнэ. Тарган, эсвэл туранхай хүнд том, жижиг манжетийг тааруулж, тохируулан хэрэглэх ба даралт буруу хэмжигдэх дараах үйлдлүүдийг анхаарна.

- Ханцуйгаа шамлах

- Хөлөө сандал, эсвэл ширээний хөндлөвч дээр тавих

- Бариу хувцас өмсөх (хоолойтой цамц/свитер)

- Алхаж, эсвэл дасгалын дараа цусны даралтыг шууд хэмжих

- Гараа тохойвчин дээр буруу байрлуулах

- Урагшаа тонгойх

- Тасалгаа хэтэрхий хүйтэн байх зэрэг нь артерийн даралтад нөлөөлдөг тул эдгээрийг зайлшгүй анхаарч, зөв хэмжилтийг хийнэ.

Цусны даралт хэмжилтийн үр дүнг дараах хүснэгтийн дагуу тэмдэглэнэ.

Түвшин	САД (мм.муб)	ДАД (мм.муб)
Хэвийн	<120	<80
Ихэссэн	120-129	<80
Артерийн гипертензи		
1-р зэрэг	130-139	80-89
2-р зэрэг	>140	>90

IX. Артерийн гипертензийн онош баталгаажилт ба кодлох аргачлал

Үр дүнгийн үзүүлэлт тооцохдоо үзлэгийн эмч үйлчлүүлэгчийн цусны даралтыг 3 удаа хэмжиж, хэрэв цусны даралтын хэмжээ сиастолын даралт (СД) 120-өөс бага, ДД 80-ээс бага байвал хэвийн, СД 130 буюу түүнээс их, ДД 80 буюу түүнээс их байвал дахин даралтаа хэмжүүлэхийг товлон артерийн гипертензи байж болзошгүй гэж тодорхойлно.

Артерийн даралт ихсэх өвчний эрт илрүүлгийн давтан үзлэгийн үр дүнгийн тайлан

Артерийн гипертензи давтан үзлэгийн хэд хэдэн хэмжилтээр батлагдсан, эмчилгээ эхэлсэн үйлчлүүлэгчийн цусны даралт СД 130 буюу түүнээс их, ДД 80 буюу түүнээс их, нүдний уг дурандахад нүдний угт өөрчлөлт өгсөн байвал батлагдсан артерийн гипертензитэй гэж оношлоно.

Оношлогдсон тохиолдлыг шинээр бүртгэгдсэн өвчлөл гэж эрүүл мэндийн бүртгэл статистикийн програм хангамжид оруулан Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу тохирох кодыг тавина.

Даралт ихсэх өвчнийг I10-I15-аар кодлоно.

I10 Анхдагч даралт ихсэх өвчин

I11._ Зүрхний даралт ихсэх өвчин

I12._ Бөөрний даралт ихсэх өвчин

I13._ Зүрх ба бөөрний даралт ихсэх өвчин

I15._ Хоёрдогч даралт ихсэх өвчин

Даралт ихсэх өвчин ба зүрхний өвчин:

Хэрвээ зүрхний өвчин даралт ихсэх өвчний шалтгаант байвал I11._ Зүрхний даралт ихсэх өвчин гэж кодлоно. Жишээ нь: Зүрхний даралт ихсэх өвчин , кардиомегали I11.0

Хэрвээ зүрхний өвчин даралт ихсэх өвчний шалтгаант бус байвал тусад кодлоно. Атеросклероз зүрхний судасны өвчний шалтгаант байвал дараах байдлаар кодлоно.

Даралт ихсэх өвчин I25.1 I10

Бөөрний өвчний шалтгаант даралт ихсэх өвчин байвал I12._ кодлоно.

Зүрх ба бөөрний даралт ихсэх өвчин:

- хэрвээ I11._хамаарах зүрхний өвчин ба I12._ т хамаарах бөөрний өвчин хавсарсан байвал I13._ Зүрхний болон бөөрний даралт ихсэх өвчин гэж кодлоно.

- I11._ ба I13._ хамтад нь эсвэл I12._ ба I13. хамтад нь_ , эсвэл I11._ ба I12._ хамтад нь хэзээ ч кодлож болохгүйг анхаар.

Хоердогч даралт ихсэх өвчин

- Тодорхой өвчний үед хоёрдогчоор үүссэн даралт ихсэх өвчин I15._ Даралт ихсэх өвчнийг 2догчоор үүсгэж байгаа өвчин үндсэн оношоор, даралт ихсэх өвчнийг дагалдах оношоор кодлоно.

Жишээ нь: Бөөрний артерийн судасны нарийслаас үүдэлтэй даралт ихсэх өвчин I70.1 I15.0

1-р зэргийн артерийн гипертензи оношлогдсон тохиолдолд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн эмчийн хяналтад авч, удирдамжийн дагуу эмчилгээг хийх ба Эмчийн дүгнэлт хэсэгт амвдралын хэв маягаа өөрчлөх, өрх, сумын ЭМТ-д хяналтад авах, эмчилгээнд хамруулсан эсэхийг ялган тэмдэглэгээг хийнэ.

X. Артерийн гипертензи, нарийн мэргэжлийн эмчид илгээх заалт

Дараах шинж тэмдэг илэрсэн болон нарийн шинжилгээ хийлгэх шаардлагатай тохиолдолд дээд шатлалын эмнэлэгт илгээж Эмчийн дүгнэлт хэсэгт бичиж тэмдэглэнэ.

- Гипертензийн хямрал (криз)
- Хоёрдогч АГ
- Онцгой тохиолдлууд
- Бай эрхтний гэмтлийг илрүүлэх: Зүрх, бөөр, нүдний уг харах, цусны судасны эмгэгийг илрүүлэх гэх мэт.

XI. Чихрийн шижин

Цусан дахь сахарын хэмжээ ихэссэн эсвэл чихрийн шижин өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх: талаар асуумжаар өмнө нь чихрийн шижин оношлогдсон бол 1. **Тийм,** өмнө шинжилгээгээр чихрийн оношлогдоогүй болон цусан дахь сахарын хэмжээ хэвийн байдаг тохиолдолд 2. **Үгүй**, шинжилгээ оношлогоо хийлгэж байгаагүй, цусан дахь сахарын хэмжээ ихсэж байсан эсэх талаар мэдээлэлгүй тохиолдолд 3**. Мэдэхгүй** гэдгийн өмнөх дугаарыг дугуйлна. Өмнө нь чихрийн шижин оношлогдсон хяналтад байдаг хүнийг дараагийн үр дүнг бөглөх шаардлагагүй. Бусад тохиолдолд эхлээд эрсдлийг тодорхойлно.

Чихрийн шижингийн эрсдэлийн үнэлгээг АНУ-ын ЧШ-гийн холбоо (ADA)-ноос гаргасан ЧШ-гийн эрсдлийн шалгуураар 8 ба түүнээс дээш оноо бүхий эрсдэлтэй хүн амд өлөн үеийн глюкозыг түргэвчилсэн аргаар үнэлэн, 5.6 ммоль/л ба түүнээс дээш гарсан тохиолдолд ЧШ-гийн онош тодруулах шинжилгээнд илгээнэ.

Чихрийн шижингийн эрсдэл бүхий хүн ам:

- 35 ба түүнээс дээш насны хүн ам;
- Таргалалт ба биеийн жингийн илүүдэлтэй (БЖИ>25 кг/м^2, бүсэлхийн тойрог эрэгтэй >94см, эмэгтэй >80см);
- ЧШ-гийн удамшлын өгүүлэмжтэй (эцэг, эх, ах, эгч нь чихрийн шижинтэй);
- ЧШ-гийн эрсдлийн шалгуураар 8 ба түүнээс дээш оноо бүхий хүмүүс;
- Даралт ихсэлттэй буюу даралт бууруулах эм хэрэглэж буй;

- Зүрх судасны эмгэгтэй (зүрхний титэм судасны эмгэг, тархинд цус харвалт, захын судасны эмгэг);
- Бөөрний архаг эмгэгтэй;
- Жирэмсэн эмэгтэй (24-28 долоо хоногтой);

Чихрийн шижингийн эрсдлийн оноог Чихрийн шижингийн эрсдлийг тодорхойлох тусгай шалгуур хүснэгтийн дагуу тодорхойлно.

1	**Нас**	
	40-өөс доош	0
	40-49	1
	50-59	2
	60-аас дээш	3
2	**Хүйс**	
	Эрэгтэй	1
	Эмэгтэй	0
3	**Жирэмсэний ЧШ оношлогдож байсан эсэх**	
	Тийм	1
	Үгүй	0
4	**Эцэг, эх,ах, эгч, дүү ЧШ оношлогдож байсан эсэх**	
	Тийм	1
	Үгүй	0
5	**Артерийн даралт ихсэлт ба даралт бууруулах эм хэрэглэж буй эсэх**	
	Тийм	1
	Үгүй	0
6	**Өдөр бүр идэвхтэй дасгал хөдөлгөөн хийдэг эсэх**	
	Тийм	0
	Үгүй	1
7	**Биеийн жин хэвийн эсэх**	
	Тийм	0
	Үгүй	1
8	Нийт оноо	

Нийлбэр оноо:

Эрсдэл бага –Чихрийн шижингийн эрсдлийн оноо 4-оос бага байх;

Дунд зэргийн эрсдэлтэй- Чихрийн шижингийн эрсдлийн оноо 5-7 байх;

Өндөр эрсдэлтэй- Чихрийн шижингийн эрсдлийн оноо 8-аас дээш байх;

Цусны глюкозыг түргэвчилсэн (глюкометр) болон биохимийн гэсэн 2 аргаар тодорхойлж болно.

Үр дүнгийн үзүүлэлт

Хэвийн-түргэвчилсэн аргаар өлөн үед цусан дахь глюкозын хэмжээ 5.5-аас бага, биохимийн аргаар шинжилсэн үед 6.0-ээс бага байх;

Өлөн үеийн глюкозын өөрчлөлттэй - түргэвчилсэн аргаар өлөн үед глюкозын хэмжээ 6.0-ээс их, биохимийн аргаар үзэхэд 6.9-оос их байх;

Үр дүнгийн үзүүлэлтээр өлөн үеийн глюкозын өөрчлөлттэй эсвэл гипергликеми илэрсэн үед дараагийн шатлалд шилжүүлж цусны сийвэнд биохимийн аргаар глюкоз тодорхойлно.

Онош тавихдаа цусны глюкозын хэмжээг үндэслэн эмч дүгнэж Чихрийн шижин хэв шинж 2 онош батлагдсан эсэхийг дүгнэж тэмдэглэнэ.

1. Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчтэй
2. Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчингүй
3. Чихрийн шижин хэв шинж 2 байх сэжигтэй (Зөвхөн Глюкозын ачаалалтай сорил хийсний дараа тавигдана)

Өлөн үед, санамсаргүй тохиолдолд түргэвчилсэн аргаар болон биохимийн аргаар глюкоз үзэхэд глюкозын өөрчлөлттэй гарсан тохиолдолд оношийг батлах зорилгоор глюкозын ачаалалтай сорилыг удирдамж аргачлалын дагуу хийж маягтад тэмдэглэгээг хийнэ..

Оношийг лавлагаа шатлалын эмнэлэгт баталгаажуулж, батлагдсан тохиолдолд тэмдэглэж оношийг тавина.

Чихрийн шижин E10-E14 кодод хамаарах ба ангиалал, хүндрэлээс шалтгаалан дараах аргачлалын дагуу кодлоно.

- Хэрвээ олон хүндрэлтэй боловч аль нэг нь давамгайлсан тодорхойлогдоогүй бол олон хүндрэлтэй .7 гэж кодлоно.

ИҮХЧШӨ бөөрний , захын судас үхжил, катарактай хавсарсан
E11.7 ЧШӨ олон хүндрэлтэй
E11.2† Инсулинээс үл хамаарах ЧШӨ бөөрний хүндрэлтэй
N08.3* Гломерулонефрит
E11.5† Инсулинээс үл хамаарах ЧШӨ захын цусны эргэлтийн хүндрэлтэй
I79.2* Захын судасны ангипати
E11.3† Инсулинээс үл хамаарах ЧШӨ нүдний хүндрэлтэй
H28.0* ЧШӨ үеийн катаракт

- <u>Чихрийн шижин өвчний төрөл, хүндрэлүүд</u>
  - Хэв шинж I = Инсулинээс хамаарах ЧШӨ = ЧШӨ өсвөр насанд үүсдэг
  - Хэв шинж II = Инсулинээс үл хамаарах ЧШӨ = ЧШӨ насанд хүрсэн хойно үүсдэг
- Хүндрэлийг кодлохдоо дараах 4 дэгч тэмдэглэгээг тавина.

.0 Комтой
.1 Кетоацидозтай
.2 Бөөрний хүндрэлтэй
.3 Нүдний хүндрэлтэй
.4 Мэдрэлийн хүндрэлтэй
.5 Захын цусны эргэлтийн хүндрэлтэй
.6 Бусад тодорхой хүндрэлтэй
.7 Олон тооны хүндрэлтэй
.8 Тодорхойгүй хүндрэлтэй
.9 Хүндрэлгүй

Үйлчлүүлэгчийг дараагийн шатлалын эмчид илгээх заалт

- Шинээр оношлогдсон чихрийн шижинтэй үйлчлүүлэгчийг онош баталгаажуулах зорилгоор лавлагаа шатны эмнэлгийн дотоод шүүрэл судлаач эмч рүү илгээнэ.

- Метформин эмчилгээнд (хоногт 2000 мг) үр дүнгүй эсвэл бодисын солилцооны хямрал (шээсэнд кетон+) илэрсэн, мөн ЧШ-тэй жирэмсэн эмэгтэйг лавлагаа шатны дотоод шүүрэл судлаач эмч рүү илгээнэ.

- ЧШ-гийн архаг хүндрэлүүдийн эмнэлзүйн шинж илэрсэн тохиолдолд өрх, сум, тосгоны ЭМТ-өөс харьяа аймаг, дүүргийн ЭМТ-ийн нүд, зүрх, бөөр, мэдрэл, мэс засал зэрэг төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмч рүү илгээнэ.

- Олон эрхтний хүндрэл хавсарсан тохиолдолд лавлагаа шатны (төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг) ЧШ-гийн хүндрэлээр мэргэшсэн багт (нүд, зүрх судас, бөөр, мэдрэл, судасны мэс засал, хөлний эмч) илгээнэ.

XII. Цусан дахь холестрины түвшин

Цусан дахь холестрины түвшинг өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн харьяаны 40-өөс дээш насны хүн амд хийнэ. Эрсдлийн бүлгийг толорхойлон эрсдэл өндөртэй хүмүүст тодорхойлох ба аргачлалын дагуу үзэж дүгнэлт, тэмдэглэгээг хийнэ.

XIII. Хөх, Умайн хүзүүний хавдар

Хөх, умайн хүзүүний өмөнгийн эрт илрүүлэг үзлэгийг 30-60 насны эмэгтэйчүүдэд хийнэ. Үзлэгийг хөх, умайн хүзүүний хавдрыг илрүүлэх удирдамжийн дагуу хийж, үр дүнг тэмдэглэнэ. Нүдээр харах тэмтрэхэд хэвийн байна уу, Бэрсүү байна уу Бэлэгдсэн /хөдөлгөөн/ байдал Жүржийн хальсны шинж /арьсны шархлаа/ зангилаа Хөхний толгой цааш татагдсан Хөхний толгойноос шүүрэл гарах зэрэг шинж байгаа эсэхийг сайтар үзэж, үр дүнг тэмдэглэнэ.

Өөрчлөлт илэрсэн тохиолдолд лавлагаа шатлалын эмнэлэгт онош тодруулахаар илгээнэ.

XIV. Түрүү булчирхайн хавдрын илрүүлэг үзлэг

Түрүү булчирхайн хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийг 50 ба түүнээс дээш насны эрэгтэйчүүдэд хийнэ. IPSS асуумжийг түрүү булчирхайн томролтой өвчтөнд илрэх шинж тэмдгийн үнэлэхэд ашиглана.

Гадагшлуулалт хямралын шинж							
1	**Шээсний дараа давсаг бүрэн сулрахгүй байх** Энэ мэдрэмж хэр олон тохиолдсон бэ?	0	1	2	3	4	5
2	**Шээс тасалдах** Шээс явцад тасалдаж, дахин шээс тохиолдол хэр олон тохиолдсон бэ?	0	1	2	3	4	5
3	**Шээс дусагнах эрчим султай гарах** Хэр олон тохиолдсон бэ?	0	1	2	3	4	5
4	**Дүлүүлж шээх** Шээж эхлэх үед дүлэх байдал хэр олон тохиолдож байсан бэ?	0	1	2	3	4	5
Хуримтлуулалт хямралын шинж							
5	**Шээсний давтамж** 2 цагийн дотор дахин шээх шаардлага хэр олон тохиолдсон бэ?	0	1	2	3	4	5
6	**Шээсээ барихад хэцүү болох** Хэр олон тохиолдсон бэ?	0	1	2	3	4	5
7	**Шөнийн шээлт**	Үгүй	1 удаа	2 удаа	3 удаа	4 удаа	5< удаа
	Унтахаар хэвтсэний дараа өглөө босох хүртэл хэдэн удаа босож шээдэг вэ?	0	1	2	3	4	5
	Ерөнхий IPSS						

- 7 асуулттай, асуулт бүр 6 хариултын хувилбартай
- Нийт 0-35 оноо байна
- Дүгнэхдээ:
- Нийлбэр оноо бага байх тусам түрүү булчирхайн эмгэгийн шинж тэмдэгийн илрэл бага байх ба эмийн эмчилгээний үр дүн сайн байна.

Шинж тэмдэг бага зэргийн илрэлтэй	**0-7 оноо**
Шинж тэмдэг дунд зэргийн илрэлтэй	8-19 оноо
Шинж тэмдэг хүнд зэргийн илрэлтэй	20-35 оноо

XV. Зүрхний цахилгаан бичлэг

Зүрхний цахилгаан бичлэгийг өрхийн эрүүл мэндийн төвийн харьяаны 40-өөс дээш насны хүн амд хийнэ.

Мобайл зүрхний цахилгаан бичлэгийн аппаратаар үр дүн хэвийн гарсан тохиолдолд 1, өөрчлалттэй гарсан тохиолдолд хэвийн эсвэл эргэлзээтэй гэсэн үр дүнг дугуйлна. Үзлэгээр хэвийн бус оношлогдсон тохиолдолд хэм алдалт, ишемийн өөрчлөлт, бусад шинж тэмдгийн аль тохирохыг заавал тэмдэглэнэ.

Үзлэгээр хэвийн бус гарч ямар нэгэн онош тавих боломжгүй тохиолдолд **3. эргэлзээтэй** гэж тэмдэглэнэ.

Оношийн баталгаажилтийг хэвийн гэж дугуйлсан тохиолдолд **2. Эрүүл** тэмдэглэгээг хийнэ.

Хэвийн биш гээд хэм алдалт, ишемийн өөрчлөлт болон бусад өвчин оношлогдсон тохиолдолд **1. Өвчтэй** тэмдэглэгээг хийж оношийг Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу кодлож, сарын шуурхай мэдээлэлд өвчлөлийг бүртгэн бүртгэл статистикийн програм хангамжид бүртгэж мэдээлнэ.

Өвчний сэжигтэй гэдэг нь хэвийн бус боловч өрх, сумын эрүүл мэндийн төвд онош тавих боломжгүй тохиолдолд лавлагаа шатлалын эмнэлэгт онош тодруулахаар илгээнэ.

XVI. Хэт авиан (ЭХО)оношилгоо

Хэт авиан оношлогоог өрхийн эрүүл мэндийн төв, сумын эрүүл мэндийн төв, сум дундын эмнэлгийн үзлэгийн эмч нар эмнэлгээр үйлчлүүлж буй 40-өөс дээш насны хүн амд хийнэ.

Мобайл ЭХО – ны үр дүнгээр ямар нэгэн өөрчлөлтгүй тохиолдолд **1. Хэвийн** тэмдэглэгээг хийнэ. Үзлэгээр өөрчлөлт илэрсэн тохиолдолд **2. Хэвийн бус** тэмдэглэгээг хийнэ.

Хэвийн бус гэж тэмдэглэсэн тохиолдолд маягтад өгөгдсөн эрхтнүүдийн аль нэгд заавал тэмдэглэгээ хийгдсэн байх ба эсвэл хэд хэдэн эмгэг өөрчлөлт илэрч, тэмдэглэгдсэн байж болно.

Оношийн баталгаажилтийг хэвийн гэж дугуйлсан тохиолдолд **2. Эрүүл** тэмдэглэгээг хийнэ.

Хэвийн биш байвал оношлогдсон Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу кодлож, сарын шуурхай мэдээлэлд өвчлөлийг бүртгэн бүртгэл статистикийн програм хангамжид бүртгэж мэдээлнэ.

Өвчний сэжигтэй гэдэг нь хэвийн бус боловч өрх, сумын эрүүл мэндийн төвд онош тавих боломжгүй тохиолдолд лавлагаа шатлалын эмнэлэгт онош тодруулахаар илгээнэ.

Халдварт бус өвчний эрт илрүүлэг үзлэгээр дээрх шалтгаануудаас бусад өвчлөл илэрсэн эсэх гэсэн асуултад заавал хариултыг тэмдэглэх ба ямар нэгэн өвчлөл илрээгүй бол **2. Үгүй,** эмгэг илэрсэн тохиолдолд 1. Тийм гэдэг тэмдэглэгээг хийж, ямар өвчин, зовиур илэрсэн талаар тодорхой бичиж тэмдэглэнэ.

ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

XVII. Сүрьеэ өвчний илрүүлэг үзлэг

Өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн эмч нар 18-аас дээш насны хүн амд илрүүлэг үзлэг хийнэ. Сүрьеэгийн шинж тэмдэг ба зовиур, Сүрьеэгийн тархвар судлалын асуумжаар сэжигтэй шинж илрэхгүй байвал хэвийн гэж үзээд сүрьеэ өвчингүй гэсэн дүгнэлтэд хүрнэ.

Асуумжаас сэжигтэй тохиолдол илэрвэл цээжний рентген, цэрний шинжилгээг авах эсэхийг шийдвэрлэнэ.

Шаардлагатай тохиолдлуудад Цээжний рентген шинжилгээнд хамруулж, цаашид цэрний шинжилгээ өгөх эсэхийг шийдвэрлэнэ. Оношийг лавлагаа шатлалын эмнэлэгт илгээж баталгаажуулна.

В, С вирүст хепатит, Тэмбүүгийн эрт илрүүлэг үзлэгийг удирдамжийн дагуу хийж харгалзах хариу, дүгнэлтийн өмнөх тоог дугуйлж, програм хангамжид оруулан үр дүнг тооцно.

XVIII. Хеликобактерийн халдвар илрүүлэг үзлэгийн үр дүн

Илрүүлэг шинжилгээг 40-өөс дээш насны хүн амд хийх ба Хеликобактер Пилорийн хурдавчилсан оношлууараар удирдамж зааврын дагуу хийж үр дүнг тэмдэглэнэ. Оношлуурыг хэрэглэх зааврын дагуу хэрэглэж, үр дүнг тооцно.

Хеликобактер Пилорийн хурдавчилсан оношлуурын хариу:

1. Эерэг (+) Оношлууараар 2 тод өнгөт зурвас үүсэх. Нэг зурвас нь контрол зурвасын (С) хэсэгт нөгөө нь тест зурвасын хэсэгт үүснэ.(Т)
   (Т) хэсэгт үүсэх зурвасын өнгөний илрэл ийлдэс дэх эсрэг биеийн хэмжээнээс шалтгаалж янз бүр байх ба маш бүдэг зурвас үүссэн ч хариуг эерэг гэж үзнэ.
2. Сөрөг (-) байвал зөвхөн зурвасын (С) хэсэгт өнгөт зурвас үүснэ. .(Т) тест зурвасын хэсэгт ямар ч зурвас үүсэхгүй.
3. Эргэлзээтэй-- С) хэсэгт зурвас үүсэхгүй байвал сорьцын хэмжээ хангалтгүй байсан эсвэл ажилбарын алдаа гарсан эсэхийг тодруулж, давтан хийнэ.

Оношийн баталгаажилтийг:

1. Хеликобактер Пилорийн халдвартай /оношлууараар Эерэг (+) гарсан/
2. Хеликобактер Пилорийн халдваргүй / оношлууараар Сөрөг (-) гарсан/ гэж оншлоно

XIX. Настанд илрүүлэг хийх хураангуйлсан асуумж

Настанд эрүүл мэндийн анхан шатны байгууллага болох өрх, сумын эрүүл мэндийн төв өөрийн харьяалалд оршин суудаг 55, түүнээс дээш насны эмэгтэй, 60, түүнээс дээш насны эрэгтэйг хамруулна.

Настны өдөр тутмын бие даах чадварын болон багаж хэрэгсэлтэй ажиллах чадвар үнэлгээг Эрүүл мэндий Сайдын 2010 оны 5 дугаар сарын 31-ны 180 тоот тушаалаар батлагдсан “Настны эрүүл мэндийн үнэлгээний удирдамж”-аар батлагдсан сорилуудаар үнэлдэг.

Настны эрүүл мэндийн байдлыг хэвийн, хэвийн бус 2 хэлбэрээр ангилна.

Маягтад буй 9 асуумжаас 2 нь тийм гэсэн тохиолдолд хэвийн бус ангилалд хамаарна.

Сэтгэцийн болон зан төрхийн эмгэг: Настанд өвчний олон улсын 10-р ангиллын 5-р бүлэгт хамаарах өвчин эмгэг бүртгэгдсэн тохиолдолд бичнэ.

Насны доройтол: Настанд өвчний олон улсын 10-р ангиллын R54 кодод хамаарагдах шинж тэмдэг илэрсэн тохиолдолд бичнэ.

XX. Эмчийн ерөнхий дүгнэлт

Үзлэгийг хийж эмч ерөнхий дүгнэлт гаргана.
Үзлэгт хамрагдсан иргэнд ямар нэгэн эмгэг шинж болон өвчлөл илрээгүй тохиолдолд **Эрүүл** гэж дүгнэнэ.
Ямар нэгэн эмгэг болон өвчлөл илэрсэн тохиолдолд үндсэн өвчнийг сонгож дээрээс доош нь дараалуулах зарчмаар сонгож бичнэ. Үндсэн өвчин гэдэг нь хамгийн их оношлогоо, эмчилгээ шаардагдах өвчнийг хэлнэ.
Нэг хүнд хэдэн ч өвчлөл бүртгэгдэж болох ба авсан арга хэмжээг доорх зааврын дагуу бүртгэсэн өвчлөл тус бүрд тодорхой зааж бичнэ.

- **Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх (зөвлөгөө)**

3. **Хооллолт** **2. Идэвхитэй хөдөлгөөн** **3. Хорт зуршил** **4.Бусад**

- Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах **(кодоор)**

3. **3 хүртэлх сар** **2. 6 хүртэлх сар**

- Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах **(кодоор)**

3. Эмийн 2. Эмийн бус

- Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах **(кодоор)**

3. Дүүргийн ЭМТ 2. АНЭ, БОЭТ3. Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг 4. Хувь ЭМБ

- Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах **(кодоор)**

3. Дүүргийн ЭМТ 2. АНЭ, БОЭТ3. Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг 4. Хувь ЭМБ

Үзлэгт хамрагдсан иргэний эрүүл мэндийг үзлэгийг үндэслэн эрүүл мэндийн 5 бүлэгт хамруулна.

Эрүүл мэнд, спортын сайд, Хүн амын хөгжил, нийгмийн хамгааллын сайдын хамтарсан 2016 оны “Даатгуулагчийн хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг тогтооход баримтлах өвчний жагсаалт, хөдөлмөрийн чадвар алдалтын хувь, хугацааг шинэчлэн батлах тухай” А/252, А/74 дугаар тушаалын дагуу Эмнэлэг хөдөлмөрийн магадлах төв, салбар комисс, орон нутгийн комисс, эмнэлгийн байгууллагуудын эмнэлэг, хяналтын комиссоор батлагдсан хүмүүсийг 5-р бүлэгт шууд хамруулна

Бүлэг I - Эрүүл хүмүүс

II Бүлэг – Ямар нэгэн архаг өвчингүй боловч өвчний өмнөх буюу дараах байдалд байгаа, аль нэгэн эрхтэн системын үйл ажиллагааны ба бие бялдрын зарим нэгэн хөнгөн өөрчлөлттэй, биеийн эсэргүүцэл суларсан (хурц өвчнөөр олон дахин өвчлөгсөд) хөдөлмөрийн чадвартай хүмүүс,

III Бүлэг – Архаг өвчтэй боловч тухайн эрхтэн системийн үйл ажиллагаа алдагдаагүй (компенсацийн байдал) бие махбодын зарим өөрчлөлт, эрхтэн системийн гажиг (уродство)-тай, гэмтлийн үлдэцтэй боловч ажил хөдөлмөрөө хийж байгаа хүмүүс,

IV Бүлэг – Архаг өвчнөөр удаан өвчилж, эрхтэн системд өөрчлөлт орсон (субкомпенсацийн байдал) өвчин гэмтлийн улмаас эрхтэн системийн үйл ажиллагаа буурч хөдөлмөрийн чадвар үе үе алддаг, тахир дутуугийн группд орсон хүмүүс,

V Бүлэг – Голдуу хэвтрийн дэглэм баримталдаг, декомпенсацийн байдалтай архаг хүнд өвчтэй, тахир дутуугийн 1 ба 2 группэд байдаг хүмүүс орно. Эдгээр ангиллын дагуу аль тохирох бүлгийг авч сонгож бичнэ.

Оношийн үндэслэл, хяналтын үечилсэн дүгнэлтийг эмчлэгч эмч асуултын дагуу үнэн гүйцэд маш тодорхой бичих бөгөөд хяналтын явцын байдал өөрчлөлтийг маш сайн тодорхой гаргаж бичих шаардлагатай.

Дараагийн шатлалд эмнэлэгт явуулж буй үндэслэлд онош тодруулах болон эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай эсэхээ тэмдэглэж, анхдагч шатлалд хийгдсэн эмчилгээ, шинжилгээг амбулаторийн маягтанд дэлгэрэнгүй бичнэ.

Эмчийн үзлэгийн бүртгэл АМ-1А

Эрүүл мэндийн бүртгэл маягт АМ-1А маягтыг өрх,сумын эмч нар, АМ-1Б бүртгэлийн маягтыг амбулатори поликлиникийн үзлэгийн эмч нар өдөр бүр хөтөлж, үзлэгийг 7 хоногоор нэгтгэж статистик мэдээллийн тасаг нэгжид хүлээлгэн өгнө. Эмчийн үзлэгийн бүртгэл нь өрхийн болон сумын эмч, нарийн мэргэжлийн кабинетийн эмч нарын ажлын ачаалал болон үр дүнг үнэлэх үндсэн баримт болдог. Өрхийн эмчийн үзлэгийн бүртгэлээс ЭМТ 101.1-2 болон өвчлөлийн тайлангууд гарна.

Үзлэгийн төрөл, өвчлөлийн харгалзах нэг тоог дугуйлан тэмдэглэнэ.Өвчний улмаас амбулаторит тухайн өвчнөөр анх удаа хандвал **анх** гэснийг, 2 ба түүнээс дээш удаа үзүүлж эмчлүүлэх, шинжилгээ хийлгэх шаардлага гарах тохиолдолд **давтан** гэж дугуйлна.

- Өвчний учир амбулаторийн үзлэг - ямар нэг өвчний шинж тэмдэг/ зовиур, шаналгааны улмаас эмнэлэгт хандахыг
- Урьдчилан сэргийлэх үзлэг - тодорхой зорилготой,тодорхой бүлэг хүмүүсийн дунд /албан байгууллага, сургууль,цэцэрлэг, цэрэг татлага г.м/ зориудаар хийгдсэн үзлэг
- Идэвхтэй хяналтын үзлэг –ЭМС-ын тушаалаар хяналтад авахаар заагдсан өвчний үзлэг
- Гэрийн идэвхтэй үзлэг-Өндөр настан, 0-15 насны хүүхэд, жирэмсэн эхчүүд, өртөмтгий бүлгийн хүмүүс (өрх толгойлсон эмэгтэйчүүд, ганц бие хүмүүс г.м)
- Гэрийн дуудлагын үзлэг-гэрээр нь дуудлагаар очиж үзсэн үзлэг

Үндсэн оношийг ӨОУА-10 –ын дагуу шифрлэнэ. Осол гэмтлийн өвчлөлийн тохиолдолд XIX бүлэг /S00-T99/, **Н** онош тавьсан тохиолдолд осол гэмтлийн шалтгааны V00-Y98-ын аль нь болохыг тогтоож шифрийг бичнэ.

Шинэ өвчлөл- Хүн амын дундах амбулаторит бүртгэгдсэн өвчлөлийг бүртгэх зорилгоор тухайн хүн уг өвчнөөр амьдралдаа анх удаа өвчилсөн тохиолдлыг бүртгэнэ.

Хуучин өвчлөл- Тухайн хүн урьд өвдсөн өвчин нь сэдрээд ирсэн тохиолдолд буюу архагшсан өвчлөлийг тухайн ондоо нэг удаа үзүүлэх тохиолдолд хуучин өвчлөлд тооцож авна. Хуучин өвчлөлөөр дахин давтан үзүүлсэн бол давтан үзлэгт тооцно.

Давтан үзлэг- Өвчлөл бүртгэгдсэнээс хойш эдгэрэх хүртлээ амбулатори, гэрээр эмчилгээ хийгдэж, дахин давтан ирж үзүүлсэн, шинжилгээ, боолт хийлгэсэн тохиолдолд давтан үзлэгт тооцно.

Хийгдсэн эмчилгээнээс шалтгаалан нэг буюу хоёр эмчилгээг зэрэг тэмдэглэж болно.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-2- **Халдварт өвчлөлийг бүртгэх маягтыг** халдварт өвчин, хам шинж, сэжигтэй тохиолдлыг бүртгэх, мэдээлэх журмын дагуу бүртгэнэ.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-3- **БЗДХ-ыг мэдээлэх маягтыг бэлгийн замаар дамжих халдврын тохиолдлыг бүртгэх, мэдээлэх журмын дагуу бүртгэнэ.**

БЗДХ-ын шинэ тохиолдлыг бүртгэх, мэдээлэх журам, мэдээллийн урсгал

Өрх, сум тосгоны эрүүл мэндийн төвийн түвшинд

1.1 Өрх, сум (тосгон)-ын эмнэлэг, сум дундын эмнэлгийн статистикч бага эмч нь өрх, сум (тосгон)-ын үзлэгийн эмч нараас БЗДХ-ыг хам шинжээр оношлон “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас” АМ-3 маягтаар, лаборатори бүхий сум, сум дундын эмнэлэг онош батлагдсан бэлгийн замаар дамжих халдвар (БЗДХ), төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас” АМ-3 маягтаар авна.

1.2 Өрх, сум (лаборатори бүхий сум, сум дундын эмнэлэг, тосгон)-ын үзлэгийн эмч нар төрөлхийн тэмбүүгийн батлагдсан тохиолдлыг “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас” АМ-3 маягтаар бүртгэж БЗДХ-ын эмчид мэдээлнэ. Цаашдын хяналт болон эмчилгээг БЗДХ-ын мэргэжлийн эмчээс зөвлөгөө авч эрүүлжүүлнэ.

1.3 Мэдээг сараар нэгтгэн нэгтгэлийг сар бүрийн сүүлийн өдрөөр тасалбар болгон аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн БЗДХ-ын кабинетийн эмчид дараа сарын 3-нд цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

Аймгийн эрүүл мэндийн газар, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн түвшинд

2.1 Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын статистик мэдээллийн алба, нэгж нь аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн статистик тасгаас онош батлагдсан БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлын тоон мэдээг авч дараа сарын 4-ны дотор үндэсний түвшинд цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

2.2 Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн статистик тасаг нь аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн БЗДХ-ын кабинетаас онош батлагдсан БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг бүртгэсэн “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас”(АМ-3

маягт)-ыг ЭМЯ-наас зөвшөөрөгдсөн программд шивж цахим мэдээний санг үүсгэнэ. Цаасан (Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-304 тайлан) болон цахим мэдээний санг сар, улирлаар нэгтгэн дараа сарын 10-ны дотор цахим, 20-ны дотор цаасан хэлбэрээр ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА- нд хүргүүлнэ. БЗДХ-ын шинжилгээний тайланг эрүүл мэндийн байгууллагын лабораторийн эмч, лаборант нар сар, улирлаар гарган дараа сарын 10-ны дотор цахим, 20-ны дотор цаасан хэлбэрээр ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА- нд хүргүүлнэ.

2.3 Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн төрөх, эмэгтэйчүүд, арьс өнгө, хүүхэд, нярайн тасагт төрөлхийн тэмбүүгийн сэжигтэй тохиолдлыг тухайн эмнэлэгийн БЗДХ-ын мэргэжлийн эмч, нярайн эмч хамтран оношийг баталгаажуулж, эмчлэгч эмч “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас”(АМ-3 маягт)-ыг бичиж БЗДХ-ын кабинетийн эмчид мэдээлнэ.

2.4 Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн БЗДХ-ын кабинетийн эмч нь өрх, сумаас БЗДХ-ын хам шинжийн оношлогоо, БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг, тухайн харьяалалын БЗДХ-ын чиглэлээр ажиллаж буй ХХЭ, бусад тасаг, кабинетаас (төрөх, эмэгтэйчүүд, арьс өнгө, харшил, мэс засал…) илэрсэн БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас”(АМ-3 маягт)-ыг хүлээн авч мэдээллийн давхардлыг шалган, оношийг баталгаажуулан эцэслэж цаасан болон цахим мэдээний санг сар, улиралаар нэгтгэн дараа сарын 5-ны дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн статистик тасагт хүргүүлнэ.

2.5 Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн БЗДХ-ын кабинетийн эмч нь хам шинжийн оношлогооны болон онош батлагдсан БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлын жилийн тайлан (Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-304)-г дараа жилийн 1-р сарын 20-ны дотор ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА-нд цахим болон цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, төвүүд, БЗДХ чиглэлээр ажиллаж буй хувийн эмнэлэг

3.1 Мэдээллийн мэргэжилтэн, статистикч нь үзлэгийн кабинет, эмчилгээ, оношлогооны эмч нараас БЗДХ-ын шинэ тохиолдлыг “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас” АМ-3 маягтаар сар бүрийн сүүлийн өдрөөр тасалбар болгон авна.

3.2 ЭНЭШТ болон төрөх эмнэлгүүдэд төрөлхийн тэмбүүгийн сэжигтэй тохиолдлыг тухайн харьяалалын БЗДХ-ын мэргэжлийн эмч, нярайн эмч хамтран оношийг баталгаажуулж, эмчлэгч эмч “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас”(АМ-3 маягт)-ыг бичиж ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА-нд мэдээлнэ. Эмнэлгээс гарсан тохиолдолд харьяа эмнэлгийн БЗДХ-ын мэргэжлийн эмчийн хяналтанд бүртгүүлнэ.

3.2 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр улиралд нэгтгэн улирлын сүүлийн өдрөөр тасалбар болгон дараа улирлын эхний сарын 5-ны дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА-нд хүргүүлнэ.

Үндэсний түвшинд

4.1 ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА нь мэдээний эх сурвалж байгууллагуудаас БЗДХ-ын хам шинжийн оношлогоо, онош батлагдсан БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг бүртгэсэн “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас”(АМ-3 маягт)-ын цахим баазыг дараа сарын 10-ны дотор, цаасан хэлбэрээр 20 ны дотор хүлээн авна.

4.2 ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА-ны статистикч бага эмч нь өөрийн байгууллагын үзлэгийн кабинет, эмчилгээ, оношлогооны эмч нараас онош батлагдсан БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг бүртгэсэн “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас”(АМ-3 маягт) маягтаар 7 хоног бүр хүлээн авч сар, улирлаар нэгтгэн гаргаж ЭМЯ-наас зөвшөөрөгдсөн программд шивж цахим мэдээний санг үүсгэн улсын хэмжээний тайлангийн нэгтгэлд оруулна.

4.3 ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА-нь БЗДХ-ын хам шинжийн оношлогоо, онош батлагдсан ДОХ/БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлын мэдээний санг үндэсний түвшинд нэгтгэн, боловсруулалт, дүн шинжилгээ хийн ЗГХА-ЭМГ-ЭМСМХ-т дараа сарын 20-ны дотор цахим хэлбэрээр мэдээлнэ.

4.4 ХӨСҮТ-ийн ДОХ/БЗДХТСА-нь БЗДХ-ын хам шинжийн оношлогоо, онош батлагдсан ДОХ/БЗДХ, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг ДОХ/БЗДХ-ын шалтгаант нас баралтын жилийн тайланг (Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-304) нэгтгэн үндэсний түвшинд цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2-р сарын 15-ны дотор хүргүүлнэ.

“Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас”(АМ-3 маягт)
<u>хөтлөх</u> заавар

Асуумж	*Аргачлал-Тодорхойлолт-Жишээ*
Эмнэлгийн нэр	2 0 0 2 1 2 УБ хот/аймаг/ Дүүрэг /сум/ Эмнэлгийн нэр
Хувь хүний тухай мэдээлэл	
Дугаар 1.2 эцэг эхийн нэр, нэр	Иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээг үндэслэн тод гаргацтай, татлахгүйгээр үнэн зөв бичнэ
Дугаар 3: Өвчтний регистрийн дугаар	Иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ. Анхаарах зүйл: РД гэсэн 10 нүд бүхий хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсгийг том үсгээр дармалаар, сүүлийн 8 нүдэнд цифрийг нүд тус бүрт гаргацтай тод бичнэ. Жишээ нь: А Ю 7 8 1 2 2 9 1 3
Дугаар 4.5: Өвчтөний нас, хүйс	На сыг асууж гараар бичиж оруулна. Эрэгтэй- 1, Эмэгтэй бол 2-ийг зурна.
Дугаар 6: Жирэмсэн	Тийм- 1, үгүй- 2 дугуйлна.
Дугаар 7: Тогтмол хаяг: Утас: Ажлын газар, албан тушаал	Өвчтөний иргэний үнэмлэхийг үндэслэн аймаг, хот, сум, дүүрэг, хороо, хаалганы дугаар зэргийг гаргацтай тод гараар бичиж оруулна. Ажиллаж байгаа албан тушаал болон ажлын газрыг бичнэ

Дугаар 8: Боловсрол	Боловсрол бага -1 /дунд сургуулийн 1- 4-р ангийг төгссөн / Боловсрол дунд-2 /дунд сургуулийн 5-11-р ангийг төгссөн/ Боловсрол мэргэжил-техникийн-3 /Мэргэжлийн болон техникийн коллеж төгссөн/ Боловсрол дээд-4 /Их дээд сургууль төгссөн/ Боловсролгүй -5 /ямар нэгэн сургууль төгсөөгүй буюу сургуульд ороогүйг хамааруулна/
Дугаар 9: Гэр бүлийн байдал	Гэрлээгүй-1, Гэрлэсэн -2, Салсан-3, Бэлэвсэн-4, Хамтран амьдрагчтай-5 аль тохирохыг дугуйлна.
Дугаар 10: Нийгмийн байдал	Ажил эрхэлдэг -1 Ажил эрхэлдэггүй-2 Оюутан-3 0-15 насны хүүхэд-4 Цэргийн албан хаагч, цэрэг-5 Тэтгэвэрт-6 Бусад-7
Дугаар 10: Илрүүлэлт	Урьдчилан сэргийлэлт -1 Өвчний учир амбулаторт-2 Амбулаторийн хяналт -3 Хавьтлаас -4 Сайн дурааараа-5 Эмнэлгээс бусад /нэрийг тодорхой бичнэ үү/ -6 ……
II. БЗДХ-ын мэдээлэл	
Дугаар 12. Онош, оношийн үе шат	**2 дах шатлалаас онош батлагдсан шинэ БЗДХ Тэмбүү: 1-р үе шат/A51.1/** 2-р үе шат /A51.2/ 3-р үе шат /A51.3/ Далд /A51.4/ Төрөлхийн тэмбүү /A50.0/ Заг хүйтэн: Хүндэрсэн /A54.1/ Хүндрээгүй /A54.2/ Трихомониаз /A59.0/ Шээс бэлгийн замын хламид /A56.0/ Шээс бэлгийн замын мөөгөнцөр /B37.3 эм, B37.4 эр/ Нянгийн гаралтай үтрээний үрэвсэл /N76/ Бэлгийн герпес /A60.0/ Микоплазм Уреаплазм Бэлгийн үү /A63.0/
Дугаар 12. Хам шинжийн оношлогоо	Бэлгийн шархлаа Шээсний сувгийн ялгадас Үтрээний ялгадас Хэвлийн доод хэсгийн өвдөлт Төмсөг хавдах Цавины булчирхай томрох Нярайн нүдний салстын үрэвсэл

Дугаар 13. Халдварын эх уурхай	Бэлгийн хавьтлаар: Биеэ үнэлэгч-1А Байнгын бэлгийн хавьтал-1Б Тохиолдлын бэлгийн хавьтал-1В Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлсэн-2 Эхээс хүүхдэд халдварласан-3 Тодорхой бус-4
Дугаар 14.Онош баталгаажилт	Энгийн хурдавчилсан сорил-1 PRP-2 TPHA-3 ФХЭБУ/ELIZA/-4 Полимеразын гинжин урвал-5 Өсгөвөр-6 наац-7 Нойтон түрхэц-8
Дугаар 15. Мэдээлсэн эмчийн нэр	Тухайн БЗДХ-ын шинэ тохиолдлыг мэдээлсэн их эмч

Эрүүл мэндийн маягт АМ-4- Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг **мэдээлэх маягтыг сүрьеэ өвчнийг бүртгэх мэдээлэх журмын дагуу бүртгэнэ.**

Эрүүл мэндийн маягт АМ-5-Хорт хавдрыг **мэдээлэх маягт**
Хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдлыг мэдээлэх хугацаа, урсгал

Өрх, сум тосгоны эрүүл мэндийн төвийн түвшинд

1. Өрх, сум (тосгон)-ын эмнэлэг, сум дундын эмнэлгийн статистикч бага эмч нь өрх, сум (тосгон)-ын үзлэгийн эмч нараас хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдлыг "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас АМ-5", хорт хавдрын шалтгаант нас баралтыг "Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ АМ-7" мэдээг өдөр бүр авна.

2. Мэдээг долоо хоног, сараар нэгтгэн нэгтгэлийг сар бүрийн сүүлийн өдрөөр тасалбар болгон аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн хавдрын тасаг, нэгжийн хавдар бүртгэгчид дараа сарын 1-нд цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

Аймгийн эрүүл мэндийн газар, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн түвшинд

1. Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын статистик мэдээллийн алба, нэгж нь хавдар бүртгэгчээс хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдол, хорт хавдрын шалтгаант нас баралтын тохиолдлын тоон мэдээг авч дараа сарын 4-ны дотор ЗГХА-ЭМГазрын СМХэлтэст цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

2. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн хавдрын тасгийн хавдар бүртгэгч нь аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, хувийн эмнэлэг, лабораториос улирал бүрийн сүүлийн сарын сүүлийн өдрөөр тасалбар болгон дараа улирлын эхний сарын 2-ны дотор "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас АМ-5" "Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ АМ-7" -г цаасан болон цахим хэлбэрээр мэдээллийг хүлээж авна.

3. "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас АМ-5", "Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ АМ-7" маягтын өгөгдлийг ЭМЯ-наас зөвшөөрөгдсөн программд хавдар бүртгэгч шивж мэдээний санд мэдээллийн давхардлыг шалган, мэдээний санг үүсгэнэ.

4. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн хавдрын тасгийн хавдар бүртгэгч хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдол, хорт хавдрын шалтгаант нас баралтын цаасан болон цахим мэдээний санг улирлаар нэгтгэн дараа улирлын эхний сарын 10-ны дотор цахим хэлбэрээр, 20-ны дотор цаасан хэлбэрээр ХСҮТ-Хавдрын үндэсний бүртгэлд хүргүүлнэ.

5. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн хавдрын тасгийн хавдар бүртгэгч хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдол, хорт хавдрын шалтгаант нас баралтын жилийн тайлан (Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-303)-г дараа жилийн 1-р сарын 15-ны дотор ХСҮТ-Хавдрын үндэсний бүртгэлд цахим болон цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

Төв эмнэлэг, Тусгай мэргэжлийн төвүүд, хувийн эмнэлэг болон бусад эмнэлэг

1. Мэдээллийн мэргэжилтэн, статистикч нь үзлэгийн кабинет, эмчилгээ, оношлогооны эмч нараас хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдлыг "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас АМ-5",

хорт хавдрын шалтгаант нас баралтыг “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ АМ-7” маягтаар өдөр бүр хүлээн авна.

2. Сарын мэдээг өссөн дүнгээр улиралд нэгтгэн улирлын сүүлийн өдрөөр тасалбар болгон дараа улирлын эхний сарын 5-ны дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр ХСҮТ-Хавдрын үндэсний бүртгэлд хүргүүлнэ.

Үндэсний түвшинд

1. ХСҮТ-Хавдрын үндэсний бүртгэл нь мэдээний эх сурвалж байгууллагуудаас “Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас АМ-5 ” хорт хавдрын шалтгаант нас баралтыг “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ АМ-7” маягтын цахим баазыг дараа улирлын эхний сарын 10-ны дотор, цаасан хэлбэрээр 20 ны дотор хүлээн авна.

2. ХСҮТ-ийн амбулатори, стационари хариуцсан статистикч их эмч нь үзлэгийн кабинет, эмчилгээ, оношлогооны эмч нараас хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдлыг “Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас АМ-5” хорт хавдрын шалтгаант нас баралтыг “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ АМ-7” маягтаар өдөр бүр хүлээн авч сар, улирлаар нэгтгэн улирлын сүүлийн сарын 30-д ХСҮТ-Хавдрын үндэсний бүртгэлд цахим болон цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3. ХСҮТ-Хавдрын үндэсний бүртгэл нь хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдол, хорт хавдрын шалтгаант нас баралтын мэдээний санг үндэсний түвшинд нэгтгэн, боловсруулалт, дүн шинжилгээ хийн ЗГХА-ЭМГазрын ЭМСХэлтэст улирал тутмын дараа сарын 20-ны дотор цахим хэлбэрээр мэдээлнэ.

4. ХСҮТ-Хавдрын үндэсний бүртгэл нь хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдол, хорт хавдрын шалтгаант нас баралтын жилийн тайланг (Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-303) нэгтгэн жил бүрийн 2-р сарын 15-ны дотор ЗГХА-ЭМГазрын ЭМСХэлтэст цахим болон цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.

<u>Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас АМ-5 хөтлөх зааварчилгаа</u>

Асуумж	Аргачлал-Тодорхойлолт - Жишээ
I. Хувь хүний тухай мэдээлэл	
Дугаар 1-3: Өвчтний ургийн овог, эцэг эхийн нэр, нэр	Иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээг үндэслэн тод гаргацтай, татлахгүйгээр үнэн зөв бичнэ
Дугаар 4: Өвчтний регистрийн дугаар	Иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ. Анхаарах зүйл: РД гэсэн 10 нүд бүхий хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсгийг том үсгээр дармалаар, сүүлийн 8 нүдэнд цифрийг нүд тус бүрт гаргацтай тод бичнэ. Жишээ нь:

	А Ю 7 8 1 2 2 9 1 3
Дугаар 5: Өвчтөний нас	Нас гэсэн 3 нүд бүхийн хүснэгтэд насыг бичихдээ төрсөн он сарыг үндэслэн насыг тооцоолж эхний нүдэнд зуутын орон, дунд нүдэнд аравтын орон, сүүлийн нүдэнд нэгжийн орон байхаар тохируулж бичнэ. Жишээ нь: насыг тооцоход 3 настай гэж гарсан бол 0 0 3 гэж бичнэ. Хэрэв сар болон хоногтой бол нэгжийн оронг 0 болгож хүснэгтийн гадна тоог тавиад сар, хоног аль нь болохыг бичнэ. Анхаарах зүйл: Өвчтөний насыг мэдэх боломжгүй, нотлох бичиг баримт огт байхгүй бол - хорт хавдрын онош тавигдсан он сар өдрөөр тооцоолно.
Дугаар 6: Хүйс	Эрэгтэй- 1, Эмэгтэй бол 2-ийг дугуйлна
Дугаар 7: Боловсрол	Боловсрол бага -1 /дунд сургуулийн 1- 4-р ангийг төгссөн / Боловсрол дунд-2 /дунд сургуулийн 5-11-р ангийг төгссөн/ Боловсрол мэрэгжлийн-3 /Мэргэжлийн болон техникийн коллеж төгссөн/ Боловсрол дээд-4 /Их дээд сургууль төгссөн/ Боловсролгүй -5 /ямар нэгэн сургууль төгсөөгүй буюу сургуульд ороогүйг хамааруулна/
Дугаар 8: Төрсөн он, сар, өдөр	Асуултанд харгалзах 8 нүд бүхий хүснэгтэнд эхний 2 нүдэнд өдөр, дараагийн 2 нүдэнд сар, сүүлийн 4 нүдэнд оныг бүтнээр бичнэ. Төрсөн он сар өдрийг бичихдээ өвчтөний иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээг үндэслэн бичнэ. Жишээ: 1961 он 09 сар 17 1 7 0 9 1 9 6 1 Анхаарах зүйл: Төрсний гэрчилгээ аваагүй бол төрөлтийн түүхэн дэхь төрсөн он сар өдрийг бичнэ. Төрсөн он сарыг мэдэх боломжгүй тохиолдолд оныг мэдэж

	байвал сар өдрийг 01 сарын 01-ээр авна.
Дугаар 9: Ажлын газар	Өвчтөний хорт хавдрын онош батлагдах үед хийж гүйцэтгэж байгаа ажлын газрыг бичнэ. Харгалзах 2 нүдэнд ажлын газрын кодыг ЭМСайдын 34-р тушаалаар батлагдсан маягт бүртгэлийн эмхтгэл номын Хүснэгт №3-ийг ашиглана. Жишээ: Боловсролын салбарт ажилладаг бол [1][6] гэж бичнэ. Анхааруулга: Ажлын газаргүй буюу аль нэг кодод ороогүй ажлын газар бол 22-ыг сонгоно.
Дугаар 10: Албан тушаал	Хорт хавдрын онош тавигдах үеийн албан тушаалыг бичнэ. Харгалзах 2 нүдэнд албан тушаалын кодыг доорхи жагсаалтыг ашиглан бичнэ. Ажилчин-1 Албан хаагч-2 Малчин-3 Тэтгэвэрт-4 Оюутан-5 0-15 насны хүүхэд-6 Групп болон бусад-7 Ажилгүй-8 Жишээ: Их эмч бол албан тушаалыг албан хаагчаар авна. [0][2] гэж кодлон бичнэ
Дугаар 11: Мэргэжил	Өвчний амьдралынхаа ихэнх хугацаанд ажиллаж өнгөрүүлсэн болон тухайн мэргэжилээр нарийвчлан сурч ажилласан мэргэжлийг бичнэ. Харгалзах 2 нүдэнд доорхи кодуудаас сонгон бичнэ. ЭМСайдын 34-р тушаалаар батлагдсан маягт бүртгэлийн эмхтгэл номын Хүснэгт №4-ийг ашиглана.

	Жишээ: мэргэжил багш бол 0 4 гэж бичнэ.
Дугаар 12: Гэрлэлтийн байдал	Гэрлэсэн бол-1, Гэрлээгүй бол -2, тодорхойгүй бол – 3-ийн аль тохирохыг сонгон дугуйлна.
Дугаар 13: Одоогийн оршин суугаа хаяг Холбогдох утас:	Өвчтөний иргэний үнэмлэхийг үндэслэн аймаг, хот, сум, дүүрэг, хороо, хаалганы дугаар зэргийг гаргацтай тод бичнэ. Харгалзах 6 нүд бүхий хүснэгтэнд ЭМСайдын 34-р тушаалаар батлагдсан маягт бүртгэлийн эмхэтгэл номын Монгол улсын засаг, захиргаа, нутаг дэвсгэрийн нэгжийн ангилал Хүснэгт №1-ийг ашиглан кодыг сонгон эхний 2 нүдэнд аймаг, хотын, дунд 2 нүдэнд сум, дүүргийн, сүүлийн 2 нүдэнд баг, хорооны кодыг бичнэ. Жишээ: Хөвсгөл аймгийн рашаант сум 1-р хороо гэсэн бол 1 7 1 1 0 1 гэж бичнэ. Холбогдох утас: өвчтөнтэй холбоо барих ар гэрийнхэний, өвчтөний өөрийн утасны дугаарыг нэг бүрчлэн бичнэ.
Дугаар 14: Хорт хавдар оношилсон Эрүүл Мэндийн Байгууллага	Хорт хавдрыг оношилсон Эрүүл Мэндийн Байгууллагыг сонгон дугуйлна.
II. Хорт хавдрын мэдээлэл	
Дугаар 15: Хавдрыг оношилсон огноо	Хавдрыг оношлосон шинжилгээ ба бусад үндэслэлийн дагуу хавдрын онош батлагдсан хамгийн эхний он, сар, өдрийг тооцон тавина.
Дугаар 16 : Өвчтөний одоогийн байдал	Хорт хавдар оношлогдох үед тухайн хүний байдал Амьд-1, Нас барсан-2, Тодорхойгүй-3 –ийн аль тохирохыг сонгон дугуйлна. Нас барсан огноог нас баралтын гэрчилгээг үндэслэн бичнэ.
Дугаар 17 : Анхдагч хавдрын	Хүний биеийн эрхтэн системийн аль хэсэгт хавдар байрлаж байгааг тодорхой заасан

байрлалын онош	оношыг дэлгэрэнгүй бичнэ. Өөрөөр хэлбэл Өвчний олон улсын ангилал - Хавдар судлалыг ашиглан анхдагч хавдрын байрлалын оношийг бичмэлээр тавина.
Дугаар 18: Олон улсын өвчний ангилал-хавдар судлал-3	Олон улсын өвчиний ангилал-хавдар судлал-3 тавина. Жишээ: Ходоодны их биеийн хэсгийг хамарсан хорт хавдар С16.3 гэж кодлоно. Өвчний олон улсын ангилал - Хавдар судлал цусны хорт хавдрын / лейкеми/ С42 С 1 6 . 3
Дугаар 19: Морфологийн онош	Эд, эсийн шинжилгээний дүгнэлтээс хавдрын эсийн төрөл, төлөв байдлыг дэлгэрэнгүй бичнэ
Дугаар 19.1: Хавдрын төлөв	Эд, эсийн шинжилгээний дүгнэлтээс хавдрын эсийн төлөв байдлыг үндэслэн аль тохирохыг дугуйлна.
Дугаар 19.2: Эсийн ялгарал	Эд, эсийн шинжилгээний дүгнэлтээс хавдрын эсийн ялгаралыг сонгон тохирохыг дугуйлна.
Дугаар 19.3: Лимфома, лейкемийн эсийн ялгарал	Цусны хавдруудын үед эсийн шинжилгээний дүгнэлтийг үндэслэн аль тохирохыг дугуйлна.
Дугаар 20. Хавдрын бүтэц зүйн оношийн код	**М** үсгээр эхэлсэн 8 нүд бүхий хүснэгтэнд Олон улсын өвчний ангилал-хавдар судлал-3 номыг ашиглан хавдрын бүтэц зүйн оношыг кодоор бичнэ. Эхний нүдэнд **М** үсэг, дараагийн 4 нүдэнд хавдрын эсийн төрөл, 6 дах нүдэнд ташуу зураас, 7 дахь нүдэнд хавдрын эсийн төлөв, 8 дах нүдэнд хавдрын эсийн ялгаралын кодуудыг бичнэ. Жишээ нь: Аденокарцинома- хортой, бага ялгаралтай бол **М** 8 1 4 0 / 3 3
Дугаар 21. Анхдагч олон байрлалын хавдар мөн эсэх	Анхдагч ганц байрлалын хавдар -1 Анхдагч олон байрлалын хавдрын нэг тохиолдол-2 Тодорхойгүй -3

Дугаар 21.1 Хос эрхтний хавдар мөн эсэх:	Баруун -1 Зүүн -2 Нэг талыг хамарсан боловч ялгаж тусгаагүй -3 Хоёр талыг хамарсан - 4 Хос эрхтэн бус -5
Дугаар 22. Хавдрыг оношлосон шинжилгээ ба үндэслэл	Бичил харуурын болон бичил харуурын бус хүснэгтээс аль тохирохыг дугуйлна
Дугаар 23. Оношлогдох үеийн хавдрын үе шат /Олон улсын TNM ангилалыг баримтлан тавина/	**Т- нь анхдагч хавдрын хэмжээ /тархалт/** Т-is Байран өмөн То- Анхдагч хавдар тодорхойлогдохгүй Т1,Т2,Т3,Т4-Анхдагч хавдрын тархалтыг тодорхойлно **N- Хавдар орчмын тунгалгийн булчирхай** No- Тунгалагийн булчирхайг гэмтээсэн шинж тэмдэггүй. N1,N2, N3- Тунгалагийн булчирхайг хир зэрэг гэмтээснийг илэрхийлнэ. Nx- Тунгалагийн булчирхай гэмтсэнийг тогтоох боломжгүй. **М- Эрхтэнд үсэрхийлэлтэй эсэхийг харуулна** Мо- Алсын эрхтэнд үсэрхийлэлийн шинж тэмдэггүй. М1- Алсын эрхтэнд үсэрхийлэлтэй. Мх- Алсын эрхтэнд үсэрхийлэл байгаа эсэхийг тогтоох боломжгүй
Дугаар 24. Хавдрын эмнэл зүйн үе шат	I, II, III, IV Ромбо тоог ашиглан хавдрыг эмнэл зүйгээр нь үе шатаар ангилна.
Дугаар 25. Хийгдсэн эмчилгээ	Хавдрын онош батлагдсан үеэс эхлэн эхний курс эмчилгээний төлөвлөгөө болон хийсэн эмчилгээг эмчилгээний хүснэгтээс аль тохирохыг сонгон харгалзах тоог дугуйлна.

Дугаар 26-26.1. Хийгдсэн мэс заслын нэр, мэс засал хийсэн эмнэлэг, эмч	Мэс заслын нэрийг дэлгэрэнгүй гаргацтай тод бичнэ. Мэс заслын үйлдлийн кодыг ICD-9-CM- Үйлдлийн Олон Улсын ангилал 9 - III ботийг ашиглана.
III. Мэдээний эх сурвалж: /Хорт хавдрын шинэ тохиолдол нь шүүх эмнэлэг, эмгэг судлалын шинжилгээгээр батлагдсан тохиолдолд мөн бөглөнө/	
Дугаар 27-27.1-4.Мэдээлсэн байгууллагын нэр, мэдээлэгдсэн баримтын дугаар, шинжилгээний дүгнэлт	Хорт хавдрыг оношилсон лаборатори, эмгэг судлалын төв, шүүх эмнэлгээс мэдээлэгдэж байгаа тохиолдол байгууллагын нэр, баримтын дугаар, шинжилгээний дүгнэлтийг дэлгэрэнгүй бичиж АМ-5 маягтын <u>I. Хувь хүний мэдээллийн</u> хэсгийг заавал бөглөнө. Хорт хавдрыг мэдээлж байгаа бусад эрүүл мэндийн байгууллагууд байгууллагынхаа нэрийг бичмэлээр бичин эрүүл мэндийн сайдын 34 тоот тушаалд заагдсан кодыг нүдэнд бичнэ. Жишээ нь: ХСҮТ мэдээлэгдсэн бол: 20- Улаанбаатар хот (2 0 0 2 1 1) 02- Баянзүрх дүүрэг 11- ХСҮТ
Дугаар 28. Бусад эх сурвалж	Эмнэлгийн бус мэдээний эх сурвалж байгууллагуудаас мэдээлэгдэх тохиолдолд тухай оныг тавин 99 тоогоор кодлоно
Дугаар 29. Мэдээлсэн эмчийн нэр	Тухайн хорт хавдрын өвчлөлийн шинэ тохиолдлыг мэдээлсэн их эмч
Дугаар 30. Хүлээн авсан бүртгэлийн ажилтан	Аймаг, дүүргийн хавдрын бүртгэлийн ажилтан уг маягтыг хүлээн аваад бүрэн хөтлөгдсөн эсэхийг шалгаж мэдээлэл бүрэн болсон тохиолдолд мэдээлнэ

***Эрүүл мэндийн маягт АМ-6-* Халдварт бус өвчлөлийг бүртгэх хуудас /зөвхөн цахимаар бүртгэнэ./**

Халдварт бус өвчлөлийг бүртгэх хуудас бичих үндсэн материал нь “Эмчийн үзлэгийн бүртгэлийн маягт АМ-1 А, Б болно. Энэхүү бүртгэлийн маягтаас хүн амын халдварт бус

өвчлөлийн тайлан гарна. Үзлэгийн эмч өвчлөл бүртгэсэн тохиолдол бүрт уг хуудсыг бичиж хөтлөх ба бичихгүй тохиолдол нь:

1. Онош бүрэн тогтоогдоогүй
2. Халдварт өвчин (Халдварт өвчнийг мэдээлэх хуудас-АМ-2)
3. Хуучин өвчлөлийг тухайн онд анх эмнэлэгт хандсан тохиолдолд бүртгээд тухайн өвчнөөр давтан ирсэн тохиолдолд

Тухайн маягтыг үнэн зөв хөтөлсөн эсэхэд статистикч их, бага эмч нар хяналт тавьж программд шивж оруулна. /Health-info 3.0/

Осол гэмтлийн өвчлөл бүртгэгдсэн тохиолдолд шалтгааныг заавал тодорхойлж V01-Y98 аль нь болохыг тогтоож шифрлэнэ.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-7- Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ хөтлөх заавар

Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээг нас барсан хэлбэр, хаана нас барсныг харгалзахгүйгээр үйлчлэх нутаг дэвсгэрт нас барсан бүх тохиолдолд бичнэ. Гэрчилгээг иргэний бүртгэл мэдээллийн төвд бүртгүүлэхээр 2 хувь бичиж 1 хувийг нас барагчийн ар гэр, төрөл төрөгсдөд олгож, нөгөө хувийг нь эмнэлгийн статистик мэдээллийн тасагт хүлээлгэн өгнө. Статистик мэдээллийн тасагт статистикч их эмч бичлэг, кодлолтын үнэн зөвийг шалгаж, комьпютерт шивнэ. Комьпютерт шивсэн энэхүү анхан шатны бүртгэлийн маягтаас хүн амын нас баралтын тайлан насны ангилал, нас баралтын хэлбэрээр, нас барсан газраар гаргана. Гэрчилгээг заавал их эмч хөтөлнө. Багийн бага эмчийн салбарт гэрчилгээг бага эмч бичиж нас баралтын шалтгааныг заавал сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмчээр хянуулна. Нас баралтын үндсэн шалтгааныг тогтоохдоо нас барагчийг урьд нь эмчилж байсан эмнэлэг, өрхийн эмчийн хяналтыг үндэслэж эсвэл задлан шинжилгээ хийсний үндсэн дээр бичнэ. Аймаг хотын болон сумын эрүүл мэндийн төвд хэвтэж эмчлэгдэж байгаад нас барагсад гадны шалтгаанаар нас барсан байж болох сэжигтэй бүх тохиолдолд заавал задлан шинжилгээ хийсний үндсэн дээр уг гэрчилгээг бичнэ. Гадны шалтгаант нас баралтын үндсэн оношийг ӨОУА 10-ын XX бүлгээр кодлоно. Гэрчилгээг бөглөхдөө асуултын дагуух харалдаа хэсэгт байгаа шифрийг чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Эмчийн зурж тэмдэглэсэн шифрийг шууд комьпютерт оруулж шивнэ.

Хорт хавдар болон ХДХВ/ДОХ-ын шалтгаанаар нас барсан тохиолдолд оношилогдсноос хойш амьдарсан хугацааг жил, сар, хоногоор тооцож бичнэ.

Нас баралтын шалтгаан

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллаас нас баралтын гэрчилгээнд бичигдэх нас баралтын шалтгааныг дараах байдлаар тодорхойлсон. Үүнд:

“үхэлд хүргэсэн эсвэл үхэлд хүрэхэд нь дэмжлэг үзүүлсэн бүх л өвчин, эмгэг, гэмтэл ба энэ гэмтлийг бий болгосон ослын нөхцөл байдал, хүчирхийллийг бүгдийг оруулна” гэж заасан. Энэ тодорхойлолтын зорилго нь холбогдох бүх мэдээллийг нь тайланд оруулах явдал бөгөөд гэрчилгээ олгож байгаа эмч зарим шалтгааныг нь хасах эсвэл сонголт хийх ёсгүй. Зүрхний эсвэл амьсгалын дутагдал гэх мэтээр нас баралтын шалтгааныг тодорхойлохгүй.

Нас баралтын үндсэн шалтгааныг тэмдэглэх

Нас баралтын гол шалтгааныг дараах байдлаар тодорхойлдог. Үүнд:

“а) нас баралтад хүргэсэн эмгэг нөхцөл байдлыг үүсгэсэн өвчин эсвэл гэмтэл, эсвэл б) маш хүнд үхлийн гэмтэл үүсгэсэн осол эсвэл хүчирхийллийн нөхцөл байдал” гэж тодорхойлсон.

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын чуулганаас дээрх зарчмуудыг улс орнуудад хэрэглэхийг зөвлөсөн. Эмч, эмнэлгийн ажилтны үүрэг бол нас барсан тухай гэрчилгээ бичихдээ үхэлд шууд хүргэсэн эмгэг нөхцөл байдал ба энэ шалтгааныг үүсэхэд нь нөлөөлсөн өмнөх нөхцөл байдлуудыг нь оруулах явдал юм.

Нас барсан тухай гэрчилгээ нь 2 ба түүнээс олон шалтгаан бичигдсэн тохиолдолд гол шалтгааныг нь сонгох үйл явцад дэмжлэг үзүүлэх зорилготойгоор загварчлагдсан. Энэ гэрчилгээний 1-р хэсэг нь үхэлд шууд хүргэсэн эмгэг нөхцөл байдлуудыг, 2-р хэсэг нь шууд холбоогүй боловч дэмжлэг үзүүлсэн нөхцлүүдийг харуулна.

Зарим тохиолдолд ӨОУА нь хүснэгтэн мэдээлэлд бичигдэх гол шалтгааныг илэрхийлэхдээ урьдал шалтгааныг хавсруулах боломжийг олгодог. Жишээ нь нийлмэл тохиолдлыг илэрхийлэх эсвэл гэрчилгээнд бичигдсэнээс өөр илүү чухал ач холбогдолтой тархвар зүйн шалтгаан байж болно.

Тийм учраас дараагийн алхам бол дээрх тохиолдолд дараах дүрмүүдийг баримтлана.

Урьдал шалтгаан нь осол гэмтэл эсвэл 19-р бүлэгт ангилагдсан гадаад шалтгаан байвал тухайн байдлыг үүсгэсэн нөхцлийг хүснэгтэн мэдээлэлд бичиж оруулах нас баралтын гол шалтгаан гэж үзэн V01-Y89 хүртэлх кодоос сонгон кодлоно. Тухайн гэмтэл эсвэл гадаад шалтгааны кодыг нэмэлтээр авч болно.

Дүрэм А
Зөнөгрөл ба бусад тодорхойгүй нөхцөл байдал

Сонгосон шалтгаан нь тодорхойгүй нөхцөл байдал байх ба гэрчилгээнд өөр төрлийн ангилагдсан шалтгаан бүртгэгдсэн байвал нас баралтын шалтгааныг дахин сонгоно. Дахин сонголт хийхдээ тодорхойгүй нөхцөл байдал нь кодлоход нөлөө үзүүлэхгүй л бол түүнийг гэрчилгээнд бичигдээгүй байсан мэтээр үзнэ.

Дараах нөхцөл байдлуудыг тодорхойгүй гэж үзнэ. Үүнд: I46.9 буюу тодорхойгүй шалтгаанаар зүрх зогсох, I95.9 буюу шалтгаан нь тодорхойгүй даралт багасах, I99 буюу цусны эргэлтийн тогтолцооны бусад ба тодорхойгүй эмгэг, J96.0 буюу амьсгалын цочмог дутмагшил, J96.9 буюу шалтгаан нь тодорхойгүй амьсгалын дутмагшил, P28.5 буюу нярайн амьсгалын дутмагшил, R00-R94 ба R96-R99 буюу өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд орно. R95 буюу нярай гэнэт эндэх хамшинжийг эмгэг гэж тодорхойлсон нөхцөл байдалд хамааруулж үзэхгүй.

Дүрэм В
Ач холбогдол багатай нөхцөл байдал

Нас баралтын шалтгаан гэж сонгосон нөхцөл байдал нь тиймч ач холбогдолтой бус харин түүнээс илүү хэмжээгээр үхэлд нөлөөлсөн нөхцөл байдал гэрчилгээнд бичигдсэн бол сонголтыг дахин хийнэ. Дахин сонголт хийхдээ ач холбогдол багатай нөхцөл байдал нь гэрчилгээнд тэмдэглэгдээгүй байсан мэтээр үзнэ. Хэрэв үхэл нь ач холбогдол багатай нөхцөл

байдлыг эмчлэх эмчилгээний сөрөг үр дагавраас шалтгаалсан байвал үр дагаврыг нь шалтгаан гэж үзнэ

Дүрэм С
Холбоос

Нас баралтын сонгосон шалтгаан нь гэрчилгээнд бичигдсэн нэг ба олон нөхцөл байдалтай холбогдож байвал хооронд нь холбож кодлоно. Холбож кодлохдоо өөр нөхцөл байдлаас шалтгаалан үүссэн нэг л нөхцөл байдлыг авч үзэх бөгөөд учир шалтгааны холбоосыг зөв олсон байх хэрэгтэй. Холбоос хийхэд зөрчилтэй асуудал гарч ирвэл анхны сонгосон шалтгааныг гэрчилгээнд бичигдээгүй байсан мэтээр үзэж, сонголтыг хийнэ. Боломжтой бол нэгээс олон холбоос хийж болно.

Дүрэм D
Өвөрмөц байдал

Нас баралтын шалтгаан гэж сонгосон нөхцөл нь ерөнхий нэр томъёогоор илэрхийлэгдсэн бөгөөд гэрчилгээнд энэ нөхцөл байдлыг илүү нарийн тодорхойлсон нэр томъёо бичигдсэн байвал илүү мэдээлэл өгөх нэр томъёог нь сонгож авна. Ерөнхий нэр томъёо нь тэмдэг нэр байх тохиолдолд энэ дүрмийг ихэвчлэн хэрэглэдэг.
Дүрэм Е
Өвчний эрт ба төгсгөлийн шат

Нас баралтын сонгосон шалтгаан нь өвчний эрт үеийг илэрхийлж байгаад гэрчилгээнд түүнээс дараа үе шатны тухай нэр томъёо бичигдсэн байвал хамгийн сүүлийн үе шатаар нь шалтгааныг сонгож авна. Ямар нэгэн өвөрмөц заавар өгөөгүй тохиолдолд “цочмог” хэлбэрээс болсон “архаг” нөхцөл байдлыг шалтгаан гэж сонгож авахгүй.

Дүрэм F
Үр дагаврын категорууд

Нас баралтын шалтгаан гэж сонгосон шалтгаан нь ямар нэгэн өвчний үр дагаврын категорийн эхний нөхцөл байдал байгаад үхэл нь энэ үр дагаврын категоруудад байгаа бусад нөхцөл байдлаас улбаалсан бол үр дагаврын категорийн дугаараар кодлоно.

Дараах категорууд нь үр дагаврын категорууд юм: B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89

Эрүүл мэндийн маягт АМ-8- Эмнэлгийн магадлагаа бүртгэлийн маягтыг хөтлөх заавар

Эмнэлгийн магадлагаа маягтыг амбулаторийн эмчлэгч эмч олгоно. Тогтмол хаяг, ажлын газар, албан тушаал, мэргэжлийг загвар маягтын дагуу бичиж тэмдэглэнэ. Эмчлэгч эмч магадлагаа олгох болсон шалтгааныг тодруулж /өвчтэй байсан, өвчтөн асрамжилсан, хөл хоригдсон, хичээлээс биеийн эрүүл мэндийн байдлаас чөлөөлөгдөх/ магадлагааг ерөнхий эмчээр баталгаажуулж олгоно. Сунгалтыг 3 өдрөөр 3 удаа олгох ба энэ тохиолдолд эмчлэгч эмч тэмдэг, гарын үсгээр баталгаажуулна.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-9А, 9Б- Эмийн жорын бүртгэлийн маягтыг хөтлөх заавар

Эмийн жорыг Монгол улсын Стандартчилал, Хэмжил зүйн үндсэний төвөөс баталсан “Эмийн жорын маягт, жор бичилт” MNS 5376;2004 стандартанд заасны дагуу бичнэ.
Үүнд:

1. Энгийн эмийн жор 100*160мм хэмжээтэй хэвлэмэл маягт дээр бичнэ.
2. Мансууруулах эмийн жорын хэвлэмэл маягтыг нэгдсэн дугаартайгаар хэвлэж, төрийн захиргааны холбогдох төв байгууллага тэмдэг дарж баталгаажуулсан байна.
3. Мансууруулах эмийн жорын маягтыг жор бичих дүрмийг баримтална.

Өвчтөн илгээх хуудас эрүүл мэндийн маягт АМ-13 А

13А- маягтыг өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмч дараагийн шатлалд шилжүүлэх шаардлагатай хүмүүст олгоно.
Ажлын газар, албан тушаал, мэргэжлийг шифрлэхдээ салбарын үндсэн ангилалын дагуу шифрлэнэ.
Дараагийн шатлалд эмнэлэгт явуулж буй үндэслэлд онош тодруулах болон эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай эсэхээ тэмдэглэж, анхдагч шатлалд хийгдсэн эмчилгээ, шинжилгээг амбулаторийн маягтанд дэлгэрэнгүй бичнэ.

13Б-маягтыг эмчлүүлсэн газраас эмнэлэгээс өвчтөн илгээх тохиолдолд олгоно. Хийлгэсэн эмчилгээ, шинжилгээг амбулаторийн маягтанд хавсаргаж явуулна. Бүртгэлийн код нь Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13А маягтын бүртгэлийн кодтой адил байна.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-14- Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн бүртгэлийг хөтлөх заавар

Уг маягтыг өрхийн болон эмэгтэйчүүдийн хяналтын эмч жирэмсэн эмэгтэйд хөтөлнө. Жирэмсэн эмэгтэй хяналтанд орсон өдрөөс эхлэн жирэмслэлт төгсөж тайланд тусгагдсаны дараа хаагдаж, архивлагдана. АМ-14 маягтыг үндэслэн ЭМТ101.8-10 тайлан гарна.

Жирэмсний хугацаа гэсэн хэсэгт хэрэв шилжиж ирсэн бол тухайн өрхийн эмчийн хяналтанд орох үеийн анхны жирэмсний хугацааг тавина.

Сүүлийн биений юмны хугацаагаар төрөх хугацааг тооцож тавина. Өмнөх төрөлтийн тухай мэдээлэл болон хяналтаас гарсан тухай мэдээллийг эх хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр ӨЭ-1 маягтан дээр байгаа мэдээллээр бүртгэнэ.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-15- Жирэмсэн эмэгтэйн хяналтын хөтөч маягтыг *хяналтын эмч болон эх баригч бага эмч хөтлөнө.*
Эрүүл мэндийн маягт АМ-16- Солилцох хуудас бүртгэлийг маягтыг хөтлөх заавар

Өрхийн эмч, эмэгтэйчүүдийн хяналтын эмч жирэмсний 33-34 долоо хоног тээсэн жирэмсэн эхэд олгоно. Солилцох хуудсанд байгаа жирэмслэлттэй холбоотой мэдээллийг эх хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр ӨЭ-1 маягтаас хуулж авах ба тус маягттай хавсаргаж явуулна.

Уг маягтын А хэсэгт эхийн тухай тодорхой хариулж бичээд, А хэсгийн ар талд шинжилгээний хариу гэсэн хэсэгт жирэмсэн эмэгтэй хяналтанд байх хугацаанд хийсэн шинжилгээ болон биед гарсан өөрчлөлт эмгэгийг бичиж тэмдэглэнэ.

Маягтын Б хэсэгт төрөх тасагт хийгдсэн бүх зүйлийг асуултын дагуу хариулж бичээд төрсөн эхэд өгч гаргах ба өрхийн эмч (хяналтын) хүлээн авч төрсний дараах амралтыг тооцож, уг эмэгтэйн цаашдын жирэмслэлтийг төлөвлөн картанд хавсарган хадгална.

Жирэмсэн эх, солилцох хуудасны А хэсгийг төрөх үедээ харъяаллын төрөх газар авч ирнэ.

Эмнэлгийн ажилтан, жирэмсэн эхийг төрөхөөр ирэх үед солилцох хуудасны А хэсгийг төрөлтийн түүхэнд нааж хавсаргах ба эхийг төрөөд гарах үед маягтын А хэсэг төрөлтийн түүхэнд үлдэнэ.

Маягтын Б хэсэгт төрөх тасагт хийгдсэн бүх зүйлийг асуултын дагуу хариулж бичээд төрсөн эхэд өгч гаргах ба өрхийн эмч (хяналтын) хүлээн авч төрсний дараах амралтыг тооцож, уг эмэгтэйн цаашдын жирэмслэлтийг төлөвлөн картанд хавсарган хадгална.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-17- Эхийн эндэгдэл, ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягтыг хөтлөх заавар

Эхийн эндэгдэл, ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт бөглөх зааварчилгаа

Асуумж	Аргачлал-Тодорхойлолт - Жишээ
Ерөнхий асуулга	Ерөнхий асуулгын зорилго нь эхийн талаарх ерөнхий мэдээллийг үнэн зөв, бодитой цуглуулахад оршино.
Асуулт 1-2: Эхийн нэр	Эхийн иргэний бүртгэлээс баталгаажсан иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээг үндэслэн овог, нэрийг тод гаргацтай, татлахгүй, үнэн, зөв бичнэ.
Асуулт 3: Регистрийн дугаар	Эхийн регистрийн дугаарыг бөглөхдөө өвчтний иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ. Регистрийн дугаар гэсэн 10 нүд бүхий хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсгийг том үсгээр, сүүлийн 8 нүдэнд цифрийг тус бүрт гаргацтай бичнэ. *Жишээ: Эхийн регистрийн дугаар* *А Н 8 6 0 2 2 4 6 5*
Асуулт 4: Байнгын оршин суудаг хаяг	Эхийн иргэний үнэмлэхийг үндэслэн аймаг/хот, сум/дүүрэг, баг/хороо зэргийг гаргацтай бичнэ.
	Эхийн эрүүл мэндийн асуулга
Асуулт 1: Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе	Жишээ: Эхийн *жирэмсэн,* төрөх, төрсний дараах үед эх хүндэрсэн эсвэл эндсэн эсэхийн аль болохыг сонгож дугуйлна. Эхийн хүндэрсэн болон эндсэн үеийг тодруулахдаа (жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах) 1, 44, 45-р асуултууд хоорондоо утгын уялдаатай бөглөгдөхийг анхаарна уу.
Асуулт 2: Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар	Эх хаана хүндэрсэн эсвэл эндсэн болохыг сонгоно. Сонгосон асуултад хариулагдахгүй бол 2.5-ыг дугуйлан, хүндэрсэн эсвэл эндсэн газрыг тодорхой бичнэ.
Асуулт 3: Эхийн нас	Нас гэсэн 2 нүд бүхий хүснэгтэд эхийн төрсөн он, сарыг үндэслэн насыг тооцоолж бүтэн насаар бичнэ. Жишээ: 21 настай эх бол Нас *21* гэж бичнэ.

Асуулт 4: Ам бүл	Ам бүлийн тоог эхийн жирэмсний хяналтын карт, өвчний түүх, төрөлтийн түүхийн паспортын хэсгээс харж үнэн зөв бөглөнө. Жишээ: 3 ам бүлтэй бол *3* гэж бичнэ.
Асуулт 5: Гэр бүлийн байдал	Маягтын кодыг ашиглан гэрлэлтийн байдлыг тэмдэглэнэ. Гэрлэсэн/тусдаа гэдэгт гэр бүлээ албан ёсоор цуцлуулаагүй тусдаа амьдарч байгаа хүмүүсийг оруулна. Гэр бүл болж хамтран амьдарч байгаа боловч иргэний бүртгэл мэдээллийн төвд бүртгүүлж гэр бүлээ батлуулаагүй хүмүүсийг хамтран амьдрагч гэж кодлоно. Тодорхойгүй гэх хариултыг эхийн ар гэрийн байдлын талаар мэдээлэл авах боломжгүй үед сонгоно.
Асуулт 6: Эхийн боловсрол	Боловсролын түвшинг асуултын кодыг ашиглан тэмдэглэнэ. Боловсролгүй гэдэгт эх ямар нэгэн сургууль төгсөөгүй буюу сургуульд ороогүйг хамааруулна. Тодорхойгүй гэдэг сонголтыг тухайн эхийн боловсролын талаар мэдээлэл авах боломжгүй үед хэрэглэнэ.
Асуулт 7: Нийгмийн байдал	Нийгмийн байдлыг сонгохдоо тохирох хариултын доогуур зурна, дээрх хариултын алинд нь ч орохгүй бол бусад гэсэн хариултын доогуур зурж, тодорхой бичнэ үү.
Асуулт 8: Эхийн эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа он, сар, өдөр, цаг, минут	Эхийн эмнэлэгт хэвтсэн хугацааг он, сар, өдөр, цаг, минутаар нь бичнэ. Үүнийг эхийн өвчний түүх, төрөлтийн түүхээс авч тэмдэглэнэ. *Жишээ: 2014 оны 1 сарын 5-ны 22 цаг 8 минут гэж бичнэ.*
Асуулт 9: Эхийн эмнэлэгт хэвтэх үеийн биеийн байдал	Эхийн эмнэлэгт хэвтэх үеийн биеийн байдалд тохирох хариултын доогуур зурна. Эмэгтэй нь эмч очиход эндсэн эсвэл биеийн байдлыг үнэлэх боломжгүй тохиолдол гарвал бусад гэсэн сонголтыг зурж, хариултыг тодорхой бичнэ.
Асуулт 10: Эмнэлэгт хэвтэх үеийн оношийг	Эмнэлэгт хэвтэх үеийн оношийг хүлээн авсан эмчийн урьдчилсан оношоор (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош) бичнэ. Оношийг гаргацтай бичих ба ӨОУА-10 гэдгийн ард оношийн кодыг бичиж өгнө.
Асуулт 11-13: Эхийн жин, өндөр, цусны даралт	Эхийг хүлээн авсан эмчийн анхны үзлэгийн биеийн жин, өндөр, цусны даралт, судасны цохилтын тоог бичиж тэмдэглэнэ.
Асуулт 14: Хийгдсэн шинжилгээ	Эмнэлэгт хэвтэх үед доорх шинжилгээ *хийгдсэн бол тийм-1, хийгдээгүй бол үгүй-2* гэсэн хариултыг дугуйлна. Дээрх шинжилгээнээс өөр шинжилгээ хийгдсэн байвал бусад гэсэн хэсэгт дэлгэрэнгүй бичиж тэмдэглэнэ.
Асуулт 15: Жирэмслэлтийн тоо	Жирэмслэлтийн тоог бөглөхдөө жирэмсний хяналтын хөтчөөс харж, одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулан нийт жирэмслэлтийн тоог бичнэ.
Асуулт 16: Өмнөх төрөлтийн тоо	Өмнөх төрөлтийн тоонд одоогийн жирэмсний төгсгөлийг оруулахгүйгээр нийт хэдэн удаа төрж байсан тоог бичнэ. Ихэр бол нэг төрөлтөнд тооцно. Жирэмсний хяналтын хөтчөөс харж тэмдэглэнэ.

Асуулт 17: Өмнөх жирэмслэлт хэдэн онд байсан бэ?	Энэ жирэмслэлтээс өмнө хэдэн онд жирэмсэлсэн болохыг бичнэ.
Асуулт 18: Өмнөх жирэмсний төгсгөл	Өмнөх жирэмсний төгсгөлийг сонгон дугуйлна.
Асуулт 19: Өмнөх жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараа болон үр хөндөлттэй холбоотой ямар нэгэн хүндрэл байсан уу?	Өмнөх жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах болон үр хөндөлттэй холбоотой ямар нэгэн *хүндрэл байсан бол тийм-1, байгаагүй бол үгүй-2* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 20: Жирэмсний хяналтанд орсон эсэх	Жирэмсний *хяналтанд орсон бол тийм-1, ороогүй бол үгүй-2* гэж тэмдэглэнэ. Түүнчлэн, жирэмсний хяналтанд орсон бол 21-р асуултанд хариулж, цааш үргэлжлүүлэн хариулах ба жирэмсний хяналтанд ороогүй бол 26-р асуулт руу шилжиж, хариулна.
Асуулт 21: Жирэмсний хяналтанд анх орсон хугацаа	Жирэмсний хяналтанд анх орсон хугацааг долоо хоногоор тооцож тэмдэглэнэ. *Жишээ: 8 долоо хоногтой хяналтанд орсон бол 8 гэж тэмдэглэнэ.*
Асуулт 22: Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн	Жирэмсний хяналтанд нийт хэдэн удаа үзүүлсэн тоог бичнэ. *Жишээ: 6 удаа хяналтандаа үзүүлсэн бол 6 гэж тэмдэглэнэ.*
Асуулт 23: Жирэмсний хяналтанд байсан газар	Жирэмсний хяналтанд байсан газрыг кодын дагуу сонгоно.
Асуулт 24: Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин	Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшинг кодын дагуу сонгоно.
Асуулт 25: Жирэмсэн үед жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үеийн тухай эрүүл мэндийн хичээл сургалтанд оролцсон эсэх	Жирэмсэн үед жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үеийн тухай эрүүл мэндийн хичээл сургалтанд *оролцсон бол тийм-1, оролцоогүй бол үгүй-2* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 26: Энэ жирэмсний үе дэх хавсарсан өвчин	Эхэд жирэмсэнтэй хавсарсан эрхтэн тогтолцооны эмгэг байвал тохирох хариултын кодыг сонгоно. Нэгээс олон хариулт сонгож болно. Эхэд тохиолдсон эрхтэн тогтолцооны эмгэг дээрх хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, эмгэгийн нэрийг тодорхой бичнэ. Мөн халдварт ба шимэгчит зарим өвчин гэсэн хариултыг сонгосон бол тодорхой бичнэ.
Асуулт 27: Одоогийн жирэмсний хүндрэл	Одоогийн жирэмсний явцад тохиолдсон хүндрэлийг тохирох хариултын кодоос сонгоно. Нэгээс олон хариулт сонгож болно. Эхэд тохиолдсон жирэмсний хүндрэл дээрх хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, хүндрэлийг тодорхой бичнэ.

Асуулт 28: Жирэмсэн үед тусламж үзүүлсэн газар	Эхэд жирэмсэн үед тусламж үзүүлсэн газрыг өгөгдсөн кодоос сонгож тэмдэглэнэ. Эхийн жирэмсний хугацаанаас үл харгалзан эх хүндэрч эмнэлэгт хэвтэн эмчлэгдэхэд түүний төрөх хугацаа болоогүй тохиолдолд 28-р асуулт дангаараа, төрсөн бол 29-р асуулт давхар бөглөгдөнө.
Асуулт 29: Эхэд төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар	Эхэд төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газрыг өгөгдсөн кодоос сонгож тэмдэглэнэ. Дээрх хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, тодорхой бичнэ.
Асуулт 30: Төрөлт удирдсан хүн	Эхийг төрөх үед төрөлтийг удирдаж төрүүлсэн хүнийг кодын дагуу сонгож тэмдэглэнэ.
Асуулт 31: Эхийн жирэмсний хугацаа (долоо хоногоор)	Эхийн биеийн байдал хүндрэх, нас барах үеийн жирэмсний хугацаа эсвэл төрөх, үр хөндүүлэх үеийн жирэмсний хугацааг долоо хоногоор бичнэ.
Асуулт 32: Одоогийн жирэмсний төгсгөл	Эхийн одоогийн жирэмсний төгсгөлийг өгөгдсөн кодоос сонгоно. Хэрэв эх төрөөгүй бол шалтгааныг дэлгэрэнгүй бичнэ.
Асуулт 33: Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн өдөр	Эхийн төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн эсэхийг доогуур нь зурж, он, сар, өдрийг бичнэ. Жишээ: Эх 2014 оны 3 сарын 16-нд төрсөн бол *Төрсөн*, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн: *2014 он 03 сар 16 өдөр* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 34: Төрөлтийн хэлбэр	Төрөлтийн хэлбэрийг хариултын дагуу кодлож тэмдэглэнэ.
Асуулт 35: Умай агшаах тариа хэрэглэсэн эсэх	Эхийг төрөх үед умай агшаах тариа *хэрэглэсэн бол тийм-1, хэрэглээгүй бол үгүй-2* гэж тэмдэглээд 37-р асуулт руу шилжинэ.
Асуулт 36: Төрөлтийн үед умай агшаах тариаг хэзээ хэрэглэсэн	Умай агшаах тариаг төрөлтийн хэд дүгээр үед хэрэглэснийг өгөгдсөн кодыг ашиглан тэмдэглэнэ. Олон хариулт сонгож болно.
Асуулт 37: Үр хөндөлтийн хэлбэр	Үр хөндөлтийн хэлбэрийг хариултын дагуу кодлож тэмдэглэнэ.
Асуулт 38: Мэс засал хийгдсэн эсэх	Эхэд *мэс засал хийгдсэн бол тийм-1, хийгдээгүй бол үгүй-2* кодыг сонгоно. Хэрэв эхэд мэс засал хийгдээгүй бол 41-р асуултаас эхлэн хариулна.
Асуулт 39: Мэс засал хийх болсон заалт	Эхэд мэс засал хийгдсэн бол мэс заслын заалтыг кодоос сонгож тэмдэглэнэ. Кодолсоноос бусад заалтаар эхэд мэс засал хийгдсэн байвал бусад гэсэн хариултыг сонгож, заалтыг дэлгэрэнгүй бичнэ.
Асуулт 40: Төрөх үеийн мэс ажилбар, мэс заслын тусламж	Эхийг төрөх үед мэс ажилбар, мэс засал хийгдсэн бол кодоос сонгож тэмдэглэнэ. Хэрэв жагсаалтанд байхгүй мэс ажилбар, мэс засал хийгдсэн бол бусад гэсэн кодыг сонгон хариултыг дэлгэрэнгүй бичнэ.
Асуулт 41: Эх цус алдсан эсэх	Эх *цус алдсан бол тийм-1, цус алдаагүй бол үгүй-2* кодыг сонгоно. Тийм хариултыг сонгосон бол 42, 43-р асуултыг бөглөнө. Үгүй хариултыг сонгосон бол 44-р асуулт руу шилжинэ.

Асуулт 42-43: Алдсан, юүлсэн цусны хэмжээ (мл-р)	Эх цус алдсан бол алдсан болон сэлбэсэн цусны хэмжээг мл-ээр бичнэ. Жишээ: 1800 мл цус алдсан, 1200 мл цус юүлсэн бол Алдсан цусны хэмжээ (мл-р): *1800 мл,* Юүлсэн цусны хэмжээ (мл-р): *1200 мл* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 44: Эхийн ноцтой хүндэрсэн, эндсэн үе	Эхийн ноцтой хүндэрсэн, эндсэн үеийн талаарх мэдээг код ашиглан хариулна. Хэрэв хариултад тохирохгүй бол бусад гэсэн хариултыг сонгож, тодорхой бичнэ.
Асуулт 45: Төрөх, төрсний дараах үеийн хүндрэл	Төрөх, төрсний дараах үеийн хүндрэл тохиолдвол хариултыг кодоос сонгож тэмдэглэнэ. Хэрэв жагсааснаас бусад хүндрэл тохиолдвол бусад гэсэн кодыг сонгож, хүндрэлийг нэрлэж бичнэ.
Асуулт 46: Цус алдалтын шалтгаан	Эхэд цус алдах хүндрэл тохиолдсон бол цус алдсан шалтгааныг тодруулах зорилгоор тохирох хариултын кодыг сонгоно. Хэрэв хариултад тохирохгүй бол бусад гэсэн хариултыг сонгож цус алдалтын шалтгааныг тодорхой бичнэ.
Асуулт 47: Халдвар	Эхэд халдварын хүндрэл тохиолдсон бол халдварын шалтгааныг тодруулах зорилгоор тохирох хариултын кодыг сонгоно. Хэрэв хариултад тохирохгүй бол бусад гэсэн хариултыг сонгож халдварын шалтгааныг тодорхой бичнэ.
Асуулт 48: Эх хүндэрсэн тохиолдолд ямар нэгэн эрхтэн системийн үйл ажиллагааны алдагдал байсан эсэх	Эхэд ямар нэгэн эрхтэн тогтолцооны үйл ажиллагааны алдагдал *байсан бол тийм-1, байгаагүй бол үгүй-2* гэсэн кодыг сонгоно. Тийм гэсэн хариулт сонгосон бол 49-р асуултаас эхлэн цааш хариулна. Үгүй гэж хариулсан бол 56-р асуултаас эхлэн хариулна.
Асуулт 49-55: Эрхтэн тогтолцооны үйл ажиллагааны алдагдал	Эхэд ямар нэгэн эрхтэн тогтолцооны үйл ажиллагааны алдагдал байсан бол хариултад тохирох кодыг сонгоно уу.
Асуулт 56: Клиникийн төгсгөлийн оношийг (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош)	Клиникийн төгсгөлийн оношийг (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош) дэлгэрэнгүй бичиж оруулахаас гадна ӨОУА-10-аар кодлож бичнэ.
Асуулт 57: Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан	Эх эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан тухай зохих хариултын доогуур зурна. Шилжсэн гэж зурсан бол 58-р асуултанд хариулна.
Асуулт 58: Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн	Тухайн эмнэлэгт хүндэрсэн эхийг дээд шатлалын эмнэлэг рүү шилжүүлсэн бол тийм-1, шилжүүлээгүй бол үгүй-2 гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 59: Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн эсвэл нас барсан бол хугацааг он, сар, өдөр, цаг, минутаар бичнэ	Эх 2013 оны 2 сарын 13-ны 14 цаг 20 минутад эмнэлгээс гарсан бол.... Эмнэлгээс *гарсан,* шилжсэн, нас барсан *2013 он 02 сар 13 өдөр 14 цаг 20 минут* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 60: Ор хоног	Эх эмнэлгээс гарах, шилжих, нас барах үеийн хугацааг буюу ор хоногийг хоног, цаг, минутаар нь бичнэ. *Жишээ: Ор хоног: 2 хоног 6 цаг 00 минут* гэж тэмдэглэнэ.

Асуулт 61: Эмгэг анатомийн шинжилгээнд орсон эсэх	Эх эндэж эмгэг анатомийн шинжилгээнд *орсон бол орсон-1, ороогүй бол ороогүй-2* гэж хариулаад 65-р асуулт руу шилжинэ.
Асуулт 62: Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош)	Эмгэг судлалын шинжилгээний оношийг (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош) дэлгэрэнгүй бичиж оруулахаас гадна ӨОУА-10-аар кодлож бичнэ.
Асуулт 63: Онош тохирсон эсэх	Клиникийн онош нь эмгэг судлалын шинжилгээний оноштой тохирсон эсэхийг код ашиглан сонгож тэмдэглэнэ.
Асуулт 64: Тохироогүй бол	Онош тохироогүй бол зөрсөн оношийн төрлөөр сонголт хийнэ.
Асуулт 65: Эх барихын шалтгаантай эсэх	Эхийн ноцтой хүндрэл, эхийн эндэгдэл *эх барихын шууд шалтгаантай бол тийм-1, шууд бус шалтгаантай бол үгүй-2* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 66: Хожимдол (сонгоно уу)	Эх ноцтой хүндэрсэн эсвэл эндсэн үед хожимдол байсан бол 1, 2, 3-р хожимдлуудын дугаараас сонгон тэмдэглэгээг хийнэ. Нэг эхэд хэдэн ч хожимдол тохиолдсон байж болно.
Асуулт 67: Нярайн хүйс	Нярайн хүйсийг мэдээлэхдээ *хүү бол-1, охин бол-2* гэсэн кодыг сонгоно.
Асуулт 68: Биеийн жин.....гр, өндөр.....см	Нярайг үзсэн эмчийн анхны үзлэгийн биеийн жин, өндрийн хэмжээг бичиж тэмдэглэнэ.
Асуулт 69: Нярайн байдал: амьд, амьгүй, нас барсан (зур)	Нярайн төрөх үеийн байдлыг (амьд, амьгүй, амьд төрөөд нас барсан) тохирох хариултын доогуур зурна.
Асуулт 70: Апгарын үнэлгээ	Амьд төрсөн нярайд Апгарын оноог төрсний дараах 1 минутын байдлаар тэмдэглэнэ.
Асуулт 71: 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ	Амьд төрсөн нярайд Апгарын оноог төрсний дараах 5 минутын байдлаар тэмдэглэнэ.
Асуулт 72: Гэрийн төрөлт бол	Эх гэртээ төрсөн бол эмч дуудсан хугацаа, төрсөн хугацаа, төрөөд эмнэлэгт хэвтүүлсэн хугацаа, эмч очсон хугацаа зэргийг он, сар, өдөр, цаг, минутаар бичнэ.
Мэдээлсэн: Мэдээлсэн огноо Аймаг/хот Сум/дүүргийн Эмнэлгийн нэр Эмчийн нэр Албан тушаал	*2014* он *04* сар *03* өдөр *12* цаг *20* минут *Аймаг*/хот: *Баян-Өлгий* *Сум*/дүүрэг: *Цэнгэл* Эмнэлгийн нэр: *Цэнгэл сумын эмнэлэг* Эмчийн нэр: *Д.Наран* Албан тушаал: *Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч*

Эрүүл мэндийн маягт АМ-18- Үр хөндөлтийн түүхийн бүртгэлийн маягтыг хөтлөх заавар

Улсын болон хувийн эмнэлэгт үр хөндөх үед хөтөлнө. Үр хөндөлтийг амбулаториор болон стационариор хийсэн аль ч тохиолдолд уг маягтыг бүртгэнэ. Хүндэрсэн тохиолдолд цаас нааж үргэлжлүүлэн бичнэ.

Маягтын асуусан асуултаас гадна зайлшгүй шаардлагатай асуултыг анамнезаар авч тэмдэглэнэ. /Одоогийн үр хөндүүлж буй шалтгааныг /

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН БҮРТГЭЛ (АМ-19)

Улсын болон хувийн эмнэлэгт үр хөндсөн тохиолдол бүрд хөтөлнө. Үр хөндүүлсэн эмэгтэйн боловсрол болон нийгмийн байдал гэсэн баганд тухайн хүнд тохирох кодыг бичнэ. Үр хөндөх үед гарсан хүндрэл бүрийг (+)-ээр тэмдэглэнэ.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-20 Амбулаториор эмчлүүлэгсдийн картыг их эмч, эх баригч бага эмч хөтлөнө.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-21(А-Б) Шинжилгээнд явуулах бичиг, АМ-22(А-М) Лабораторийн шинжилгээний хуудсууд, АМ-23 Лабораторийн шинжилгээний бүртгэл маягтуудыг их эмч, сувилагч, лаборант нар хөтлөнө.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-24- Үйл оношийн кабинетийн шинжилгээний бүртгэлийн маягтыг хөтлөх заавар

Энэхүү бүртгэлийг үйл онош зүйн тасаг /ЭХО, рентген, зүрхний болон тархины цахилгаан бичлэг, компьютер гэх мэт/ кабинетуудад хөтөлнө. Эмчлүүлэгч амбулаториор үйлчлүүлж байгаа тохиолдолд уг эмчлүүлэгчийн ЭМД-ын дугаараар төлбөрийн хэлбэр/даатгал, хувиас/ болох даатгалын нэхэмжлэлээр төлөгдөнө. Явуулсан эмчийн оношийг үндэслэн гарсан илэрсэн өөрчлөлт, дүгнэлт хэсэгт онош баталгаажилт буюу гарсан өөрчлөлт онцлогийг тэмдэглэнэ. Мөн рентген зураг болон биопси шинжилгээний өөрчлөлтийг амбулаторын карт АМ-20 маягтанд нааж өөрчлөлтийг дэлгэрэнгүй бичнэ.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-25А,Б - Сэргээн засах эмчилгээний карт, бүртгэлийг хөтлөх заавар

Сэргээх эмчилгээний картыг нөхөн сэргээх амбулаторийн тасагт хөтөлнө. Энэхүү картыг мэргэжлийн эмч бусад тасаг нэгжээс илгээсэн эмчийн оношийг үндэслэн өвчтөнд олгох ба эмчилгээний төрөл, аль эрхтэнд ямар хугацаагаар хийх заалтыг дэлгэрэнгүй бичнэ.

Сайжирсан- Эмчилгээний үр дүнд сувилуулагчийн биеийн байдал эмчийн үнэлгээгээр анх эмчилгээ эхэлснээс дээрдсэн тохиолдлыг хэлнэ.

Хэвэндээ- Эмчилгээний хугацаанд сувилуулагчийн биеийн байдал эмчийн үнэлгээгээр анх эмчилгээ эхэлснээс сайжирсан үр дүн гараагүй тохиолдлыг хэлнэ.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-25Б- Нөхөн сэргээх эмчилгээний бүртгэлийн маягтыг АМ-25А маягтыг үндэслэн бүртгэл хийж нөхөн сэргээх амбулаторийн тасгийн эмч сувилагч хөтөлнө. Эмчилгээний нэр, төрлөөр ялгаж эмчилгээний төрөл хэсэгт бүртгэл хийх ба 1 өвчтөн хэдэн төрлийн ч эмчилгээний төрөлд хамрагдаж давхардаж бичигдэж болно. Эмч тухайн төрлийн эмчилгээг хэдэн удаа хийх заалтыг “Эмчилгээ хийх удаа” гэсэн хэсэгт бичих ба эмчилгээ хийсэн өдрүүдээр тооцож нийт хийсэн эмчилгээг сувилагч тэмдэглэл хөтөлнө.

Маягтыг загвар маягтын дагуу гаргацтай зөв бичнэ.

Эрүүл мэндийн маягт АМ-26А,Б-Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагдагчдын бүртгэлийн маягтыг хөтлөх заавар

Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагдагчдын бүртгэлийг Хавдар судлалын үндэсний төвийн хөнгөвчлөх эмчилгээний тасгийн их эмч болон аймаг, дүүргийн хавдрын кабинетийн их эмч, хөнгөвчлөх тусламжийн багийн эмч, хувийн болон буяны хосписуудын их эмч нар ямар нэгэн өвчний хүндрэлийн улмаас хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн өвчтөн бүрт хөтөлнө. Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-26А маягтыг амбулаториор болон гэрээр үйлчлүүлсэн тохиолдолд бүртгэнэ. АМ-26Б маягтыг стационараар эмчлүүлэгсдэд хөтөлнө.

Маягтыг загвар маягтын дагуу гаргацтай зөв бичнэ.

Тогтмол хаяг-Өвчтний оршин суугаа хаягийг иргэний үнэмлэхийг үндэслэн дэлгэрэнгүй бичнэ.

Үнэгүй олгосон эм-Тухайн байгууллагаас хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх үед хэрэглэгдсэн үнэгүй олгох заалттай эмийн хэмжээг бичнэ.

Тайлбар гэсэн хэсэгт онцгой анхаарах дэглэм, хяналтын талаархи мэдээллийг үлдээнэ.

Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагдагчдын бүртгэлийг хөтөлсөн эмч, ажилтан уг хуудсыг өөрийн харьяа эрүүл мэндийн байгууллагын статистик мэдээллийн албанд хүлээлгэн өгнө.

Зүү төөнө, засал эмчилгээний карт АМ-29А

Амбулаторт хөтлөгдөх АМ-29А маягтыг эмчилгээ үзүүлж буй их эмч хөтөлнө. Эмнэлгийн нэрний хэсэгт тухайн эрүүл мэндийн байгууллага нэр, кодоор бичиж тэмдэглэнэ. Маягтын I талын 1-7 дугаар асуултанд эмчлүүлэгчийн ерөнхий мэдээллийг бичиж тэмдэглэн эмчлэгч эмч гарын үсэг зурж баталгаажуулна. Маягтын II хэсэгт эмчилгээ хийлгэсэн байдал, хэдэн удаа, ямар эмчилгээ хийлгэснийг бичиж тэмдэглэн өдөр бүр эмчилгээ хийсэн эмч гарын үсэг зурж баталгаажуулна. Эмчилгээ дууссаны дараа тухайн эмчлүүлэгчийн биеийн байдал ямар болсон талаар үр дүнгийн хэсэгт доогуур нь зурж бөглөнө.

Дэвтээлгэ засал эмчилгээний засал АМ-29Б

Амбулаторт хөтлөгдөх АМ-29Б маягтыг эмчилгээ үзүүлж буй их эмч хөтөлнө. Эмнэлгийн нэрний хэсэгт тухайн эрүүл мэндийн байгууллага нэр, кодоор бичиж тэмдэглэнэ. Эмчлүүлэгчийн нэр, нас, хүйс, эмчилгээ эхэлсэн он сар болон дууссан он сарыг бичиж тэмдэглэн, үндсэн оношийг тавьж, эмчилгээний төрлийг сонгон гарын үсэг зурж баталгаажуулна.

Бариа засал эмчилгээний карт АМ-29В

Бариа засал эмчилгээний карт АМ-29В маягтыг эмчилгээ үзүүлж буй их эмч хөтөлнө. Эмнэлгийн нэрний хэсэгт тухайн эрүүл мэндийн байгууллага нэр, кодоор бичиж тэмдэглэнэ. Маягтын I хэсэгт эмчлүүлэгчийн нэр, нас, хүйс, эмчилгээ эхэлсэн он сар болон дууссан он сарыг бичиж тэмдэглэн, үндсэн оношийг тавьж, барианы төрөл, хэсэгчилсэн барианы төрлийг тэмдэглэж гарын үсэг зурж баталгаажуулна. Маягтын II хэсэгт барианы төрөл, он, сар, өдөр,

ямар эрхтэнд хийгдэж байгаа, хэдэн удаа, нэг удаа хийхэд үргэлжилсэн хугацааг тэмдэглэж гарын үсэг зурж баталгаажуулна.

Хатгах засал эмчилгээний карт АМ-29Г

Хатгах засал эмчилгээний карт АМ-29Г эмчилгээ үзүүлж буй их эмч хөтөлнө. Эмнэлгийн нэр, кодыг асуултын харгалзах хэсэгт бөглөнө. Өвчтөний ерөнхий мэдээлэл овог, нэр, нас, хүйсийг тэмдэглэнэ. Эмчилгээ эхэлсэн болон дуусан он сарыг тэмдэглэнэ. Үндсэн оношыг ӨОУА-10-аар бичиж тэмдэглэнэ. Эмчилгээний төрөл, талбай, байрлалыг харгалзах хэсэгт бичнэ. Хүндрэл гарсан тохиолдолд гарсан хүндрэл хэсэгт бичиж тэмдэглэнэ. Өвчтөн хатгах засал хийхийг зөвшөөрсөн бол өвчтөний нэр хэсэгт өвчтөний нэрийг бичиж баталгаажуулна. Эмчилгээ хийсэн их эмч мөн овог, нэр тавьж баталгаажуулна.

Настны эрүүл мэндийн бүртгэл АМ-28 маягт

Настанд эрүүл мэндийн анхан шатны байгууллага болох өрх, сумын эрүүл мэндийн төв өөрийн харъяалалд оршин суудаг 55, түүнээс дээш насны эмэгтэй, 60, түүнээс дээш насны эрэгтэйг хамруулна. АМ-28 маягтыг үндэслэн ЭМТ 101.6.1-2 тайлнгууд гарна.

Настны өдөр тутмын бие даах чадварын болон багаж хэрэгсэлтэй ажиллах чадвар үнэлгээг Эрүүл мэндийн Сайдын 2010 оны 5 дугаар сарын 31-ны 180 тоот тушаалаар батлагдсан “Настны эрүүл мэндийн үнэлгээний удирдамж”-аар батлагдсан сорилуудаар үнэлнэ.

Настны өдөр тутмын бие даах чадварын үнэлгээ: 10-12 оноо-хэвийн, 6-9 оноо –алдагдсан, 0-5 оноо- хараат гэж тодорхойлно.

Настны багаж хэрэгсэлтэй ажиллах чадварын үнэлгээ: 14-16 оноо –хэвийн, 10-13 оноо –алдагдсан, 6-9 оноо-хараат гэж тодорхойлно.

Настны танин мэдэхүйн чадварыг үнэлэх хураангуй сорил: Хэвийн-24-30 оноо, үл мэдэг танин мэдэхүйн чадвар буурсан 23-18 оноо, хүнд хэлбэрээр танин мэдэхүйн чадвар буурсан-17 оноо гэж тодорхойлно.

Хоол тэжээлийн байдлыг үнэлэх хураангуйлсан асуумж: 12-14 оноо-хоол тэжээлийн байдал хэвийн, 8-11 оноо-хоол тэжээлийн дуталд хүрэх эрсдэлтэй, 0-7 оноо-хоол тэжээлийн дуталтай

Биеийн жингийн индекс: Эмч настны биеийн жингийн индексийг тооцоод 18.5-24кг/м.кв-туранхай-, Хэвийн -18.5-24кг/м.кв, Илүүдэл жинтэй-25-29кг/м.кв, Тарган-30кг/м.кв< гэж тодорхойлно.

Эрүүл мэндийн бүлэг: Настны эрүүл мэндийн байдлыг тодорхойлж ЭМТ-101.1 маягтад тодорхойлсны дагуу тооцож гаргана.

Сэтгэцийн болон зан төрхийн эмгэг: Настанд өвчний олон улсын 10-р ангиллын 5-р бүлэгт хамаарах өвчин эмгэг бүртгэгдсэн тохиолдолд бичнэ.

Насны доройтол: Настанд өвчний олон улсын 10-р ангиллын R54 кодод хамаарагдах шинж тэмдэг илэрсэн тохиолдолд бичнэ.

Зүү төөнө, засал эмчилгээний карт АМ29А, Дэвтээлгэ засал эмчилгээний карт АМ-29Б, Бариа засал эмчилгээний карт АМ29В, Хатгах засал эмчилгээний карт АМ29Г маягт

Зүү төөнө, засал эмчилгээний карт АМ-29А

Амбулаторит хөтлөгдөх АМ-29А маягтыг эмчилгээ үзүүлж буй их эмч хөтөлнө. Эмнэлгийн нэрний хэсэгт тухайн эрүүл мэндийн байгууллага нэр, кодоор бичиж тэмдэглэнэ. Маягтын I талын 1-7 дугаар асуултанд эмчлүүлэгчийн ерөнхий мэдээллийг бичиж тэмдэглэн эмчлэгч эмч гарын үсэг зурж баталгаажуулна. Маягтын II хэсэгт эмчилгээ хийлгэсэн байдал, хэдэн удаа, ямар эмчилгээ хийлгэснийг бичиж тэмдэглэн өдөр бүр эмчилгээ хийсэн эмч гарын үсэг зурж баталгаажуулна. Эмчилгээ дууссаны дараа тухайн эмчлүүлэгчийн биеийн байдал ямар болсон талаар үр дүнгийн хэсэгт доогуур нь зурж бөглөнө.

Дэвтээлгэ засал эмчилгээни засал АМ-29Б

Амбулаторит хөтлөгдөх АМ-29Б маягтыг эмчилгээ үзүүлж буй их эмч хөтөлнө. Эмнэлгийн нэрний хэсэгт тухайн эрүүл мэндийн байгууллага нэр, кодоор бичиж тэмдэглэнэ. Эмчлүүлэгчийн нэр, нас, хүйс, эмчилгээ эхэлсэн он сар болон дууссан он сарыг бичиж тэмдэглэн, үндсэн оношийг тавьж, эмчилгээний төрлийг сонгон гарын үсэг зурж баталгаажуулна.

Дэвтээлгэ засал гэдэг нь биеийн гадна талаас байгаль, амьтан ургамлын гаралтай зүйлийг ашиглан орох, шавших, түрхэх, ороож боох, утах зэргээр өвчнийг анагаадаг уламжлалт зөөлөн заслын нэг төрөл юм.

Бариа засал эмчилгээний карт АМ-29В

Бариа засал эмчилгээний карт АМ-29В маягтыг эмчилгээ үзүүлж буй их эмч хөтөлнө. Эмнэлгийн нэрний хэсэгт тухайн эрүүл мэндийн байгууллага нэр, кодоор бичиж тэмдэглэнэ. Маягтын I хэсэгт эмчлүүлэгчийн нэр, нас, хүйс, эмчилгээ эхэлсэн он сар болон дууссан он сарыг бичиж тэмдэглэн, үндсэн оношийг тавьж, барианы төрөл, хэсэгчилсэн барианы төрлийг тэмдэглэж гарын үсэг зурж баталгаажуулна. Маягтын II хэсэгт барианы төрөл, он, сар, өдөр, ямар эрхтэнд хийгдэж байгаа, хэдэн удаа, нэг удаа хийхэд үргэлжилсэн хугацааг тэмдэглэж гарын үсэг зурж баталгаажуулна.

Хатгах засал эмчилгээний карт АМ-29Г

Хатгах засал эмчилгээний карт АМ-29Г эмчилгээ хийсэн их эмч хөтөлнө. Эмнэлгийн нэр, кодыг асуултын харгалзах хэсэгт бөглөнө. Өвчтөний ерөнхий мэдээлэл овог, нэр, нас, хүйсийг тэмдэглэнэ. Эмчилгээ эхэлсэн болон дууссан он сарыг тэмдэглэнэ. Үндсэн оношыг /ӨОУА-10/-аар бичиж тэмдэглэнэ. Эмчилгээний төрөл, талбай, байрлалыг харгалзах хэсэгт бичнэ. Хүндрэл гарсан тохиолдолд гарсан хүндрэл хэсэгт бичиж тэмдэглэнэ. Өвчтөн хатгах засал хийхийг зөвшөөрсөн бол өвчтөний нэр хэсэгт өвчтөний нэрийг бичиж баталгаажуулна. Эмчилгээ хийсэн их эмч мөн овог, нэр тавьж баталгаажуулна.

Халдварт бус өвчний эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягтууд
Эрүүл мэндийн сайдын 2012 оны 3 сарын 29-ний өдрийн 95 тоот тушаалын дагуу үзлэгийг хийж бүртгэлийг маягтын дагуу их эмч хөтлөнө.
“Артерийн даралт ихсэх өвчний эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт” ХБӨЭИМ-1
“Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчний эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт” ХБӨЭИМ-2

“Умайн хүзүүний өмөнгийн эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт” СМУ-2, “Хөхний өмөнгийн эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт” СМХ -2 Анхдаг шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагуудад эрүүл мэндийн сайдын тушаалын дагуу эрт илрүүлгийн үзлэгийг зохион байгуулан хийж байгаа бөгөөд 450 дугаар тушаалаар шинээр батлагдсан.

Осол гэмтлийн өвчлөл, нас баралттай холбоотой нэр томьёо

1. *Осол гэмтэл*
   Гадны хүчин зүйлийн урт болон богино хугацааны үйлчлэл, нөлөөллөөр хүний бие махбодын бүтэц, үйл ажиллагаа, эрүүл мэндэд учрах хохирол буюу эмгэгшлийг хэлнэ. Гадны хүчин зүйл нь механик, туяа, халуун, хүйтэн, гэрэл, цахилгаан, даралт буюу физикийн, химийн гэх мэт олон төрлөөс бүрдэнэ. Осол гэмтлийг түүний үйлдсэн хэлбэрээр нь санамсаргүй болон санаатай тохиолдол гэж ангилдаг.

2. *Осол гэмтлийн шинэ тохиолдол*
   Тухайн тайлангийн жилд тухайн осол гэмтлийн шалтгаанаар эмнэлэгт анх удаа хандаж тусламж авсан болон эмнэлэгт тусламж авч чадалгүй газар дээрээ нас барсан тохиолдлыг хэлнэ. Хэрэв тухайн хүн тухайн тайлангийн жилд дахин өөр шалтгаанаар шинэ осол гэмтэлд өртсөн бол мөн шинэ тохиолдлоор бүртгэнэ.
   Осол гэмтлийн шалтгаант нас баралт нь осол гэмтлийн шинэ тохиолдол мөн бөгөөд тухайн гэмтлийн улмаас аль 1 эрүүл мэндийн байгууллагад бүртгэгдээгүй бол түүнийг шинэ тохиолдлоор бүртгэнэ. Жишээ нь: зам тээврийн ослын үед машинд 5 хүн байсны 2 нь нас барсан, 3 нь гэмтсэн бол 5-уулаа шинэ тохиолдолд бүртгэгдэнэ.

3. *Нэг удаагийн тохиолдол*
   Гэмтсэн хүн бүрийг тусад нь бүртгэх ба жишээ нь нэг удаагийн зам тээврийн ослоор хамт гэмтсэн гурван хүнийг гурван тохиолдолд бүртгэнэ.

4. *Санамсаргүй осол гэмтэл*
   Санамсаргүй осол гэмтэл гэж зориудын бус, болгоомжгүй үйлдлээс үүссэн осол гэмтлийн тохиолдлыг хэлнэ. Тухайлбал: Зам тээврийн осол, халитарч унах, гал түймэр, хордлого, живэх, бүтэх гэх мэт
   4.1. Зам тээврийн осол
   Нийтийн зам, харгуй дээр тээврийн хэрэгслийн оролцоотойгоор гарах гэмтэл, золгүй тохиолдлыг зам тээврийн осол гэнэ. (ДЭМБ)
   4.2. Түлэгдэлт
   Түлэгдэлт буюу дулааны өндөр хэмээс шалтгаалах осол гэмтэл гэдэг нь халуун шингэн (шалзлах), халуун хатуу биет (хавьталтын түлэгдэлт) эсвэл галын (галын түлэгдэлт) улмаас хүний арьсны бүх эсвэл аль нэг давхрагын эд эс гэмтэхийг хэлдэг. Мөн хэт ягаан туяа, цацраг, цахилгаан, химийн бодис, хорт бодисоор амьсгалснаас шалтгаалж, уушиг гэмтэх зэргийг түлэгдэлтэд оруулна.
   4.3. Живэх
   Живэлт гэж шингэн зүйл амьсгалын замын бүх эсвэл аль нэг хэсэгт орохыг хэлнэ.

   4.4. Унах

Уналт гэдэг нь хүн газарт, шалан дээр зэрэг ижил түвшинд эсвэл аль нэг түвшнээс доош унаж, бэртэхийг хэлнэ.

4.5. Хордох

Хордолт гэж хорт бодисын нөлөөгөөр үүсэж байгаа үйл ажиллагааны өөрчлөлтийг хэлнэ.

5. *Санаатай үйлдэгдсэн осол гэмтэл*

Зориудаар бусдын болон өөрийнхөө биед халдах, хүчирхийлэх, амь насыг хохироох, амиа хорлох зорилгоор үйлдэгдсэн осол гэмтлийг хэлнэ.

Үүнд: хүн хоорондын зодоон, аллага, халдлага, бэлгийн хүчирхийлэл, амиа хорлох болон амиа хорлохыг завдах оролдлогууд орно. Сэдэл нь санаатайгаар үйлдэгдсэн байна.

5.1. Хүчирхийлэл

Биеийн хүч болон бусад давуу байдлаа зориудаар ашиглан бусдыг айлган сүрдүүлэх, бодит байдлаар хүчирхийлэх, нийгэм болон хэсэг бүлэгт эрүүл мэнд болон сэтгэл санааны хор хохирол, гэмтэл учруулах, хоцрогдол, үгүйрэл, хоосрол, үхэл зэргийг үүсгэх ба үүсгэхийг завдахыг хэлнэ.

5.2. Бэлгийн хүчирхийлэл

Тухайн эрэгтэй болон эмэгтэйн хүслийг харгалзахгүйгээр биеийн хүчээр бэлгийн харьцаанд орохыг шаардах, бэлгийн ажил хийх болон бэлгийн ажил хийхийг завдахыг бэлгийн хүчирхийлэл гэнэ. Үүнд тухайн нөхцөл байдлыг ойлгох чадваргүй хүн, бэлгийн харьцаанд орохыг татгалзсан хүн, бэлгийн харьцааг хүсэхгүй (өвчтэй, тахир дутуу, эмийн болон архины нөлөөнд байгаа, айж сүрдсэн шахалт дарамтанд орсны улмаас) хүнтэй бэлгийн харьцаанд орох болон оролдлого хийхийг хамруулна.

5.3. Алан хядах үйл ажиллагаа

Хууль бус байдлаар, хүчээр хувь хүн болон эд хөрөнгийн эсрэг айлган сүрдүүлэх, хүчлэн албадах, энгийн ард иргэд, хүн амын тодорхой хэсэг бүлгийн эсрэг тодорхой зорилгоор хийх хүчирхийллийг хэлнэ.

5.4. Өөрийгөө гэмтээх

Зориудаар өөрийн эрүүл мэнд, бие махбодод хор хохирол учруулсан болон учруулахыг завдсан үйлдлийг хэлнэ.

5.5. Амиа хорлох

Гэмтээх, хордуулах, боймлох зэргээр тухайн этгээд өөрийнхөө үхэх зорилгыг илэрхий байдлаар эсвэл далд хэлбэрээр ямар нэгэн нотолгоотойгоор үйлдэхийг хэлнэ.

5.6. Амиа хорлох оролдлого

Өөрийгөө гэмтээх, хөнөөх үйлдлийг илэрхий болон далд хэлбэрээр тодорхой түвшинд гүйцэтгэж, үхэлд хүрэлгүйгээр амиа хорлохыг завдсан оролдлогыг хэлнэ. Олон улсын ангиллаар амиа хорлоход галт зэвсэг, өндрөөс зориудаар унах, өөрийгөө дүүжлэх, эмийн болон химийн бодисыг хэрэглэх зэрэг үйлдлээр өөрийгөө егүүтгэх оролдлогууд хамаарна.

Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудас АМ-33

ЕРӨНХИЙ ЗААВАР:

1. Осол гэмтлийн улмаас эмнэлэгт үзүүлсэн шинэ тохиолдол бүрт энэхүү “Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудсыг хөтлөх буюу давтан үзлэгт уг маягтыг бөглөхгүй.

2. Ижил гэмтлээс давтан ирэх тохиолдлыг давхар бүртгэхгүй бөгөөд жишээ нь түлэгдсэн хүн эмчилгээнд давтан ирэх тохиолдолд шинээр тандалтын хуудас бөглөх ёсгүй. Ямарваа нэг хүний шинэ гэмтлийг шинэ тохиолдолд бүртгэх ба жишээ нь өвчтөн эхний долоо хоногт өндрөөс унах, дараагийн долоо хоногт нохойд хазуулсан тохиолдолд тус тусад нь шинэ тохиолдолд тооцно.
3. Хэрэв нэг хүн осол гэмтлийн 2 шалтгаанаар гэмтсэн бол үндсэн шалтгааныг нь л бөглөх буюу Б-2 дээр давхцуулж бичихгүй.
    1. Жишээ нь: хэн нэгэн хүн галаар түлж гэмтээсэн бол Б-2-ийн хүчирхийлэл гэсэн шалтгааныг бөглөөд Г7 дээр / галаар түлэх/ ашигласан зүйлсийг тэмдэглэнэ.
4. Маягтыг бөглөхдөө асуултын дагуух харалдаа хэсэгт байгаа номерийг чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ.

   Эмчийн зурж тэмдэглэсэн шифрийг шууд компьютерт шивж оруулах тул асуумж бүрийг алгасалгүй бөглөсөн байх ёстой.
5. Маягтуудыг өдөр тутам статистикч бага эмч нар хянаж, бүрэн бөглөгдөөгүй тохиолдолд тухайн маягтыг бөглөсөн эмчид эргэн хандаж бөглүүлнэ.
6. Энэхүү маягтын асуумж бүр дээр байгаа бусад гэсэн нүдийг бөглөх тохиолдолд заавал тодорхой бичнэ.
7. Зам тээврийн осол, хүчирхийлэл, амиа хорлохыг завдсанаас бусад шалтгаантай осол гэмтэлд өртсөн бол Б-2 хэсэг дээр аль шалтгаан нь гэдгийг сонгож бөглөөд харин В, Г, Д хэсгийг бөглөхгүй.
8. Энэхүү маягтын В хэсгийг зам тээврийн осолд өртсөн тохиолдолд л бөглөх буюу энэ тохиолдолд Г, Д хэсгийг бөглөхгүй.
9. Маягтын Г хэсгийг хүчирхийлэлд өртсөн тохиолдолд л бөглөх буюу энэ тохиолдолд В, Д хэсгийг бөглөхгүй.
10. Маягтын Д хэсгийг амиа хорлохыг завдсан тохиолдолд л бөглөх буюу энэ тохиолдолд В, Г хэсгийг бөглөхгүй.

АСУУМЖИЙГ ХӨТЛӨХ ЗААВАР:

”Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудас”-ыг үзлэг хийсэн эмч осол гэмтлийн **<u>шинэ тохиолдол</u>** бүрт хөтөлнө. Өвчтний биеийн байдалд тохируулан эрэмбэлэн ангиллын А, В, С, D зэргийн аль нэгийг сонгон дугуйлна.

А. Паспортын хэсэг	
Асуумж	Тодорхойлолт, жишээ:
А1. Эмнэлгийн нэр	Эмнэлгийн нэрийг бичихдээ эмнэлгийн нэр гэсэн 6 нүдний эхний 2 нүдэнд аймаг хотын, дараагийн 2 нүдэнд сум, дүүргийн, сүүлийн 2 нүдэнд эмнэлгийн шифрийг тус тус бичнэ. Жишээ нь: Баянхонгор аймгийн Галуут сумын эмнэлэг 0 3 1 1 0 3

А2. Эцэг /эх/-ийн нэр	Осол гэмтэлд өртсөн хүний эцэг /эх/ -ийн нэрийг бичнэ
А3. Нэр	Осол гэмтэлд өртсөн хүний өөрийн нэрийг бичнэ.
А4. Регистрийн дугаар	Гэмтсэн хүний регистрийн дугаарыг бичих ба хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсэг, дараагийн 8 нүд тус бүрт нэг цифр байхаар тохируулж бичнэ.
А5. Нас	Насыг кодлохдоо нүд тус бүрд нэг цифр бичнэ. 1 нас хүрээгүй хүүхдийн насыг сараар, нярай хүүхдийг өдрөөр бичиж шифрийн ар талд сар, өдрийн аль нь болохыг тодотгож бичнэ. Тухайлбал: 11 настай гэвэл: 11 нас, харин 11 сартай гэвэл 11 сар, 11 өдөртэй гэвэл 11өдөр гэнэ. Жишээ нь. 11 сартай гэх <table><tr><td>1</td><td>1</td><td>сар</td></tr></table> мэт.
А6. Хүйс	Хүйсийг тэмдэглэхдээ хүйс эрэгтэй бол-1, эмэгтэй бол-2, хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж зохих нүдэнд бөглөнө.
А7. Тогтмол хаяг	Тогтмол хаяг гэсэн нүдэнд тухайн хүний байнга оршин суугаа газрын засаг захиргааны нэгжийн харъяалалаар бичнэ. Эхлээд аймаг /хотын/, дараа нь сум, /дүүргийн/, сүүлд нь хороо /багийг/, гудамж /байрны/, хаалганы дугаарыг бичнэ Жишээ нь: Архангай аймгийн, Ихтамир сумын, 1-р баг, тайхрын 2-р гудамж 12 тоот
А8. Утасны дугаар	Гэмтсэн хүний утасны дугаар болон ар гэртэй нь холбоо барих утасны дугаарыг бичнэ.
А9. Ажлын газар, албан тушаал	Гэмтсэн хүний ажлын газар, албан тушаал, мэргэжлийг бичнэ.
А10. Боловсрол	Гэмтсэн хүний боловсролыг бөглөхдөө бага-1, дунд-2, мэргэжил-техникийн- 3, дээд - 4, боловсролгүй-5 гэж харалдаа зохих нүдэнд бөглөнө.
А11. Эмнэлэгт яаж ирсэн	Гэмтсэн хүн эмнэлэгт яаж ирснийг зохих кодыг дугуйлж бүртгэнэ. Өөрөө ирсэн бол-1, түргэнээр ирсэн бол-2, хариулах боломжгүй тохиолдолд бусад-98 гэсэн хэсгийг дугуйлж, юугаар ирснийг заавал тодорхой бичнэ. Жишээ нь: Гэмтсэн хүн таксигаар эмнэлэгт хүргэгдсэн <table><tr><td>Бусад ***такси***</td><td>98</td></tr></table>
А12. Согтууруулах ундаа хэрэглэсэн эсэх	Гэмтэх үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан бол-1, хэрэглээгүй бол-2 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.
А13. Мансууруулах бодис хэрэглэсэн эсэх	Гэмтэх үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан бол-1, хэрэглээгүй бол-2 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.

А14. Өөр эмнэлэгт хандсан эсэх	Гэмтсэн хүн тухайн гэмтлээрээ аль нэгэн эмнэлэгт хандсан бол ямар эмнэлэгт хандсаныг тодруулж тохирох нүдэнд тэмдэглэнэ. Үүнд: Өрхийн Эрүүл мэндийн төв-1 Сум, тосгон, сум дундын эмнэлэг-2 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг-3 Бүсийн оношлогоо, эмчилгээний төв-4 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн төв-5 Бусад -98
А15. Гэмтсэн хугацаа	Гэмтэл авсан он, сар, өдөр, цаг, минутыг бөглөхдөө эхний 1 нүдэнд оныг, 2-р нүдэнд сарыг, 3-р нүдэнд өдрийг, 4-р нүдэнд цагийг, 5-р нүдэнд минутыг тус тус бичнэ. Жишээ нь: Гэмтсэн хүн 2011 оны 7 сарын 6-ны 24 цаг 5 минутанд гэмтсэн гэх мэт. 11 07 06 24 05
А16. Үзүүлсэн хугацаа	Энэ гэмтлээр эмнэлэгт хандсан он, сар, өдөр, цаг, минутыг бөглөхдөө эхний 1 нүдэнд оныг, 2-р нүдэнд сарыг, 3-р нүдэнд өдрийг, 4-р нүдэнд цагийг, 5-р нүдэнд минутыг тус тус бичнэ. Жишээ нь: Гэмтсэн хүн 2011 оны 7 сарын 6-ны 16 цаг 35 минутанд үзүүлсэн гэх мэт. 11 07 06 16 35
А17. Осол болсон цэгийн нэр, байршил	Осол хаана болсон цэгийн нэрийг бөглөхдөө тухайн осол болсон дүүрэг, хороо, осол болсон газрын нэрийг дэлгэрэнгүй бичнэ. Жишээ нь: ***Гурвалжингийн тойрог***

Б. Осол гэмтлийн талаарх үндсэн мэдээллийн хэсэг

Асуумж	Тодорхойлолт, жишээ
Б1. Осол гарах үеийн байршил	Осол гарах үеийн байршлыг бөглөхдөө /1-11, 98-99-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Дурьдсанаас бусад газар гэмтсэн бол-98 гэсэн нүдийг бөглөөд хаана гэмтсэнийг тодорхой бичнэ. Хэрэв осол гарсан газрыг тухайн хүн огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ. Жишээ нь: Гэмтсэн хүн гудамжинд хальтирч унасан гэх мэт. Биеийн тамир, спортын талбай 3 Гудамж, зам (4) Худалдаа үйлчилгээний газар 5
Б2. Осол гэмтлийн шалтгаан	Осолд хүргэсэн шалтгааныг бөглөхдөө зөвхөн үндсэн 1 шалтгааныг зохих нүдний харалдаа хэсэгт тэмдэглэнэ. Жишээ нь: Хамтран амьдрагч нь зодож, халуун усаар түлсэн гэх мэт.

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>Зам тээврийн осол</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Хүчирхийлэл</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Амиа хорлохыг завдах</td><td>3</td></tr>
</table>

Харин дурдсанаас бусад шалтгааны улмаас гэмтсэн бол-98 гэсэн нүдийг бөглөөд ямар гэмтлийн шалтгаантайг тодорхой бичнэ. Хэрэв осол гэмтлийн шалтгааны талаар тухайн хүн огт мэдэхгүй байх эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу 99 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Нэмэлт мэдээлэл / В, Г, Д /</td></tr>
<tr><td><u>Нэмэлт мэдээлэл / В, Г, Д /</u></td><td>Үүнд зам тээврийн осол, амиа хорлохыг завдах болон хүчирхийлэл зэрэг гэмтлийн онцгой тэргүүлэх шалтгаан бүхий зүйлсийг агуулах ба гэмтэлтэй хамааралтай цаашдын нэмэлт мэдээллийг багтаасан болно.</td></tr>
<tr><td>В. Зам тээврийн осол
В1. Зам тээврийн хэрэгслийн төрөл</td><td>Осол гарах үед тухайн хүн ямар тээврийн хэрэгслээр зорчиж байсныг бөглөхдөө /1-9-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Жишээ нь: Морь унаж яваад гэмтсэн гэх мэт
<table>
<tr><td>Нийтийн тээврийн хэрэгсэл</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Морь</td><td>7</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>В2. Ослын үед замын хөдөлгөөнд хэрхэн оролцож байсан бэ</td><td>Ослын үед тухайн хүн ямар байдлаар хөдөлгөөнд оролцож байсныг тодруулж бөглөхдөө /1-5, 98-99-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Хэрэв мориноос унаж гэмтсэн бол уралдааны мориноос унасан уу, энгийн мориноос унасан эсэхийг тодруулж бөглөнө. Дурьдсанаас бусад байдлаар замын хөдөлгөөнд оролцож байсан бол-98 гэсэн нүдийг бөглөөд замын хөдөлгөөнд өөр ямар байдлаар оролцож байсныг тодорхой бичнэ. Хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй байх эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу 99 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.
Жишээ нь: Хурдан мориноос унаж гэмтсэн гэх мэт.
<table>
<tr><td>Зорчигч</td><td>3</td></tr>
<tr><td>Уралдааны морь унаач</td><td>4</td></tr>
<tr><td>Энгийн морь унагч</td><td>5</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>В3. Зам тээврийн ослын үед ямар зүйлтэй мөргөлдсөн</td><td>Гэмтсэн хүн зам тээврийн ослын үед ямар зүйлтэй мөргөлдсөнийг тодруулж бөглөхдөө /1-5, 98-99-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Дурьдсанаас өөр бусад ямар нэгэн зүйлтэй мөргөлдсөн бол-98 гэсэн нүдийг бөглөнө. Хэрэв тухайн хүн</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.
Жишээ нь: Машинтай хажуугийн хашлага явж байгаад замын мөргөсөн гэх мэт.
<table><tr><td>Хөдөлгөөнгүй зүйл</td><td>4</td></tr><tr><td>Мөргөлдөөгүй /онхолдох/</td><td>5</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>В4. Осол гарах үед хамгаалалтын бүс хэрэглэсэн эсэх</td><td>Гэмтсэн хүн осол гарах үед хамгаалалтын бүс хэрэглэсэн эсэхийг зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог дугуйлан зурж тэмдэглэнэ.
Жишээ нь: Машин жолоодож байх үедээ хамгаалалтын бүс хэрэглээгүй гэх мэт
<table><tr><td colspan="2">Хамгаалалтын бүс</td></tr><tr><td>Тийм</td><td>1</td></tr><tr><td>Үгүй</td><td>2</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>В5. Осол гарах үед хамгаалалтын малгай хэрэглэсэн эсэх</td><td>Гэмтсэн хүн осол гарах үед хамгаалалтын малгай хэрэглэсэн эсэхийг зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог дугуйлан зурж тэмдэглэнэ.
Жишээ нь: Мотоциклоор зорчиж явах үедээ хамгаалалтын малгай хэрэглээгүй гэх мэт.
<table><tr><td colspan="2">Хамгаалалтын малгай</td></tr><tr><td>Тийм</td><td>1</td></tr><tr><td>Үгүй</td><td>2</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>В6. Зам тээврийн осолд хичнээн хүн өртсөн</td><td>Зам тээврийн осолд өртөгсөдийн тоог бөглөхдөө тухайн үед хичнээн хүн осолд өртсөнийг тохирох нүдэнд бөглөнө.
Жишээ нь: Зам тээврийн ослын үед 5 хүн гэмтсэн гэх мэт
<table><tr><td>Зам тээврийн осолд өртөгсдийн тоо</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4_өөс дээш</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Г. Хүн хоорондын хүчирхийллийн мэдээлэл
Г1. Хүчирхийллийн хэлбэр</td><td>Хүчирхийлэл үүсгэсэн хэлбэрийг тодруулж бөглөхдөө /1-6, 98-99-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Дурьдсанаас бусад хэлбэрийн хүчирхийллээр үйлдэгдсэн бол -98 гэсэн нүдийг бөглөөд ямар хэлбэрийн хүчирхийлэлд өртсөнийг тодорхой бичнэ. Хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй байх эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй-99 гэж тэмдэглэнэ.
Жишээ нь: Эрүүлжүүлэхийн байранд цагдаад зодуулсан гэх мэт.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>Эдийн засгийн хэлбэр</td><td>4</td></tr>
<tr><td>Хууль хяналтын байгууллагын дарамт</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Хар тамхитай холбоотой</td><td>6</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Г2. Хүчирхийлэлд хэрэглэсэн зүйл, арга</td><td>Хүчирхийлэлд өртөх үед хүчирхийлэгчийн ашигласан зүйлийг бөглөхдөө /1-12, 98-99-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Дурьдсанаас бусад зүйлийг ашигласан бол-98 гэсэн нүдийг бөглөөд ямар зүйлс ашигласныг тодорхой бичнэ.Хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.
Жишээ нь: Хүчирхийлэх үедээ халуун зүйлээр түлсэн гэх мэт.
<table>
<tr><td>Галт зэвсэг,буугаар/Х93-95/</td><td>3</td></tr>
<tr><td>Тэсрэх дэлбэрэх зүйлээр халдах /Х96/</td><td>4</td></tr>
<tr><td>Утаа, гал дөлөөр түлэх /Х98/</td><td>5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Г3. Хүчирхийлэлд хэдэн хүн оролцсон</td><td>Хэдэн хүчирхийлэгч оролцсоныг бөглөхдөө зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж бөглөнө.
Жишээ нь: Нөхөртөө зодуулсан гэх мэт.
<table>
<tr><th colspan="2">Г3 Хэдэн хүчирхийлэгч оролцсон бэ?</th></tr>
<tr><td>нэг</td><td>1</td></tr>
<tr><td>хоёр</td><td>2</td></tr>
<tr><td>гурав</td><td>3</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Г4. Хүчирхийлэл үзүүлэгчийн хүйс</td><td>Гол хүчирхийлэгчийн хүйсийг тэмдэглэхдээ хүйс эрэгтэй бол-1, эмэгтэй бол-2, хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж зохих нүдэнд бөглөнө.</td></tr>
<tr><td>Г5. Хүчирхийлэгч хохирогч хоорондын холбоо</td><td>Хүчирхийллийн хохирогч болон хохироогч хоёрын хоорондын холбоо хамаарлыг бөглөхдөө /1-7, 98-99-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Дурьдсанаас бусад холбоо хамаарал байгаа бол-98 гэсэн нүдийг бөглөөд ямар хамааралтайг тодорхой бичнэ. Хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.
Жишээ нь: Хойд эцэг нь зодсон гэх мэт.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>Эх эцэг</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Бусад хамаатан</td><td>3</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Д. Амиа хорлох, санаатай өөрийгөө гэмтээх осол гэмтлийн мэдээлэл
Д1. Амиа хорлоход хүргэсэн хэлбэр</td><td>Амиа хорлохыг завдах үедээ хэрэглэсэн арга, зүйлсийг бөглөхдөө /1-20, 98-99-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Дурьдсанаас бусад зүйлийг ашигласан бол-98 гэсэн нүдийг бөглөөд ямар зүйлс ашигласныг тодорхой бичнэ. Хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.
Жишээ нь: өөрийгөө шилээр зүссэн гэх мэт.
<table>
<tr><td>Иртэй зүйлээр</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Мохоо зүйлээр</td><td>7</td></tr>
<tr><td>Өндрөөс үсрэх /Х80/</td><td>8</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Д2. Өөрийгөө гэмтээхдээ хэрэглэсэн зүйл</td><td>Өөрийгөө гэмтээх, амиа хорлоход нөлөөлсөн хүчин зүйлсийг бөглөхдөө /1-8, 98- 99-р дугаараас сонгож/ зохих нүдний харалдаа хэсэгт байгаа тоог чагтлах буюу дугуйлан зурж тэмдэглэнэ. Дурьдсанаас бусад холбоо хамаарал байгаа бол-98 гэсэн нүдийг бөглөөд ямар хамааралтайг тодорхой бичнэ. Хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж нүдэнд тэмдэглэнэ.

Жишээ нь: Шашин шүтлэгтэй холбоотой өндрөөс унасан гэх мэт.
<table>
<tr><td>Гэр бүлийн гишүүд маргалдах</td><td>7</td></tr>
<tr><td>Ажлын байрны дарамт</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Бусад ___шашин шүтлэг</td><td>98</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Е. Осол гэмтлийн талаарх тусгай тэмдэглэл
Е1. Тусгай тэмдэглэл</td><td>Осол гэмтлийн талаарх тусгай тэмдэглэлийг бөглөхдөө_тухайн осол гэмтлийн талаарх онцгой, өвөрмөц тохиолдлын дүр зургийг дэлгэрэнгүй бичнэ.
Жишээ нь: Нохойд хазуулж гэмтсэн тохиолдолд эзэнтэй эсвэл гудамжны нохойд хазуулсан эсэхийг тодруулж бичих гэх мэт гэмтэл тус бүрт нэмэлт мэдээллийг тэмдэглэнэ.</td></tr>
<tr><td>Е2. Гэмтлийн онош</td><td>Гэмтлийн оношийн хэсгийг бөглөхдөө эмч клиникийн үндсэн оношийг дэлгэрэнгүй, бүрэн гүйцэд, гаргацтай бичнэ.</td></tr>
</table>

Е3. Шилжүүлсэн хэлбэр	Гэмтсэн хүнийг эмнэлгийн аль хэсэг рүү шилжүүлснийг бөглөхдөө зохих нүдийг дугуйлна. Жишээ нь: Тасаг руу бол-1, Дүүргийн ЭМТ рүү бол-5
Е4. Авсан арга хэмжээ	Гэмтсэн хүнд авсан арга хэмжээг бөглөхдөө үзлэгийн эмчийн хийсэн эмчилгээний болон оношлогооны бүхий л үйлдлийг тэмдэглэнэ.
Е5. Эмчийн гарын үсэг	Эмчийн гарын үсгийг бөглөхдөө маягт бөглөсөн эмч гарын үсгээ зурж, хувийн тамга тэмдгээ дарж баталгаажуулна.

Түлэгдлийн шалтгаантай осол гэмтлийг бүртгэх нэмэлт хуудас СТ-34

"Түлэгдэлтийн шалтгаант осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх нэмэлт хуудас" маягтыг түлэгдэлтийн улмаас **<u>хэвтэн эмчлүүлж буй тохиолдол</u>** бүрт эмчлэгч эмч хөтөлнө.

А. Паспортын хэсэг	
Асуумж	Тодорхойлолт, жишээ
А1. Эмнэлгийн нэр	Эмнэлгийн нэрийг бичихдээ эмнэлгийн нэр гэсэн 6 нүдний эхний 2 нүдэнд аймаг хотын, дараагийн 2 нүдэнд сум, дүүргийн, сүүлийн 2 нүдэнд эмнэлгийн шифрийг тус тус бичнэ. Жишээ нь: Баянхонгор аймгийн Галуут сумын эмнэлэг 0 3 1 1 0 3
А2. Эцэг /эх/-ийн нэр	Осол гэмтэлд өртсөн хүний эцэг /эх/ -ийн нэрийг бичнэ
А3. Нэр	Осол гэмтэлд өртсөн хүний өөрийн нэрийг бичнэ.
А4. Регистрийн дугаар	Гэмтсэн хүний регистрийн дугаарыг бичих ба хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсэг, дараагийн 8 нүд тус бүрт нэг цифр байхаар тохируулж бичнэ.
А5. Нас	Насыг кодлохдоо нүд тус бүрд нэг цифр бичнэ. 1 нас хүрээгүй хүүхдийн насыг сараар, нярай хүүхдийг өдрөөр бичиж шифрийн ар талд сар, өдрийн аль нь болохыг тодотгож бичнэ. Тухайлбал: 11 настай гэвэл: 11 нас, харин 11 сартай гэвэл 11 сар, 11 өдөртэй гэвэл 11өдөр гэнэ. Жишээ нь. 11 сартай 1 1 сар гэх мэт.
А6. Хүйс	Хүйсийг тэмдэглэхдээ хүйс эрэгтэй бол-1, эмэгтэй бол-2, хэрэв тухайн хүн огт мэдэхгүй эсвэл хариулах боломжгүй бол тодорхойгүй буюу-99 гэж зохих нүдэнд бөглөнө.
А7. Тогтмол хаяг	Тогтмол хаяг гэсэн нүдэнд тухайн хүний байнга оршин суугаа газрын засаг захиргааны нэгжийн харъяалалаар бичнэ. Эхлээд аймаг /хотын/, дараа нь сум, /дүүргийн/, сүүлд нь хороо /багийг/, гудамж /байрны/, хаалганы дугаарыг бичнэ Жишээ нь:
	Архангай аймгийн, Ихтамир сумын, 1-р баг, тайхрын 2-р гудамж 12 тоот

А8. Утасны дугаар	Гэмтсэн хүний утасны дугаар болон ар гэртэй нь холбоо барих утасны дугаарыг бичнэ.
А9. Ажлын газар, албан тушаал	Гэмтсэн хүний ажлын газар, албан тушаал, мэргэжлийг бичнэ.
А10. Боловсрол	Гэмтсэн хүний боловсролыг бөглөхдөө бага-1, дунд-2, мэргэжил-техникийн-3, дээд - 4, боловсролгүй-5 гэж харалдаа зохих нүдэнд бөглөнө.
А11. Асран хамгаалагч /сахиур/	Түлэгдсэн үйлчлүүлэгч эмнэлэгт хэвтэж байхдаа сахиулсан сахиурын мэдээлэл орно. Жишээ нь: Эцэг эх нь сахисан бол-1, хэрвээ заасан жагсаалтад дурдаагүй сахиуртай бол бусад-98 гээд тайлбарыг бичнэ. Жнь: өвөө нь гэх мэт
А12. Түлэгдэх үед хэнтэй хамт байсан бэ?	10 наснаас доош настай үйлчлүүлэгч бол түлэгдэж гэмтэх үедээ хэнтэй хамт байсныг тохирох кодоор тэмдэглэнэ. Жишээ нь: ганцаараа байсан бол-1, эцэг эхийн хамт байсан бол-2 гэх мэт
А13. Түлэгдэлд өртсөн хүний тоо	Эмнэлгийн тусламж авч буй уг түлэгдлийн шалтгаантай осол гэмтэлд хэдэн хүн өртсөн бэ гэдгийг тодруулж бичнэ. Жишээ нь: Нэг хүн өртсөн бол-1 гэх мэт
А14. Түлэгдсэн он сар өдөр	Гэмтэл авсан он, сар, өдөр, цаг, минутыг бөглөхдөө эхний 1 нүдэнд оныг, 2-р нүдэнд сарыг, 3-р нүдэнд өдрийг, 4-р нүдэнд цагийг, 5-р нүдэнд минутыг тус тус бичнэ. Жишээ нь: Гэмтсэн хүн 2011 оны 7 сарын 6-ны 24 цаг 5 минутанд гэмтсэн гэх мэт. 11 | 07 | 06 | 24 | 05
А15. Эмнэлэгт үзүүлсэн он сар өдөр	Энэ гэмтлээр эмнэлэгт хандсан он, сар, өдөр, цаг, минутыг бөглөхдөө эхний 1 нүдэнд оныг, 2-р нүдэнд сарыг, 3-р нүдэнд өдрийг, 4-р нүдэнд цагийг, 5-р нүдэнд минутыг тус тус бичнэ. Жишээ нь: Гэмтсэн хүн 2011 оны 7 сарын 6-ны 16 цаг 35 минутанд үзүүлсэн гэх мэт. 11 | 07 | 06 | 16 | 35
А16. Эмнэлэгт хэвтсэн он сар өдөр	Энэ гэмтлээр эмнэлэгт хандсан он, сар, өдөр, цаг, минутыг бөглөхдөө эхний 1 нүдэнд оныг, 2-р нүдэнд сарыг, 3-р нүдэнд өдрийг, 4-р нүдэнд цагийг, 5-р нүдэнд минутыг тус тус бичнэ. Жишээ нь: Гэмтсэн хүн 2011 оны 7 сарын 6-ны 16 цаг 35 минутанд үзүүлсэн гэх мэт. 11 | 07 | 06 | 16 | 35
А17. Түлэгдэлд өртөхөд нөлөөлсөн хүчин зүйл	Түлэгдэлд өртөхөд нөлөөлсөн эрүүл мэндийн болоод бусад хүчин зүйлийг тодруулан тэмдэглэнэ. Жишээ нь түлэгдэх үедээ согтуурруулах мансуурруулах бодис хэрэглэсэн байсан бол-2 гэх мэт
А18. Бусад эрхтний талаас хавсарсан гэмтэл	Түлэгдэж гэмтэх үед бусад эрхтэн тогтолцоонд давхар авсан гэмтэл байгаа бол энэ хэсэгт тодруулж бичнэ. Жишээ нь: Түлэгдэх үедээ давхар аль нэг ясны хугарал авсан бол-5 гэх мэт

А19. Осол болсон цэгийн нэр, байршил	Осол хаана болсон цэгийн нэрийг бөглөхдөө тухайн осол болсон дүүрэг, хороо, осол болсон газрын нэрийг дэлгэрэнгүй бичнэ. Жишээ нь: СХД, 10 хороо, Гурвалжингийн тойрог
Б. Түлэгдлийн байршил тодорхойлох хэсэг	
Асуумж	Тодорхойлолт, жишээ
Б1. Биеийн хэдэн хувь түлэгдсэн бэ?	Эмчлэгч эмч түлэгдлийн хувийг тодорхойлсон байдлаар энэ хэсэгт тэмдэглэнэ. Жишээ нь: Биеийн 15 хувь түлэгдсэн бол 15% гэх мэт
Б2. Амьсгалын зам гэмтсэн эсэх	Амьсгалын зам гэмтсэн бол -1, гэмтээгүй бол-2 гэж тэмдэглэнэ.
Б3-Б7 Түлэгдлийн байршил	Түлэгдлийн байршлыг нарийвчлан тодорхойлж тэмдэглэнэ. Их бие, толгой хүзүү, гар, хөл, сарвууны хэсэгт байрлах түлэгдлийн байршлыг нарийн тодорхойлж бичнэ. Жишээ нь: өгзөг хэсэгт түлэгдсэн бол Б3. Их бие гэсэн хэсгийн 4 гэсэн кодыг сонгоно.
В-Ж. Түлэгдлийн шалтгаан тодорхойлох хэсэг	
Асуумж	Тодорхойлолт, жишээ
В. Түлэгдсэн зүйл	
В1. Халуун гадаргуу	Ямар нэг халуун гадаргуунд хүрэлцэж түлэгдсэн тохиолдолд тодруулж тэмдэглэнэ. Жишээ нь: Хоол хийх хэрэгслийн халуун гадаргуунд хүрэлцэж түлэгдсэн бол-1 гм
В2. Халуун хий шингэн	Халуун шингэнд түлэгдсэн бол энэ хэсгийн бөглөх ба хоол хийх үйл ажиллагаатай холбоотой түлэгдсэн бол Г хэсгийг бөглөнө. Жишээ нь халуун ууранд түлэгдсэн бол-1, халуун хоолонд түлэгдсэн бол 2-ыг дугуйлаад Г хэсгийг дэлгэрүүлж тэмдэглэнэ.
В3. Цахилгааны түлэгдэл	Цахилгаанд түлэгдсэн үед тэмдэглэнэ. Жишээ нь өндөр хүчдэлд түлэгдсэн бол-3 гэх мэт
В4. Химийн түлэгдэл	Химийн бодист түлэгдсэн бол химийн бодис нь гэр ахуйн хэрэглээний эсвэл мэргэжлийн ажилтай холбоотой химийн бодис байсан эсэхийг тодорхойлж бичнэ. Гэр ахуйн бол-1 гэх мэт /уксус/
В5. Үрэлтийн түлэгдэл	Түлэх нөлөө бүхий бодисоор амьсгалах, арьс салстад хүрэлцэж түлэгдсэн үед энэ хэсэгт тэмдэглэнэ. Жишээ нь амьсгалын замын түлэх үйлчилгээтэй бодисоор амьсгалж түлэгдсэн бол-1 гэх мэт
В6-В8 хэсэг Галд түлэгдсэн түлэгдэл	Гэр ахуйн орчинд галд өртсөн үед энэ хэсгийг хөтлөнө. Жишээ нь хоол хийх үед гарсан галд өртсөн бол-1 гэх мэт Халаалтын хэрэгсэлтэй холбоотой

В6. Гэр ахуйн орчинд галд өртөх	галд өртсөн бол Д, Гэрэлтүүлэх хэрэгсэлтэй холбоотой галд өртсөн бол Е, Санаатайгаар гаргасан галд өртсөн бол Ж хэсгийг дэлгэрүүлэн тэмдэглэнэ.
В7. Мэргэжлээс шалтгаалах галд өртөх	Ажил мэргэжилтэй холбоотой галд өртсөн тохиолдолд энэ хэсэгт тэмдэглэнэ. Жишээ нь Хоол үйлдвэрлэлийн үед гарсан галд өртсөн бол-1 гэх мэт
Г. Хоол хийх, бэлтгэх үед түлэгдсэн тохиолдлыг тодруулах хэсэг	
Г1. Хоол хийх, бэлтгэх үед юунд түлэгдсэн?	Хоол хийх бэлтгэх явцад түлэгдсэн бол юунд түлэгдсэнийг тодруулж тэмдэглэнэ. Жишээ нь: Халуун тогоонд түлэгдсэн бол-4 гэх мэт
Г2. Хоол бэлтгэх үйл явцтай холбоотой түлэгдэх үед болсон үйл явдал	Хоол бэлтгэх үйл явцтай холбоотой түлэгдэх үед болсон үйл явдлыг нарийвчлэн тодруулж тэмдэглэнэ. Жишээ нь дотор нь унаж түлэгдсэн бол-2 гэх мэт
Г3. Саванд байсан зүйл	Саванд байсан түлэгдэлтэд хүргэсэн бодисын тодруулж тэмдэглэнэ. Саванд халуун сүү байсан бол-1 гэх мэт
Г4. Хоол хийх талбайн өндөр	Хоол хийдэг зуух, цахилгаан зуух зэрэг нь хэр хэмжээний өндөрт байрладаг болохыг тодруулж бичнэ. Жишээ нь газар байдаг бол-1 гэх мэт
Г5. Хоол хийдэг газар нь амьдрах хэсгээс тусдаа эсэх	Хоол хийдэг хэсэг нь амьдрах хэсгээс тусдаа байрладаг эсэхийг тодруулж тэмдэглэнэ. Жишээ нь гэрт амьдардаг бол үгүй буюу-2, орон сууцанд амьдардаг галын өрөө тусдаа бол-1, гал тогоо зочны өрөө хамт бол-2 гэх мэт
Д. Халаалтын хэрэгсэлтэй холбоотой түлэгдэлтийн үед тодруулах хэсэг	
Д1. Гэрийн халаалтын улмаас гал гарах	Гэрийн халаалтын хэрэгсэлтэй холбоотой гал гарсан бол ямар үйл явцын улмаас гарсан болохыг тодруулж тэмдэглэнэ. Жишээ нь Халаалтын хэрэгсэл залгасан залгуур, утаснаас гал гарсан бол-4 гэх мэт
Д2. Халаалтын эх үүсвэр	Халаалтын хэрэгсэлд ашиглаж байсан галын эх үүсвэрийг тодруулж бичнэ. Жишээ нь Мод нүүрс түлж байсан бол-1, цахилгаан хэрэгслээс гарсан гал бол-5 гэх мэт
Е. Гэрийн гэрэлтүүлгийн хэрэгсэлтэй холбоотой түлэгдэлтийн үед тодруулах хэсэг	
Е1. Гэрийн гэрэлтүүлгийн улмаас гал гарах	Гэрийн гэрэлтүүлгийн хэрэгсэлтэй холбоотой гарсан галд өртсөн үед энэ хэсгийг тодруулан тэмдэглэнэ. Жишээ нь: Гэрэл болон лаа дэнлүүний орчимд байсан материалд галд авалцсан улмаас гарсан галд түлэгдсэн бол-1 гэх мэт
Е2. Гэрэлтүүлгийн хэрэгслийн төрөл	Гал гарах шалтгаан болсон гэрэлтүүлгийн хэрэгслийн төрлийг тодруулж бичнэ. Жишээ нь: Лаа байсан бол-1, цахилгаан хэрэгсэл байсан бол-2 гэх мэт

Ж. Санаатай үйлдэл байсан тохиолдолд тодруулах хэсэг	
Ж1. Санаатайгаар түлсэн шалтгаан	Санаатайгаар өөрийгөө болон бусдыг түлж гэмтээсэн тохиолдолд энэ хэсгийг тодруулан тэмдэглэнэ. Жишээ нь санаатайгаар өөрийгөө түлсэн бол-1, бусдыг түлсэн бол-2 гэх мэт
Ж2. Учир битүүлэг байдалтай түлэгдсэн тохиолдолд эмнэлзүйн шинж	Учир битүүлэг тохиолдлын үед Санаатай үйлдэл байх эмнэлзүйн шинж тэмдэг байгаа эсэхийг тодорхойлж тэмдэглэнэ. Өндөр магадлалтай бол-1, тодорхойлох боломжгүй бол мэдэхгүй-99 гэх мэт
Ж3. Санаатайгаар түлэгдэлтэд хүргэсэн шалтгааны эх үүсвэр	Гал гаргахад ашигласан зүйлийн эх үүсвэрийг тодорхойлон тэмдэглэнэ. Жишээ нь: Нүүрс бол-3, мод бол-7 гэх мэт
Түлэгдлийн шалтгаан	Түлэгдэлтэд хүргэсэн шалтгааныг өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу үгээр бичих болон кодоор тэмдэглэнэ. Жишээ нь:Халуун хоол, цайнд түлэгдсэн бол X10, Шатамхай биет шатахад түлэгдсэн бол X04, Цахилгаан гүйдэл дамжуулах шугаманд өртөж түлэгдсэн бол W85 гэх мэт
Түлэгдлийн онош	Түлэгдсэн гэмтсэн өвчтний оношийн өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу үгээр бичих болон кодоор тэмдэглэнэ. Их бие халууны ба химийн үйлчлэлээр түлэгдсэн бол T21, бугуй сарвуу халууны ба химийн үйлчлэлээр түлэгдсэн T23 гэх мэт
Авсан арга хэмжээ	Түлэгдэлтийн улмаас эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн үйлчлүүлэгчид хийгдсэн эмчилгээний болон оношлогооны бүхий л үйлдлийг эмчлэгч эмч тэмдэглэнэ.

Хөдөлгөөн засал эмчилгээний хуудас АМ-34

Хөдөлгөөн засал эмчилгээний хуудсыг сэргээн засах эмчилгээний тасаг нэгжид хөдөлгөөн засалчийн мэргэжил эзэмшсэн мэргэжилтэн хөтөлнө.

1. Бүртгэлийн хэсэгт овог нэр, нас, хүйс, гэрийн хаяг, амьдралын нөхцөл /орон сууц, байшин, гэр г.м/, ажил эрхлэлт /ажил эрхэлдэг, группт, тэтгэвэрт г.м/, ажлын орчин нөхцөл /хүнд, хортой, хэвийн, мэргэжил, удаан суудаг, зогсоо ажилтай, хүнд юм өргөдөг г.м/-ээр хөдөлгөөний идэвхтэй байдлыг асууж бичнэ.
2. Өвчтөнд одоо байгаа зовуурь, өвчин үүссэн шалтгаан, MRI, CP, X-Ray шинжилгээний дүгнэлтийг бичнэ.
3. Үндсэн оношийг олон улсын өвчний X ангиллын дагуу, хөдөлгөөн засалчийн оношийг олон улсын үйлийн ангиллын дагуу бичнэ
4. Өвчин эхэлсэн хугацаа, эмнэлэгт үзүүлсэн буюу хэвтсэн, хөдөлгөөн засал эмчилгээ эхэлсэн ба дууссан зэрэг огноог тэмдэглэнэ.

5. Үйлчлүүлэгчид өвдөлт байгаа эсэх, өвдөлтийн хүчийг баллаар, байрлалыг зурган дээр тэмдэглэнэ.
6. Өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар /Modified Barthel Indes/-ыг хүснэгт дэх асуултын дагуу бөглөнө. Үйлдлийг гүйцэтгэж чадна, чадахгүй, бүрэн бие даасан зэрэг үнэлгээгээр өдөр тутамд зайлшгүй хийгдэх үйл ажиллагаанууд /хувийн ариун цэвэр, усанд орох, хооллох г.м/ өөртөө үйлчлэх чадвар тус бүрийг үнэлж, нийт оноог 0-100 баллаар дүгнэнэ.
7. Төрх байдлын анализ: үйлчлүүлэгчийн зогсох байрлал, суух байрлалыг урдаас, хажуунаас, араас харсан байдлаар дүгнэнэ.
8. Алхааны анализ: үйлчлүүлэгчийг алхуулж үнэлнэ. Алхах чадваргүй бол тухайн байдал /тэргэнцэртэй г.м/-ыг бичнэ.
9. Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилтийг хийхдээ том, жижиг үе хэмжигч гонометрийн тусламжтайгаар хэвтээ ба суугаа байрлалд үеийг тогтвортой байдалд хөдөлгөөн тус бүрийг хийлгэж, градусаар хэмжиж, хүснэгтэнд тус бүрд нь тэмдэглэнэ.
10. Тухайн үйлчлүүлэгчийн хөдөлгөөний алдагдал, бие даах чадварын бэрхшээлүүдийг тодорхойлж жагсааж бичнэ.
11. Үйлчлүүлэгч эсвэл асран хамгаалагчтай нь ярилцан тухайн хүний хийж чадахыг хүсч байгаа үйлдэл, чадварыг сонгон бэрхшээлтэй асуудалд тохирсон эмчилгээний үр дүнд хүрэх урт болон богино хугацааны эмчилгээний зорилго, хугацааг тодорхойлж бичнэ.
12. Урт болон богино хугацааны зорилгодоо хүрэхийн тулд эмчилгээний төлөвлөгөө боловсруулна.

Хөдөлмөр засал эмчилгээний хуудас АМ-35

Хөдөлмөр засал эмчилгээний хуудсыг сэргээн засах эмчилгээний тасаг нэгжийн хөдөлмөр засалчийн мэргэжил эзэмшсэн мэргэжилтэн хөтөлнө.

1. Бүртгэлийн хэсэгт овог нэр, нас, хүйс, өвчний түүхийн дугаар бичнэ.

2. Оношийг олон улсын үйлийн ангилал /ICF/-ын дагуу бичнэ.

3. Өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар /Modified Barthel Indes/-ыг хүснэгт дэх асуултын дагуу бөглөнө. Үйлдлийг гүйцэтгэж чадна, чадахгүй, бүрэн бие даасан зэрэг үнэлгээгээр өдөр тутамд зайлшгүй хийгдэх үйл ажиллагаанууд /хувийн ариун цэвэр, усанд орох, хооллох г.м/ өөртөө үйлчлэх чадвар тус бүрийг үнэлж, нийт оноог 0-100 баллаар дүгнэнэ.

4. Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилтийг хийхдээ том, жижиг үе хэмжигч гонометрийн тусламжтайгаар хэвтээ ба суугаа байрлалд үеийг хөдөлгөөнгүй тогтвортой байдалд хөдөлгөөн тус бүрийг хийлгэж, градусаар хэмжиж, хүснэгтэнд тус бүрд нь тэмдэглэнэ.

5. Тухайн үйлчлүүлэгчийн биемахбод болон танин мэдэхүйн бэрхшээлүүдийг тодорхойлж жагсааж бичнэ.

7. Үйлчлүүлэгч эсвэл асран хамгаалагчтай нь ярилцан тухайн хүний хийж чадахыг хүсч байгаа үйлдэл, чадварыг сонгон бэрхшээлтэй асуудалд тохирсон эмчилгээний үр дүнд хүрэх урт болон ойрын хугацааны эмчилгээний зорилго, хугацааг тодорхойлж бичнэ.

8. Урт, ба ойрын хугацааны зорилгодоо хүрэхийн тулд эмчилгээний төлөвлөгөө боловсруулна.

Яаралтай тусламжийн хуудас хөтлөх ерөнхий аргачилал:

1. Яаралтай тусламжийн хуудсыг төрийн болон хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдийн яаралтай тусламжийн хэсгээр үйлчлүүлсэн хүн бүрд хөтлөнө.
2. Яаралтай тусламжийн хуудсыг 2 хувь үйлдэн нэг хэсгийг өвчтөн түүний ар гэрийнхэнд нэг хувийг нь тухайн эмнэлгийн авч архивлана.
3. Тухайн ЭМБ-ийн лого болон дардасийг хуудасны зүүн дээд буланд байрлуулна.
4. Хуудасны дугаарлалт дахин давтагдахгүй,өвчтөн хүлээн авсан бүртгэлийн дугаартай тохирч байх (жич: хуудасны дугаар тухайн жил буюу 2018 он, жилийн эхнээс нэг гэж тоологдоно. №-18/0001)
5. Ерөнхий мэдээллийн хэсэг.
    a. Өвчтөний овог нэрийг бүрэн гүйцэт тод гаргацтай бичнэ.
    b. Регистерийн дугаарыг заавал бичнэ. Тухайн хүн ухаангүй эсвэл гадаад иргэн байвал шалтгааныг бичнэ.
    c. Эрүүл мэндийн даатгалын дэвтэрийг дугаарыг бүрэн гүйцэт бөглөнө.
    d. Харьяалал болон хаягийн бүртгэлийг дэлгэрэнгүй бүртгэх
    e. 72 цагийн дотор давтан үйлчлүүсэн тохиолдолд тохирох хэсгийг заавал бүртгэх
    f. Осол гэмтлийн асуумжтай тохиолдолд цагдаад мэдэгдсэн эсэхийг тодруулж тэмдэглэл хөтөлсний дараа мэдэгдээгүй тохиолдолд заавал цагдаагийн байгууллагад мэдэгдэнэ.
    g. Осол гэмтлийн шалтгаан, газар,цаг хугацаа, анхны тусламж үзүүлсэн эсэх, үзүүлсэн хүний нэр албан тушаал, авсан арга хэмжээний талаар тэмдэглэлд тусгана.
    h. Тухайн өвчтөний ирэх үеийн зовиурыг товч тодорхой бичнэ.
6. Анхны үзлэг: эрэмбэлэн ялгэлтын мэргэжилтэн анхны үнэлгээг түргэн шуурхай бодиттой гарганэ.
7. Эрт сэрэмжлүүлэх үнэлгээ: тухайн үнэлгээг эрт сэрэмжлүүлэх үнэлгээний дагуу үнэлнэ.
8. Тархвар зүйн асуумжийг заавал гүйцэт бөглөнө.
9. Дээрхийг үнэн зөв бөглөсөн дохиолдолд эрэмбэлэн ялгалтын мэргэжилтэн баталгаажуулж нэрээ гаргацтай татлахгүй бичнэ.
10. Урьдчилсан оношыг тавьж ӨОУА-10-аар код тавьж гарын үсэн зурж баталгаажуулна.

Стационарт хөтлөгдөх анхан шатны маягтуудын хөтлөх заавар

Өвчний түүх СТ-1

ТОДОРХОЙЛОЛТ: Өвчний түүх хөтлөлт гэдэг нь эмчлүүлэгчид хийгдэж буй оношилгоо, эмчилгээний явц, үр дүнг тусгасан эрх зүйн баримт бичиг юм.

Өвчний түүхийн үндсэн хэсгийг хэвтэн эмчлүүлэх тасагтай бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад хөтлөх ба өвчний түүхийн нарийн мэргэжлийн эмчийн 12 хавсралтыг лавлагаа шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагуудын тухайн тасагт нэмэлтээр хөтлөнө.

Өвчний түүх хөтлөхөд тавигдах ерөнхий шаардлага

1. Өвчний түүхийг монгол хэл дээр, нэг өнгийн бэхээр, гаргацтай бичнэ.
2. Эмнэлгийн мэргэжилтэн бүр нэрээ гаргацтай бичнэ.
3. Онош, нэр томьёог өвчний олон улсын ангилалаар, англи- монгол хэл дээр бичнэ.
4. Өвчний түүхэнд эмнэлгээс гарах, шилжих үеийн эпикриз, эмчлүүлэгчийн анамнез, бодит үзлэг, клиникийн урьдчилсан онош, клиникийн оношийн үндэслэл, өдөр тутмын үзлэг, өвчний явц үр дүн, эмчилгээний төлөвлөлт зэргийг тодорхой, ойлгомжтой үг хэллэгээр илэрхийлэн бичнэ.
5. Өдөр тутмын үзлэгийн тэмдэглэлд эмчлүүлэгчийн эмчилгээний үр дүнгийн өөрчлөлт, сайжиралт, эдгэрэлтийн болон хүндрэлийн динамик шалгууруудыг шинж тэмдэгээр, үзлэгээр, лабораторын үзүүлэлтээр оруулна.
6. Хөнгөн явцтай, урт хугацаагаар эмчлэгдэх өвчний үед 2 хоног тутамд үзлэгийн тэмдэглэл хөтөлж болно.
7. Хүнд эмчлүүлэгчийг үзлэг, оношилгоо, эмчилгээ хийсэн тухай бүрт тэмдэглэл хөтлөн цаг, минутыг заана.
8. Эмчлүүлэгч болон түүний гэр бүлийн гишүүн, асран хамгаалагч заагдсан эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ, оношилгоо, эмчилгээнээс татгалзсан тохиолдолд бичгээр баталгаажуулна.
9. Тасгийн эрхлэгч нь төлөвлөгөөт журмаар хэвтсэн эмчлүүлэгчийг эмнэлэгт хэвтсэнээс хойш 2 өдрийн дотор, хүнд болон хүндэвтэр эмчлүүлэгчийг хэвтсэн өдөр нь үзнэ.
10. Тасгийн эрхлэгчийн тойрон үзлэгийг долоо хоногт 1-2 удаа хийж, өвчний түүхэнд үзлэг, эмнэлзүйн онош, оношийн үндэслэл, зөвлөгөө зэргийг тэмдэглэж, гарын үсгээр баталгаажуулна.
11. Зөвлөх эмч нарын үзлэгийн бичлэгт зөвлөх эмчийн мэргэжил, овог, нэр, үзлэг хийсэн өдөр, цаг, илэрсэн эмгэг өөрчлөлтүүд, эмнэл зүйн онош, зөвлөгөө зэргийг тусгана.
12. Эмч нарын хамтарсан үзлэгийн тэмдэглэлийг бичиж, оролцсон эмч бүрийн гарын үсгээр баталгаажуулах ба гарсан шийдвэрийг биелүүлнэ.
13. Резидент эмчийн гарын үсгийг эмчлэгч эмч баталгаажуулна.
14. Амь насанд эрсдэлтэй ажилбар хийхийн өмнө эмчлүүлэгч болон түүний гэр бүлийн гишүүн, асран хамгаалагчаас зөвшөөрөл авч, өвчний түүхэнд хавсаргана.
15. Өвчний түүхэнд хяналт-шинжилгээ, үнэлгээг жилд 2-оос доошгүй удаа хийх ба шаардлагатай үед түүвэрчилсэн хяналт шинжилгээ үнэлгээ хийнэ.
16. Өвчний түүхийн хуудас бүрийг статистикч эмч, бүртгэл мэдээллийн ажилтан дугаарлана.

Бүртгэл:

- Энэ хэсгийг эмчлүүлэгч болон асран хамгаалагч, ар гэрийнхэнээс асуун бөглөх ба ажлын газар, албан тушаал, мэргэжил, гэрийн хаяг, хэвтэх үеийн оношийг ерөнхий шаардлагын дагуу гаргадахуйц, тодорхой бичнэ.

- Цусны бүлгийг тэмдэглэхдээ эмчлүүлэгчээс асуухаас гадна, цус сэлбэх эмчилгээ хийсэн тохиолдолд заавал баталгаажуулсан байна.

Эмнэлгээс гарах, шилжих үеийн эпикриз:

- Үндсэн онош, дагалдах оношийг ӨОУА-10, үйлдлийн оношийг ҮОУА-9-ийн дагуу англи-монгол хэл дээр гаргацтай бичин, хүндрэл, дагалдах өвчнийг тусгана.
- Эмчлэгч эмч солигдох, нэг тасгаас өөр тасагт шилжих бүрт шилжүүлэх дүгнэлт бичиж, гарын үсгээр баталгаажуулна.
- Өвчний төгсгөл, эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан байдлыг "√ " тэмдэглэн, он сар, өдөр, ор хоног, эмчилгээний зардлыг тоогоор илэрхийлж, гаргацтай бичнэ.
- Эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлтэд хэвтэн эмчлүүлсэн өвчний түүхийг товч тусган, илэрч байсан шинж тэмдгүүдийн динамик, хийсэн эмчилгээ, түүний үр дүн, цаашид баримтлах дэглэм зэргийг өвчний түүх болон амбулаторын картанд /2 хувь/ бичиж эмчлэгч эмч, тасгийн эрхлэгч нар гарын үсэг зурж, тамга даран баталгаажуулна.
- Эмчлүүлэгч нас барсан тохиолдолд өвчний түүхэнд эмнэлзүйн төгсгөлийн дүгнэлтийг бичнэ. Төгсгөлийн дүгнэлтэнд өвчлөлийн түүх, шинж тэмдгүүдийн өөрчлөлт, оношилгооны зорилгоор хийгдсэн ажилбар, хийгдсэн эмчилгээ, нас барах үеийн эмнэл зүйн илрэлүүд, нас баралтын шалтгаан, эмнэл зүйн төгсгөлийн дэлгэрэнгүй онош зэргийг бичих ба нас барсан тухай гэрчилгээг хамт бичнэ.
- Эмчлэгч болон хянасан эмч гарын үсэг зурж баталгаажуулна.

Эмчлүүлэгчийн анамнез:

- Асуумжийг эмчлүүлэгч болон асран хамгаалагч, холбогдох хүнээс цуглуулна.
- Хэвтэх үеийн зовиурыг бичихдээ *гол, тулгуурлах, санаа авах* зовиуруудыг дараалуулан бичнэ.
- Өвчин эхэлсэн, сэдэрсэн огноо, явц, шинж тэмдэг, хэвтэхээс өмнө хийгдсэн эмчилгээний талаар тодорхой бичнэ.
- Эмчлүүлэгчийн амьдралын түүхэнд эмчлүүлэгчийн товч намтарыг тусган, өвчний оношилгоонд шаардагдах мэдээллийг тэмдэглэнэ.
- Мэс ажилбар, осол гэмтэл, удамшлын өвчний талаар тодорхой бичнэ.
- Бусад мэдээллийг асуумжийн дагуу "√ " тэмдэглэнэ.

Ерөнхий үзлэг:

- Энэ хэсэгт асуумжийн дагуу "√ " тэмдэглэнэ

Бодит үзлэгийн хэсэг:

- Өвчний түүх хөтлөх ерөнхий шаардлагын дагуу эрхтэн тогтолцооны үзлэгийг монгол хэл дээр, нэг өнгийн бэхээр, гаргацтай бичнэ.
- Өвчний онцлог, шалтгаанаас хамааран зарим эрхтэн тогтолцооны үзлэгийг илүү дэлгэрэнгүй хийж тэмдэглэл хөтөлнө.

Клиникийн урьдчилсан онош:

- Оношийг үндсэн, дагалдах гэсэн дараалаар бичин, хүндрэлийг зааж өгнө.
- Энэ хэсэгт ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд, хийгдэх шинжилгээ, яаралтай хийгдэх эмчилгээг зааж өгөх ба эмч заавал гарын үсэг зурж баталгаажуулсан байна.

Клиникийн оношийн үндэслэл:

- Оношийн үндэслэлийг 3-5 хоногт багтаан бичиж, үндсэн ба дагалдах оношийг тавин, хүндрэлийг тусгана.
- Клиникийн оношийн үндэслэлийг зовиур, асуумж, бодит үзлэг, лабораторын шинжилгээ, үйл оношийн шинжилгээний гол дүгнэлтэд тулгуурлан гаргана.
- Эмчлүүлэгч нас барсан тохиолдолд эмнэлзүйн төгсгөлийн онош бичнэ. Эмнэл зүйн төгсгөлийн оношийг эмнэл зүйн шинж тэмдэг, явцын онцлогийг тусган үндсэн өвчин,

түүний хүндрэл, дагалдах өвчин гэж ялган өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу бичсэн байна.

Эмчилгээ, хоол сувилгааны заалт

- Эмчилгээ нь өвчний шалтгаан, эмгэг жам, шинж тэмдэгт чиглэсэн байна.
- Эмчилгээ, хоол, сувилгааны заалтыг үзлэгийн тэмдэгдэл хэсэгт бичих заалтыг өөрчлөх, хуудас эргүүлэх бүрт бичнэ.
- Жижүүр эмчийн заасан эмчилгээ нь зөвхөн тухайн жижүүрийн хугацаанд хүчинтэй байна. Уг эмчилгээг үргэлжлүүлэн хэрэглэх тохиолдолд эмчлэгч эмч дахин бичнэ.
- Эмийн олон улсын нэр, тун, тун хоорондын зай, хэрэглэх арга, давтамж, хугацааг тодорхой зааж бичнэ.
- Эм нэмсэн, хассан, өөрчилсөн тохиолдолд өдрийн тэмдэглэлд үндэслэлийг тусгана.
- Мэс ажилбар хийхдээ 16 хүртэлх насны хүүхдэд эцэг, эх, асран хамгаалагчийн зөвшөөрлийг авна.

Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх:

- Эмчлүүлэгчид цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх үндэслэлийг эмнэлзүйн болон лабораторын үзүүлэлтэд тулгуурлан гаргаж, өвчний түүхэнд тэмдэглэн баримтжуулах холбогдох стандарт, удирдамжийг мөрдлөг болгоно.
- Цус, цусан бүтээгдэхүүн захиалах болох сэлбэсэн талаар зохих маягтуудыг бүрэн, гаргацтай хөтлөн, өвчний түүхэнд хавсаргана.
- Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэнтэй холбоотой урвал хүндрэл, сөрөг урвал илэрсэн тохиолдолд мэдээлэх маягтуудыг бүрэн, гаргацтай бөглөн сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний үлдэгдэл, хувийн тохироо тодорхойлсон сорьц, урвал өгсний дараах сорьцны хамт цусны албанд хүргүүлнэ.

Хориглох зүйл

- Өвчний түүхэнд баллах, дарах, засах зэрэг үйлдлийг хориглоно.
- Өвчний түүхийг эмчлэгч эмчээс өөр хүн бичихийг хориглоно.

Төрөлтийн түүх

Партограммийг хөтлөх заавар

Партограммийг төрөлтийн идэвхтэй үе буюу умайн хүзүү 4 см нээгдсэн үеэс тэмдэглэж эхэлнэ.

Доорх зүйлийг партограмм дээр тэмдэглэнэ.

Жирэмсэн эмэгтэйн тухай мэдээлэл: нэр, нас, жирэмслэлт, төрөлтийн тоо, хүлээн авсан он, сар, өдөр, цаг, хором, ураг орчмын шингэн гарсан цагийг тэмдэглэнэ.

Ургийн зүрхний цохилт: хагас цаг тутамд тэмдэглэнэ.

Ураг орчмын шингэний байдал: Ураг орчмын шингэн гарсан тохиолдолд үтрээний үзлэг хийх бүрдээ шингэний өнгийг тэмдэглэнэ.

- Б: Ургийн шингэний бүрхүүл хальс бүтэн
- Х: Ураг орчмын шингэний бүрхүүл хальс урагдсан

- Т: Ураг орчмын шингэн тунгалаг
- З: Ураг орчмын шингэн зунгагны хольцтой
- Ц: Ураг орчмын шингэн цусны хольцтой

Ургийн толгойн хэлбэржилт:

- 1: + ясны ирмэгүүд хоорондоо дөнгөж нийлсэн байна.
- 2: ++ ясны ирмэгүүд зөрсөн байх ба хуруугаар дарахад зөрлөг нь багасна.
- 3: +++ ясны ирмэгүүд зөрж давхарласан, хуруугаар дарахад зөрлөг нь багасахгүй.

Умайн хүзүүний нээгдэлт: Үтрээний шинжилгээ хийх бүртумайн хүзүүний байдлыг үнэлж, хэрээсээр Х тэмдэглэнэ.

Хянах шугам:Умайн хүзүү 4 см ба түүнээс илүү нээгдэхэд эхэлж тэмдэглээд цагт 1 см –ээр нэмэгдэж бүрэн нээгдэх хүртэл зурагдана.

Арга хэмжээний шугам: Хянах шугамын баруун талд 4 цагийн зайтай параллель байрлана.

Хэвлийг тэмтэрч ургийн толгойн доошлолтыг үнэлэхдээ: Толгойг умдаг яснаас дээш тэмтрэгдэх байдлаас хамааруулж 5 барилд хуваадаг. Үтрээни йүзлэг бүрт тэмдэглэнэ. 0/5-д дух нь умдагны түвшинд байна.

Цаг: Хүлээн авснаас эхлэн цагийг тэмдэглэнэ.

Хугацаа: Хүлээн авснаас хойш /партограф хөтөлснөөс/ төрөлт үргэлжилж байгаа хугацаа.

Базлалт: Бүдүүвчийг хагас цаг тутамд, 10 хормын турш үзэж базлалтын тоог, үргэлжлэх хугацааг секундээр нь тэмдэглэж бөглөх.

- 20 секундээс бага: цэгчилж
- 20-40 секундын хооронд: ташуу зураасаар
- 40 секундээс их байх: бүрэн будна

Окситоцин: 30 хором тутамд 1 хормын турш дусч байгаа дуслын тоо, судсаар таригдаж буй шингэний доторх окситоцины нийт тун хэмжээг тэмдэглэнэ.

Өгсөн эм: Хэрэглэсэн эмийг тэмдэглэнэ.

Судасны лугшилт: 30 хором тутамд цэгээр /*/ тэмдэглэнэ.

Артерийн даралт: 4 цаг тутамд /сумаар/ тэмдэглэнэ.

Биеийн халуун: 2 цаг тутам тэмдэглэнэ.

Ууараг, ацетоны хэмжээ: Шээсний хэмжээ, бусад зүйлийг тэмдэглэнэ.

Сувилагч, эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх хуудас СМ-1 Хавсралт 11, Сувилгааны тэмдэглэл СМ-2 Хавсралт 12, Өвдөлтийг хянах хуудас СМ-3 Хавсралт 13, Шингэний балансыг хянах хуудас СМ-4 Хавсралт 14

1. “СТ-1А/Б Хавсралт 2 Өвчтөний амин үзүүлэлтийн хуудас”, “СМ-1 Хавсралт 11 Сувилагч эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх хуудас”, “СМ-2 Хавсралт 12: Сувилгааны тэмдэглэл,

сонгомолоор “СМ-4 Хавсралт 14: Шингэний баланс хянах хуудас”, “СМ-3 Хавсралт 13: Өвдөлт хянах хуудас”-ыг бүхэлд нь “Сувилгааны түүх” гэж нэрлэнэ.

2. Сувилгааны түүх нь сувилахуйн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлсэн тухайг баримтжуулан, нотолгоо болох үүднээс өвчний түүхийн хамт хадгалагдана.
3. СТ-1А/Б Хавсралт 2 Өвчтөний амин үзүүлэлтийн хуудас сувилах эрх бүхий сувилагч, хэвтэн эмчлүүлж буй хүүхэд, насанд хүрэгчдэд, “СМ-1; СМ-2; СМ-3; СМ-4” маягтыг эрчимт эмчилгээний тасгаас бусад хэвтэн эмчлүүлж байгаа насанд хүрэгчдэд хөтлөнө.
4. “СМ-1; СМ-2; СМ-3; СМ-4” маягтыг (хүүхдийн, эрчимт эмчилгээний) хэвтэн эмчлүүлэх тасаг болон хэвтэн эмчлүүлэхээс бусад тасаг, нэгж, амбулаторийн сувилахуйн тусламж, үйлчилгээнд хэрэглэх асуудлыг тухайн байгууллагын сувилгааны албаны шийдвэрийг үндэслэн бүтнээр болон сонгомол, хэсэгчилсэн байдлаар хөтөлж болно.
5. Сувилагч, сувилгааны түүхийг цэвэр, гаргацтай, нямбай хөтлөн, гарын үсгийг товчлохгүй бичих бөгөөд энэхүү үйл ажиллагаанд тасгийн ахлах сувилагч өдөр тутмын хяналт, үнэлгээг тавьж хэрэгжүүлнэ.
6. Сувилгааны түүхийг өвчний түүхтэй хамт байхаар хавтаст баримт үүсгэх боловч, сувилгааны түүхийн хэсгийг нь сувилагч шаардлагатай үед дангаар нь авч сувилах үйл ажиллагаанд хэрэглэх боломжтой байдлаар хэвлэсэн байна.

Эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг сувилагч, анхлан үнэлэх.

1. СТ-1А,Б Хавсралт 2 хуудсыг хүлээн авах, яаралтай тусламжийн тасгийн сувилагч эхэлж, цаашид тухайн ээлжинд ажиллаж буй өдрийн болон ээлжийн сувилагч үйлчлүүлэгчийг эмнэлгээс гарах хүртэл хөтөлнө.
2. СМ-1; СМ-2; СМ-3; СМ-4 хуудсыг эмчлүүлэгчийг эмнэлэгт хэвтсэний дараах 24 цагт багтаан хөтлөнө. Энэхүү 24 цагийн дотор ямар ээлжинд, ямар сувилагч эхний үнэлгээг өгөх тухай асуудлыг, сувилагчдын ажлын ачааллыг тэнцүүлэх дотоод зохицуулалтын зарчмаар, сувилгааны албаны дарга журамлана.
3. Эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг сувилагч анхлан үнэлснийг тасгийн ахлах сувилагч (арга зүйч) шалган баталгаажуулж, үнэлгээг хэдий хугацааны дараа дахин хийх шаардлагатайг СМ-1 хуудасны тусгай тэмдэглэл хэсэгт бичиж тэмдэглэнэ.
4. Цаашид ахлах сувилагчийн тэмдэглэлийг үндэслэн тухайн ээлжийн болон өдрийн сувилагч нар хөтлөнө.

Хөтлөх заавар.

СТ-1А/Б Хавсралт 2 Өвчтөний амин үзүүлэлтийн хуудас

1. Хуудсыг сувилагч, эмчлүүлэгчийн биеийн халуун, цусны даралт, судасны лугшилт, амьсгал хэвийн хэмжээндээ байгаа эсэхийг үзэж, амьсгалыг -хөх, биеийн халууныг -хар, судасны цохилтыг -улаан өнгийн балаар зохих хүснэгтэд бөглөнө.
2. Энэхүү хуудсанд цусны даралт, хоолны дугаар, биеийн жинг үзэж, өтгөн шингэний давтамжийг асууж тэмдэглэн, гарын үсэг зурж баталгаажуулна.
3. Хуудсыг ээлжийн сувилагч нар өдөр бүр хөтөлнө.

Сувилагч эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх хуудас (Маягт СМ-1)

1. Хуудсыг хөтлөхдөө үйлчлүүлэгчийг аль болох түүнд эвтэйхэн байрлалд байлган асуух, ярилцах, биеийн байдлыг амьсгал, зүрх судасны хэсгээс эхлэн үнэлэх, бодит үзлэг хийх

хэлбэрээр хөтлөх ба үйлчлүүлэгчийн нэмэлтээр хэлсэн өгүүлэмжийг сонсч, тэмдэглэх байдлаар хөтөлнө.
2. Үнэлгээний асуулт бүрт тохирох хариултыг тус хуудасны ард буй *зааврын дагуу тийм, үгүй, хамаарахгүй гэсэн тэмдэглэгээний аль нэгээс сонгон тэмдэглэнэ.
3. Эдгээр тэмдэглэгээний аль нэгийг тавиагүй, тэмдэглэгээ хийгдээгүй нүд үлдээж болохгүйг анхаарна.
4. Сувилагч, тухайн бүлэг асуудлыг үнэлж дуусаад (Жнь: амьсгал, зүрх судасны бүлэг) түүний ард буй сувилгааны асуудлуудаас тохирох нэг асуудлыг сонгон түүний дугаарыг үнэлгээний төгсгөлд буй бүлэг асуудлын (7) нэрний ард байрлах нүдэнд тэмдэглэнэ. Ж-нь: Ханиалгалт, цэртэй гэж үнэлсэн бол “Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан” гэсэн асуудлыг сонгон “**#3**“ тэмдгийг тохирох нүдэнд тавьж, сувилгааны тэмдэглэл(СМ-2)-ийн асуудлын дугаар мөрөнд оруулж, сувилах төлөвлөгөөг боловсруулж, хэрэгжүүлж, дүгнэх зарчмаар ажиллана.
5. Үнэлгээний хэсгийн бүх үзүүлэлт хэвийн гэж үнэлсэн бол энэ хэсэг дээр сувилах төлөвлөгөө зохиох шаардлагаггүй бөгөөд, харин өдөр тутам үзүүлсэн асаргаа, сувилгааны хэсэг болон бусад үзүүлсэн сувилахуйн тусламж, дараагийн ээлжийн сувилагч анхаарах асуудлыг заавал бичиж тэмдэглэнэ.

Сувилгааны тэмдэглэл (Маягт СМ-2)

1. Сувилагч СМ-1 хуудас буюу үнэлгээг үндэслэн эмчлүүлэгчид хийсэн асаргаа сувилгаа, эмчийн заалтын дагуу хийсэн эмчилгээг тухайн үйлдлийг хийсэн тухай бүрт бичиж тэмдэглэх зорилготой.
2. Эмчлүүлэгчийн биеийн байдалд өгсөн үнэлгээ, гарсан асуудал бүрийн дагуу сувилахуйн тусламж үйлчилгээг “сувилах төлөвлөгөө” хэсэгт эмчлүүлэгчтэй харилцан ярилцаж, зөвшилцөж, төлөвлөх ба асаргаа сувилгааг хийсний дүнд өвчтөний биеийн байдалд гарсан гол үр дүн, дүгнэлт, тэмдэглэлийг “хэрэгжүүлэлт/ дүгнэлт” гэсэн хэсэгт бичиж гарын үсгээр баталгаажуулна.
3. Эмчлүүлэгчийн биеийн байдлаас /хүнд, хөнгөн/ шалтгаалан сувилгааны үнэлгээгээр илрүүлсэн асуудлыг бүрэн арилтал сувилагчийн авсан арга хэмжээ, үзүүлсэн асаргаа сувилгааг цаг алдалгүй бичиж, тэмдэглэнэ.

Сонгомолоор хэрэглэх сувилгааны тэмдэглэлүүд

1. Маягт СМ-4 Шингэний баланс хянах хуудас
2. Маягт СМ-3 Өвдөлтийг хянах хуудас /сонгомолоор хэрэглэх/

1. Шингэний баланс хянах (СМ-4) хуудсыг хөтлөх шаардлагатай гэж үзсэн тохиолдолд сонгомолоор биед орсон болон биеэс гарсан шингэний тэнцвэрт байдлыг хянах зорилгоор сувилагч нэг бүрчлэн хэмжиж тэмдэглэх буюу эсвэл асран халамжлагчид орсон гарсан шингэнийг хэрхэн хэмжих тухай зааж тэмдэглүүлнэ. Сувилагч хянаж, гарын үсэг зурж баталгаажуулна.
2. Өвдөлтийг хянах (СМ-3) хуудсыг өвдөлтийг үнэлэх, өвдөлтийг багасгах сувилгааны төлөвлөгөө боловсруулж, хэрэгжүүлэх зорилгоор их өвдөлттэй эмчлүүлэгчид сонгомолоор авч хэрэглэнэ.

3. Эмчлүүлэгч өөрөө өвдөлтийн хүчийг тодорхойлж чадахгүй байгаа тохиолдолд нүүр царайны байдлаар харуулсан зургийг ашиглан тодорхойлж болно.
4. Хуудсыг сувилагч хөтлөн, баталгаажуулна.

Гемодиализын хяналтын карт СТ-2-ыг гемодиализын тасаг нэгжид эмчлэгч эмч хөтлөнө.
Стандартаар эмчилгээнд орсон хүний тоо гэдэг нь Бөөрний өвчний төгсгөлийн шатанд орсон хүний эмчилгээний стандартаар 7 хоногт 12-15 цаг аппаратад орох заалттай. Энэ заалтын дагуу 7 хоногт 12-15 цагаар орсон хүнийг хэлнэ.
Стандарт бусаар орсон үйлчлүүлэгдийн тоо /багана 23/ гэдэг нь 7 хоногт 12 цагаас бага хугацаагаар орсон хүнийг хэлнэ.
Тухайн онд хийгдсэн нийт сеансын тоо гэдэг нь 1 өвчтөн 1 удаад диализын аппаратад 4 цаг орох ёстой. Өвчтөнийг 1 удаад 4 цагийн хугацаанд аппаратад оруулсан тоог бичнэ.

"Төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас" СТ-11 хөтлөх заавар

СТ-11 маягтыг аргачлал, жишээг ашиглан хөтөлнө.

Асуумж	Аргачлал-Тодорхойлолт - Жишээ
	А. Ерөнхий мэдээлэл
Асуулт 1: Мэдээлсэн он, сар, өдөр	Эмч мэдээлэх хуудсыг бөглөсөн хугацааг он, сар, өдөр, цаг, минутаар бичнэ. *Жишээ: 2014 он 4 сар 8 өдөр 13 цаг 30 минут* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 2: Мэдээлсэн газар	Мэдээлсэн газрын талаар дэлгэрэнгүй бичнэ. *Жишээ: Мэдээлсэн газар:* Аймаг/хот: *Ховд* Сум/дүүрэг *Манхан* Эмнэлгийн нэр: *Сумын эрүүл мэндийн төв* Мэдээлсэн эмчийн нэр: *Дашийн Дэлгэрмаа*
	Б. Эхийн талаарх мэдээлэл
Асуулт 1: Эхийн регистрийн дугаар	Регистрийн дугаарыг бөглөхдөө тухайн нярайн эхийн иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ. Регистрийн дугаар гэсэн 10 нүд бүхий хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсгийг том үсгээр, сүүлийн 8 нүдэнд цифрийг тус бүрт гаргацтай бичнэ. *Жишээ: А Н 8 6 0 2 2 4 6 5*
Асуулт 2: Төрөх үеийн эхийн нас	Төрөх үеийн эхийн нас гэсэн 2 нүд бүхий хүснэгтэд эхийн төрсөн оныг үндэслэн насыг тооцоолж бүтэн насаар бичнэ. Жишээ: *1985 онд төрсөн эх байвал 2014 оноос 1985-г хасаж 29* гэж тооцож бичнэ.
Асуулт 3: Байнгын оршин суудаг хаяг	Эх жирэмсэн үедээ оршин сууж байсан газрын хаягийг аймаг/хот, сум/дүүрэг, баг/хороо зэргээр гаргацтай бичнэ.

Асуулт 4: Хэд дэх төрөлт	Энэ төрөлт эхийн хэд дэх төрөлт болохыг өгөгдсөн кодоос сонгоно. Анх удаагаа төрж байгаа бол 1 дэх буюу 1 гэсэн кодыг, 2, 3, 4 дэх төрөлт бол 2-4 буюу 2 гэсэн кодыг 5 ба түүнээс дээшхи төрөлт бол 5 ба түүнээс дээш буюу 3 гэсэн кодыг, төрөлтийн талаар мэдээлэлгүй бол мэдээлэлгүй буюу 4 гэсэн кодыг сонгоно.
Асуулт 5: Өмнөх жирэмслэлтийн төгсгөл	Өмнөх жирэмслэлтийн тоог бичихдээ өмнө нь хэдэн удаа амьд хүүхэд төрүүлж байсан, хэдэн удаа амьгүй хүүхэд төрүүлж байсан, хэдэн удаа зулбаж, үр хөндүүлж байсан, хэдэн удаа өсөлтгүй, умайн гадуур жирэмсэлж байсан зэргийг тоогоор бичнэ. *Жишээ: 1. Зулбалт* [2] *2. Үр хөндөлт* [0] *3. Өсөлтгүй жирэмсэн* [1] *4. Умайн гаднах жирэмсэн* [0] *5. Амьгүй төрөлт* [0] *6. Амьд төрөлт* [2]
	В. Нярайн талаарх мэдээлэл
Асуулт 1: Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр	Нярайн төрсөн он, сар, өдрийг тодорхой бичнэ. *Жишээ: Нярай 2014 он 3 сар 16 өдөр* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 2: Төрөх үеийн тээлтийн нас	Нярайн төрөх үеийн тээлтийн насыг долоо хоног, хоногоор бичнэ. Тээлтийн насыг сүүлийн сарын тэмдгийн эхний өдрөөс эхлэн тооцно. *Жишээ:* [3 8] *долоо хоног* [3] *хоног*
Асуулт 3: Төрөх үеийн жин	Нярайг үзсэн эмчийн анхны үзлэгийн биеийн жинг бичиж тэмдэглэнэ.
Асуулт 4: Хүйс	Нярайн хүйсийг *эр-1, эм-2* гэж дугуйлна. Хүйс *тодорхойгүй бол-3, мэдээлэлгүй бол-4* гэж сонгоно.
Асуулт 5: Хүүхэд ихэр эсэх:	Энэ төрөлтөөр ихэр хүүхэд төрсөн эсэхийг тийм-1, үгүй-2 гэж сонгоно. Ихэр хүүхэд төрсөн бол хэдэн ихэр төрснийг кодоос сонгоно: *2 ихэр бол-1, 3 ба түүнээс олон ихэр бол-2, хэдэн ихэр төрсөн талаар мэдээлэлгүй бол 3 гэж сонгоно.* Ихэр хүүхэд төрсөн бол асуулт 6-д хариулна. Ихэр төрөөгүй бол асуулт 7 руу шилжинэ.
Асуулт 6: Ихэр хүүхэд бол хэдэн хүүхдэд нь гажиг илэрсэн бэ?	Ихэр хүүхдийн хэдэн хүүхэд нь төрөлхийн хөгжлийн гажигтай төрсөн болохыг өгөгдсөн кодоос сонгоно.
Асуулт 7: Хүүхэд амьдарсан эсэх	Төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд *амьдарсан бол тийм-1, эндсэн бол үгүй-2* сонгоно. Эндсэн бол асуулт 8 руу шилжинэ. Хүүхэд амьдарсан бол асуулт 8-ыг алгасна.
Асуулт 8: Үгүй бол хүүхэд эндсэн нас	Хүүхэд эндэх үеийн насыг хоног цаг минутаар бичнэ. *Жишээ: Хоног 0 3 цаг 1* [3] *минут* [2 0] [ ]
	Г. Оношилгоо
Асуулт 1: Оношилогдсон хугацаа	Төрөлхийн хөгжлийн гажиг анх оношилогдсон хугацааг тохирох кодоос сонгоно. Эхийн умайд пренаталь оношилгоогоор оношилогдсон бол асуулт 2, 3-т хариулна. Төрөх үед, төрсний дараа оношилогдсон бол асуулт 5 руу шилжинэ.
Асуулт 2: Пренаталь оношилгоогоор хөгжлийн	Пренаталь оношилгоогоор ургийн гажиг оношилогдох үеийн ургийн насыг долоо хоног, хоногоор бичнэ.

гажиг оношилогдох үеийн ургийн нас	
Асуулт 3: Пренаталь оношилгооны шинжилгээгээр анх илэрсэн бол	Пренаталь оношилгооны шинжилгээнд эхогоор оношилогдсон бол жирэмсний ямар хугацаанд оношилогдсоныг тохирох кодоос сонгоно. Эхоноос бусад шинжилгээгээр оношилогдсон бол бусад гэсэн кодыг сонгож ямар шинжилгээ болохыг дэлгэрэнгүй бичнэ.
Асуулт 4: Задлан шинжилгээгээр оношилогдсон эсэх	Задлан шинжилгээгээр анх *оношилогдсон бол тийм-1, оношилогдоогүй бол үгүй-2* кодыг дугуйлна. Тийм кодыг сонгосон бол оношилгоо хэсгийн асуулт 1, 2, 3-ыг бөглөхгүй орхино.
Асуулт 5: Оношилогдсон гажиг мэс заслын аргаар эмчлэгдэх боломжтой эсэх	Тухайн гажиг мэс заслын аргаар эмчлэгдэх боломжтой эсэхийг тохирох кодоос сонгоно. Эмчлэгдэх *боломжтой бол тийм-1, эмчлэгдэх боломжгүй бол үгүй-2* гэж сонгоно.
Асуулт 6: Нярайд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгийн хэлбэрийг эрхтэн, тогтолцоогоор нэг бүрчлэн оношийг бичнэ үү	Тухайн нярайд илэрсэн гажгийг эрхтэн тогтолцоо тус бүрээр дэлгэрэнгүй тоочиж бичнэ. Төрөлхийн бодисын солилцооны эмгэг байвал бусад төрөлхийн гажиг гэдэгт оношийг бичнэ.
Асуулт 7: Хүүхдийн зураг, лабораторийн ба дүрс оношилгооны нэмэлт материал дагалдсан эсэх	Хүүхдийн төрөлхийн хөгжлийн гажиг гэсэн оношийг батлах хүүхдийн зураг, шинжилгээ, оношилгооны нэмэлт материалыг маягтын хамт хавсарган *явуулсан бол тийм-1, явуулаагүй бол үгүй-2* гэж дугуйлна.
Асуулт 8: Нярай ба ургийн кариотип тодорхойлох шинжилгээ хийсэн эсэх	Хромосомын гажиг байгаа тохиолдолд хромосомын гажгийг батлах кариотипийн шинжилгээ *хийсэн бол тийм-1, хийгээгүй бол үгүй-2* гэж сонгоно. Кариотипийн шинжилгээ хийсэн бол тухайн кариотипийг тохирох зайд бичиж тэмдэглэнэ.
	Д. Нөлөөлөх хүчин зүйл
Асуулт 1: Цусан төрлийн гэрлэлт	Эцэг, эх нь хоорондоо цусан төрлийн хамаатан эсэхийг кодоос сонгож дугуйлна.
Асуулт 2: Эцгийн нас	Эцгийн нас гэсэн 2 нүд бүхий хүснэгтэд эцгийн төрсөн оныг үндэслэн насыг тооцоолж бүтэн насаар бичнэ. Жишээ: 1980 онд эцэг нь төрсөн байвал 2014 оноос 1980-г хасаж 34 гэж тооцож 3 4 бичнэ.
Асуулт 3: Эцгийн эрхэлсэн ажил	Эцгийн эрхэлдэг ажлыг сонгохдоо тохирох хариултыг дугуйлна. Дээрх хариултын алинд нь ч орохгүй бол бусад гэсэн хариултыг дугуйлаад тодорхой бичнэ.
Асуулт 4: Эхийн боловсрол	Эхийн сурч төгссөн боловсролын хамгийн дээд зэргийг сонгоно. Сурч байгаагүй бол боловсролгүй, боловсролын талаар мэдээлэлгүй бол 6 гэсэн кодыг сонгоно.
Асуулт 5: Эхийн эрхэлсэн ажил	Эхийн эрхэлдэг ажлыг сонгохдоо тохирох хариултыг дугуйлна. Дээрх хариултын алинд нь ч орохгүй бол бусад гэсэн хариултыг дугуйлаад тодорхой бичнэ.
Асуулт 6: Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор тамхи татсан эсэх	Эх жирэмсний эхний 16 долоо хоног буюу жирэмсний эхний 4 сар дотор *тамхи татсан бол тийм-1, тамхи татаагүй бол үгүй-2* кодыг дугуйлна. Тамхи татсан бол өдөрт татсан тамхины тоог ширхэгээр сонгож дугуйлна.
Асуулт 7: Ойр дотны хамт амьдардаг хүмүүс нь эхийн	Ойр дотны, хамт амьдардаг хүмүүс эхийн жирэмсний эхний 16 долоо хоног буюу жирэмсний эхний 4 сарын дотор *тамхи татсан*

жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор дэргэд нь тамхи татсан эсэх	*бол тийм-1, татаагүй бол үгүй-2* гэсэн кодыг дугуйлна (Өөрөөр хэлбэл дам тамхидалтад өртсөн бол). Дэргэд нь хүн тамхи татаж байсан талаар мэдээлэлгүй бол мэдэхгүй-3 гэсэн кодыг сонгоно. Тийм гэсэн кодыг сонгосон бол өдөрт хэдэн ширхэг тамхи дэргэд нь татаж байсан тоог сонгоно.
Асуулт 8: Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор архи уусан эсэх	Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоног буюу жирэмсний эхний 4 сар дотор *архи уусан бол тийм-1, уугаагүй бол үгүй-2* гэсэн кодыг сонгоно. Архи уусан талаар мэдээлэлгүй бол-3 гэсэн кодыг сонгоно. Эхийн уусан архины хэмжээг тогтоохдоо 1 удаад 50 мл архи, 500 мл шар айраг, 200 мл дарс, 120 мл ликёр эсвэл 300 мл айргийн аль нэгийг уусан бол дунд зэрэг гэж үзнэ. Энэ хэмжээнээс бага уусан бол бага зэрэг, их уусан бол их гэж сонгож тэмдэглэнэ.
Асуулт 9: Эх нь архаг эмгэгтэй эсэх	Эхэд архаг эмгэг (Чихрийн шижин өвчин, эпилепси, халдвар зэрэг) байгаа эсэхийг тохирох кодоос сонгоно. Архаг эмгэг байгаа бол асуулт 10-т хариулна. Архаг эмгэг байхгүй бол асуулт 11 рүү шилжинэ.
Асуулт 10: Хэрэв дээрх өвчний улмаас эмчилгээ хийлгэсэн бол эмийг бичнэ үү	Энэ жирэмсний үед эх архаг эмгэгийн улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан бол эмийг нэрлэж бичнэ.
Асуулт 11-13: Жирэмсний эхний 16 долоо хоног дотор эх халуурсан, 38өС-аас дээш халуурсан, халдварт өвчин туссан эсэх	Жирэмсний эхний 16 долоо хоног буюу жирэмсний эхний 4 сар дотор халуурсан бол тийм-1, халуураагүй бол үгүй-2 гэсэн кодыг сонгоно. Халуурсан талаар мэдээлэлгүй бол-3 гэж сонгоно. Халуурсан бол асуулт 12 руу шилжиж, 38°С-аас өндөр халуурсан эсэхийг сонгоно. Мөн халуурсан бол асуулт 13 руу шилжиж, халдварт өвчний шалтгаантай эсэхийг сонгоно. Халуураагүй бол асуулт 14 рүү шилжинэ.
Асуулт 14: Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт архаг эмгэгээс бусад өвчний үед эм хэрэглэсэн эсэх	Эх жирэмсний эхний 16 долоо хоног буюу жирэмсний эхний 4 сар дотор архаг эмгэгээс бусад шалтгаанаар эм хэрэглэсэн бол тохирох кодоос сонгож, ямар эм болохыг тоочиж бичнэ.
Асуулт 15: Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт цус алдсан эсэх	Эх жирэмсний эхний 16 долоо хоног буюу жирэмсний эхний 4 сар дотор тодорхой хэмжээгээр цус алдаж байсан эсэхийг тохирох хариултаас сонгоно. Цус алдаж байсан талаар мэдээлэл байхгүй бол мэдээлэлгүй-3 гэсэн кодыг сонгоно.
Асуулт 16: Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт рентгенд харуулсан эсэх	Эх жирэмсний эхний 16 долоо хоног буюу жирэмсний эхний 4 сар дотор рентгенд харуулсан бол тийм-1, харуулаагүй бол үгүй-2 гэсэн кодыг сонгоно. Рентгенд харуулсан бол биеийн аль хэсгийг харуулснаа тоочиж бичнэ.
Асуулт 17: Үргүйдлийн эмчилгээ хийлгэсэн эсэх	Эх үргүйдлийн эмчилгээ хийлгэж байсан эсэхийг тохирох кодоос сонгоно. Эмчилгээ хийлгэж байсан бол тийм-1, хийлгэж байгаагүй бол үгүй-2, мэдээлэлгүй бол-3 гэж дугуйлна. Эмчилгээ хийлгэж байсан, тийм-1 гэж сонгосон бол ямар эмчилгээ хийлгэснийг тоочиж бичнэ.
Асуулт 18: Жирэмсэлсэн хэлбэр	Эхийн жирэмсэлсэн хэлбэрийг тохирох кодоос сонгож дугуйлна.

Асуулт 19: Жирэмсний эхний 12 долоо хоногийн дотор фолийн хүчил уусан эсэх	Жирэмсний эхний 12 долоо хоног буюу жирэмсний эхний 3 сар дотор фолийн хүчил 0.4 мг-аар өдөр бүр тогтмол уусан бол-1, тогтмол уугаагүй бол-2, огт уугаагүй бол-3, фолийн хүчил уусан гэсэн мэдээлэл байхгүй бол мэдээлэлгүй-4 гэсэн кодыг сонгоно.
Е. Удамшил	
Асуулт 1: Хүүхдэд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ах, эгч, дүү байгаа эсэх	Энэ хүүхдэд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай төрсөн ах, эгч, дүү байгаа эсэхийг тохирох кодоос сонгоно. Ах, эгч, дүү нь тухайн хүүхэдтэй ижил төрөлхийн хөгжлийн гажигтай бол ижил гажиг-1, тухайн хүүхдээс өөр төрөлхийн хөгжлийн гажигтай бол өөр гажиг-2, тухайн хүүхэдтэй ижил эсвэл тухайн хүүхдээс өөр төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ах, эгч, дүү байгаа бол ижил болон өөр гажиг-3, төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ах, эгч, дүү байхгүй бол үгүй-4, төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ах, эгч, дүү байгаа эсэх талаар мэдээлэлгүй бол тодорхойгүй-5 гэсэн кодоос дугуйлна.
Асуулт 2: Эхийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүн байсан эсэх	Эхэд өөрт нь эсвэл эхийн талын төрөл саданд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүн байгаа эсэхийг тохирох кодоос сонгоно.
Асуулт 3: Эцгийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажиг тодорхойлогдож байсан эсэх	Эцэгт нь эсвэл эцгийн талын төрөл саданд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүн байгаа эсэхийг тохирох кодоос сонгоно.

“Амьгүй төрөлт, нярайн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас” СТ-12 хөтлөх заавар

(амьгүй төрөлтийн үед)

Асуумж	Аргачлал-Тодорхойлолт – Жишээ
А. Ерөнхий мэдээлэл	
Мэдээлсэн огноо	Мэдээлсэн хугацааг он, сар, өдөр, цаг, минутаар бичнэ. Жишээ: *2014* он *4* сарын *8* өдөр *13* цаг *30* минут гэж бичнэ.
Мэдээлсэн газар	Аймаг/хот *Орхон* Сум/дүүрэг *Жаргалант* Эмчийн овог, нэр *Б.Жаргалмаа* Албан тушаал *Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч*
Б. Хувь хүний тухай мэдээлэл	
Асуулт 1: Эхийн регистрийн дугаар	Регистрийн дугаарыг бөглөхдөө тухайн нярайн эхийн иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ. Регистрийн дугаар гэсэн 10 нүд бүхий

	хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсгийг том үсгээр, сүүлийн 8 нүдэнд цифрийг тус бүрт гаргацтай бичнэ. *Жишээ* *А Н 8 6 0 2 2 4 6 5*
Асуулт 2: Эхийн овог нэр	Эхийн иргэний бүртгэлээс баталгаажсан иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээг үндэслэн овог, нэрийг тод гаргацтай, татлахгүй, үнэн, зөв бичнэ. Жишээ: Эхийн овог Сүрэн нэр Саруул
Асуулт 3: Эхийн нас	Нас гэсэн 2 нүд бүхий хүснэгтэд эхийн төрсөн оныг үндэслэн насыг тооцоолж бүтэн насаар бичнэ. *Жишээ: 1985 онд төрсөн эх байвал 2014 оноос 1985 оныг хасаж 29* гэж тооцож бичнэ.
Асуулт 4: Оршин суугаа хаяг	Эхийн иргэний үнэмлэхийг үндэслэн аймаг/хот, сум/дүүрэг, баг/хороо зэргийг гаргацтай бичнэ. Жишээ: *Аймаг*/хот *Орхон* Сум/дүүрэг *Жаргалант* Баг/хороо *Улаантолгой баг*
Асуулт 5: Ам бүл	Ам бүлийн тоог эхийн жирэмсний хяналтын хөтөч, өвчний түүх, төрөлтийн түүхийн паспортын хэсгээс харж үнэн зөв бөглөнө. Жишээ: 3 ам бүлтэй бол Ам бүл: *3* гэж бичнэ.
Асуулт 6: Ажил эрхлэлт	Ажил эрхлэлтийг сонгохдоо тохирох хариултыг дугуйлна, дээрх хариултын алинд нь ч орохгүй бол бусад гэсэн хариултыг дугуйлж, тодорхой бичнэ үү.
Асуулт 7: Жирэмслэлтийн тоо	Жирэмслэлтийн тоог бөглөхдөө жирэмсний хяналтын хөтөчөөс харж, одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулан нийт жирэмслэлтийн тоог бичнэ. Хэрэв нэг оронтой байвал аравтын оронд 0 гэж бичнэ. Жишээ: 0 3
Асуулт 8: Өмнөх төрөлтийн тоо	Өмнөх төрөлтийн тоонд одоогийн жирэмсний төгсгөлийг оруулахгүйгээр нийт төрөлтийн тоог бичнэ. Ихэр бол нэг төрөлтөнд тооцно. Жирэмсний хяналтын хөтөчөөс харж тэмдэглэх ба хэрэв нэг оронтой байвал аравтын оронд 0 гэж бичнэ. Жишээ: 0 3
Асуулт 9: Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх	Жирэмсний *хяналтанд байсан бол тийм-1, байгаагүй бол үгүй-2* гэж тэмдэглэнэ. Жирэмсний хяналтад байсан эсэх тодорхойгүй байвал мэдээлэлгүй-3 гэж хариулна. Түүнчлэн, жирэмсний хяналтанд байгаагүй бол 12-р асуулт руу шилжинэ.
Асуулт 10: Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа	Жирэмсний хяналтанд анх орсон хугацааг долоо хоногоор тооцож тэмдэглэнэ. Тухайн эхийн жирэмсний хяналтанд орсон хугацааг 2 нүд бүхий хүснэгтийн эхний нүдэнд аравтын, сүүлийн нүдэнд нэгжийн орон байхаар нөхнө. Хэрэв нэг оронтой байвал аравтын оронд 0 гэж бичнэ. *Жишээ: 7 долоо хоногтой хяналтанд орсон бол 0 7* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 11: Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин	Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшинг кодын дагуу сонгоно.

Асуулт 12: Жирэмсэн үеийн хүндрэл	Одоогийн жирэмсний явцад тохиолдсон хүндрэлийг тохирох хариултын кодоос сонгоно. Нэгээс олон хариулт сонгож болно. Эхэд тохиолдсон жирэмсний хүндрэл дээрх хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, хүндрэлийг тодорхой бичнэ. Хүндрэлгүй тохиолдолд хүндрэлгүй гэсэн хариултыг сонгоно.
Асуулт 13: Эхийн эмгэг	Эхэд жирэмсэнтэй хавсарсан эрхтэн тогтолцооны эмгэг байвал тохирох хариултын кодыг сонгоно. Нэгээс олон хариулт сонгож болно. Эхэд тохиолдсон эрхтэн тогтолцооны эмгэг дээрх хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, эмгэгийн нэрийг тодорхой бичнэ. Мөн халдварт ба шимэгчит зарим өвчин гэсэн хариултыг сонгосон бол тодорхой бичнэ.
Асуулт 14: Антенаталь үеийн эмийн хэрэглээ	Жирэмсэн үед хэрэглэсэн эмийн хэрэглээг бичих бөгөөд дутуу төрөлтийн үед дексаметазон хэрэглэсэн эсэхийг тодруулж бичнэ. Бусад гэсэн хариуг сонгосон бол эмийн нэрийг дэлгэрэнгүй, тоочиж бичнэ. Жишээ: 1. *Дексаметазон*
Асуулт 15: Төрсөн газар	Нярайн төрсөн газрыг өгөгдсөн кодоос сонгож тэмдэглэнэ. Хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, төрсөн газрын нэрийг тодорхой бичнэ. *Жишээ: 2. Хотын амаржих газрууд*
Асуулт 16: Төрөлтийн хэлбэр	Төрөлтийн хэлбэрийг төрөх замаар-1, хагалгаагаар-2 гэсэн хариултын аль нэгийг сонгоно. Төрөх замаар төрсөн бол доорх аргуудаас сонгоно, олон хариулттай байж болно. Төрөх замаар төрсөн тохиолдолд 18-р асуулт руу шилжинэ. *Жишээ: 2. Хагалгаа*
Асуулт 17: Хагалгаа хийсэн заалт	Нярай кесар хагалгаагаар төрсөн бол хагалгаа хийгдсэн заалтаас тохирох кодыг сонгоно, олон хариулттай байж болно. Бусад гэсэн хариуг сонгосон бол хагалгаа хийгдсэн заалтыг дэлгэрэнгүй бичнэ. *Жишээ: 2. Манас таталт*
Асуулт 18: Түрүүлсэн хэсэг	Ургийн түрүүлсэн хэсгийг тохирох кодоос сонгоно. Бусад гэсэн кодыг сонгосон тохиолдолд хариултыг тодорхой бичнэ. *Жишээ: 1. Толгой*
Асуулт 19: Төрөлтийн үеийн хүндрэл	Төрөлтийн үеийн хүндрэл тохиолдвол тохирох кодыг сонгоно. Бусад гэсэн кодыг сонгосон тохиолдолд хүндрэлийг тодорхой бичнэ. *Жишээ: 1. Төрөлтийн саатал*
Асуулт 20: Ургийн хүндрэл	Урагт хүндрэл тохиолдвол тохирох кодыг сонгоно. Бусад гэсэн кодыг сонгосон тохиолдолд хүндрэлийг тодорхой бичнэ. *Жишээ: 3. Өсөлт хөгжлийн саатал*
	B. Нярайн талаарх мэдээлэл
Асуулт 1: Нярайн төрсөн он, сар, өдөр	Нярайн төрсөн он, сар, өдрийг тодорхой бичнэ. *Жишээ: Нярай 2014 оны 3 сарын 16 өдөр* гэж тэмдэглэнэ.

Асуулт 2: Энэ төрөлтөөр төрүүлсэн хүүхдийн тоо (амьд, амьгүй хүүхдийн тоо)	Эх энэ удаагийн төрөлтөөр хэдэн хүүхэд (амьд, амьгүй) төрүүлсэн тоог өгөгдсөн нүдэнд тэмдэглэнэ.
Асуулт 3: Энэ нярай ихэр хүүхдийн хэд дэх хүүхэд вэ?	Эхийн энэ удаагийн ихэр төрөлтийн хэд дэх хүүхдийг тодруулах зорилго бүхий асуултанд хариулахдаа тухайн амьгүй нярай нь ихэр төрсөн бол нярайн төрөх үеийн дараалын дагуу бичнэ. *Жишээ: Эх 2 ихэр хүүхэд төрүүлэхэд эхний хүүхэд амьгүй төрсөн бол 1 дэх* гэж бичнэ.
Асуулт 4: Нас баралтын ангилал	Нас баралтын ангиллыг доорх кодоос сонгож дугуйлна.
Асуулт 5: Хүйс	Нярайн хүйсийг *эр-1, эм-2* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 6-7: Нярайн жин, өндөр	Нярайг үзсэн эмчийн анхны үзлэгийн биеийн жин, өндрийн хэмжээг бичиж тэмдэглэнэ.
Асуулт 8: Төрөх үеийн тээлтийн нас	Нярайн төрөх үеийн тээлтийн насыг долоо хоног, хоногоор бичнэ.
Жич: Та амьгүй төрөлтийг мэдээлж байгаа тохиолдолд 18-р асуулт руу шилжинэ.	
Асуулт 18: Эмнэлзүйн онош (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош)	Эмнэлзүйн үндсэн оношийг (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош) гаргацтай бичих ба ӨОУА-10 гэдгийн ард оношийн кодыг бичиж өгнө.
Та амьгүй төрөлт мэдээлж байгаа тул 23-р асуултад шууд шилжинэ.	
Асуулт 23: Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх	Эмгэг судлалын шинжилгээнд *орсон бол тийм-1, ороогүй бол үгүй-2* гэж дугуйлна.
Асуулт 24: Эмгэг судлалын онош (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош)	Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон бол эмгэг судлалын шинжилгээний оношийг (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош) дэлгэрэнгүй бичиж оруулахаас гадна ӨОУА-10-аар кодлоно.
Асуулт 25-26: Онош тохирсон эсэх	Эмгэг судлалын шинжилгээний онош эмнэлзүйн оноштой тохирсон эсэхийг өгөгдсөн кодыг ашиглан хариулах ба онош тохироогүй бол кодыг ашиглан дугуйлна.

(нярайн эндэгдлийн үед)

Асуумж	Аргачлал-Тодорхойлолт – Жишээ
А. Ерөнхий мэдээлэл	
Мэдээлсэн огноо	Мэдээлсэн хугацааг он, сар, өдөр, цаг, минутаар бичнэ. *Жишээ: 2014 оны 04 сарын 08 өдөр 13 цаг 30 минут* гэж бичнэ.
Мэдээлсэн газар	Аймаг/хот *Архангай* Сум/дүүрэг *Тариат* Эмчийн овог, нэр *Д. Солонго* Албан тушаал *Хүүхдийн эмч*
Б. Хувь хүний тухай мэдээлэл	
	Регистрийн дугаарыг бөглөхдөө тухайн нярайн эхийн иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээнд бичсэн регистрийн дугаарыг үндэслэн бичнэ. Регистрийн дугаар гэсэн 10 нүд бүхий хүснэгтийн эхний 2 нүдэнд үсгийг том үсгээр,

Асуулт 1: Эхийн регистрийн дугаар	сүүлийн 8 нүдэнд цифрийг тус бүрт гаргацтай бичнэ. *Жишээ* *А Н 8 6 0 2 2 4 6 5*
Асуулт 2: Эхийн овог, нэр	Эхийн иргэний бүртгэлээс баталгаажсан иргэний үнэмлэх, төрсний гэрчилгээг үндэслэн овог, нэрийг тод гаргацтай, татлахгүй, үнэн, зөв бичнэ. *Жишээ: Эхийн овог Сүрэн нэр Саруул*
Асуулт 3: Эхийн нас	Нас гэсэн 2 нүд бүхий хүснэгтэд эхийн төрсөн оныг үндэслэн насыг тооцоолж бүтэн насаар бичнэ. *Жишээ: 1985 онд төрсөн эх байвал 2014 оноос 1985 оныг хасаж 29 гэж тооцож бичнэ.*
Асуулт 4: Оршин суугаа хаяг	Эхийн иргэний үнэмлэхийг үндэслэн аймаг/хот, сум/дүүрэг, баг/хороо зэргийг гаргацтай бичнэ. Жишээ: Аймаг/хот *Орхон* Сум/дүүрэг *Жаргалант* Баг/хороо *Улаантолгой баг*
Асуулт 5: Ам бүл	Ам бүлийн тоог эхийн жирэмсний хяналтын хөтөч, өвчний түүх, төрөлтийн түүхийн паспортын хэсгээс харж үнэн зөв бөглөнө.
Асуулт 6: Ажил эрхлэлт	Ажил эрхлэлтийг сонгохдоо тохирох хариултыг дугуйлна, дээрх хариултын алинд нь ч орохгүй бол бусад гэсэн хариултыг дугуйлж, тодорхой бичнэ үү.
Асуулт 7: Жирэмслэлтийн тоо	Жирэмслэлтийн тоог жирэмсний хяналтын хөтчөөс харж, одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулан нийт жирэмслэлтийн тоог бичнэ. Хэрэв нэг оронтой байвал аравтын оронд 0 гэж бичнэ. *Жишээ: 0 3*
Асуулт 8: Өмнөх төрөлтийн тоо	Өмнөх төрөлтийн тоонд одоогийн жирэмсний төгсгөлийг оруулахгүйгээр нийт төрөлтийн тоог бичнэ. Ихэр бол нэг төрөлтөнд тооцно. Жирэмсний хяналтын хөтчөөс харж тэмдэглэх ба хэрэв нэг оронтой байвал аравтын оронд 0 гэж бичнэ. *Жишээ: 0 3*
Асуулт 9: Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх	Жирэмсний *хяналтанд байсан бол тийм-1, байгаагүй бол үгүй-2* гэж тэмдэглэнэ. Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх нь тодорхойгүй байвал мэдээлэлгүй-3 гэж хариулна. Түүнчлэн, жирэмсний хяналтанд байгаагүй бол 12-р асуулт руу шилжинэ.
Асуулт 10: Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа	Жирэмсний хяналтанд анх орсон хугацааг долоо хоногоор тооцож тэмдэглэнэ. Тухайн эхийн жирэмсний хяналтанд орсон хугацааг 2 нүд бүхий хүснэгтийн эхний нүдэнд аравтын, сүүлийн нүдэнд нэгжийн орон байхаар нөхнө. Хэрэв нэг оронтой байвал аравтын оронд 0 гэж бичнэ. *Жишээ: 7 долоо хоногтой хяналтанд орсон бол 0 7 гэж тэмдэглэнэ.*

Асуулт 11: Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин	Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшинг кодын дагуу сонгоно.
Асуулт 12: Жирэмсэн үеийн хүндрэл	Одоогийн жирэмсний явцад тохиолдсон хүндрэлийг тохирох хариултын кодоос сонгоно. Нэгээс олон хариулт сонгож болно. Эхэд тохиолдсон жирэмсний хүндрэл дээрх хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, хүндрэлийг тодорхой бичнэ. Хүндрэлгүй тохиолдолд хүндрэлгүй гэсэн хариултыг сонгоно.
Асуулт 13: Эхийн эмгэг	Эхэд жирэмсэнтэй хавсарсан эрхтэн тогтолцооны эмгэг байвал тохирох хариултын кодыг сонгоно. Нэгээс олон хариулт сонгож болно. Эхэд тохиолдсон эрхтэн тогтолцооны эмгэг дээрх хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, эмгэгийн нэрийг тодорхой бичнэ. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин гэсэн хариултыг сонгосон бол тодорхой бичнэ.
Асуулт 14: Антенаталь үеийн эмийн хэрэглээ	Жирэмсэн үед хэрэглэсэн эмийн хэрэглээг бичих бөгөөд дутуу төрөлтийн үед дексаметазон хэрэглэсэн эсэхийг тодруулж бичнэ. Бусад гэсэн хариуг сонгосон бол эмийн нэрийг дэлгэрэнгүй, тоочиж бичнэ. *Жишээ: 1. Дексаметазон*
Асуулт 15: Төрсөн газар	*Нярайн төрсөн газрыг өгөгдсөн кодоос сонгож тэмдэглэнэ. Хариултад тохирохгүй байвал бусад гэсэн хариултыг сонгоод, төрсөн газрын нэрийг тодорхой бичнэ. Жишээ: 2. Хотын амаржих газрууд*
Асуулт 16: Төрөлтийн хэлбэр	Төрөлтийн хэлбэрийг төрөх замаар-1, хагалгаагаар-2 гэсэн хариултын аль нэгийг сонгоно. Төрөх замаар төрсөн бол доорх аргуудаас сонгоно, олон хариулттай байж болно. Төрөх замаар төрсөн тохиолдолд 18-р асуулт руу шилжинэ. *Жишээ: 2. Хагалгаа*
Асуулт 17: Хагалгаа хийсэн заалт	Нярай кесар хагалгаагаар төрсөн бол хагалгаа хийгдсэн заалтаас тохирох кодыг сонгоно, олон хариулттай байж болно. Бусад гэсэн хариуг сонгосон бол хагалгаа хийгдсэн заалтыг дэлгэрэнгүй бичнэ. *Жишээ: 2. Манас таталт*
Асуулт 18: Түрүүлсэн хэсэг	Ургийн түрүүлсэн хэсгийг тохирох кодоос сонгоно. Бусад гэсэн кодыг сонгосон тохиолдолд хариултыг тодорхой бичнэ. *Жишээ: 1. Толгой*
Асуулт 19: Төрөлтийн үеийн хүндрэл	Төрөлтийн үеийн хүндрэл тохиолдвол тохирох кодыг сонгоно. Бусад гэсэн кодыг сонгосон тохиолдолд хүндрэлийг тодорхой бичнэ. *Жишээ: 1. Төрөлтийн саатал*

Асуулт 20: Ургийн хүндрэл	Урагт хүндрэл тохиолдвол тохирох кодыг сонгоно. Бусад гэсэн кодыг сонгосон тохиолдолд хүндрэлийг тодорхой бичнэ. *Жишээ: 3. Өсөлт хөгжлийн саатал*
В. Нярайн талаарх мэдээлэл	
Асуулт 1: Нярайн төрсөн он, сар, өдөр	Нярайн төрсөн он, сар, өдрийг тодорхой бичнэ. *Жишээ: Нярай 2014 оны 3 сарын 16 өдөр* гэж тэмдэглэнэ
Асуулт 2: Энэ төрөлтөөр төрүүлсэн хүүхдийн тоо (амьд, амьгүй хүүхдийн тоо)	Эх энэ удаагийн төрөлтөөр хэдэн хүүхэд (амьд, амьгүй) төрүүлсэн тоог өгөгдсөн нүдэнд тэмдэглэнэ.
Асуулт 3: Энэ нярай ихэр хүүхдийн хэд дэх хүүхэд вэ?	Эхийн энэ удаагийн ихэр төрөлтийн хэд дэх хүүхдийг тодруулах зорилго бүхий асуултанд хариулахдаа эндсэн нярай нь ихэр төрсөн бол *нярайн төрөх үеийн дараалын дагуу бичнэ. Жишээ: Эх 2 ихэр хүүхэд төрүүлэхэд эхний хүүхэд амьгүй төрсөн бол 1 дэх* гэж бичнэ.
Асуулт 4: Нас баралтын ангилал	Нас баралтын ангиллыг доорх кодоос сонгож дугуйлна.
Асуулт 5: Хүйс	Нярайн хүйсийг *эр-1, эм-2* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 6-7: Биеийн жин, өндөр	Нярайг үзсэн эмчийн анхны үзлэгийн биеийн жин, өндрийн хэмжээг бичиж тэмдэглэнэ.
Асуулт 8: Төрөх үеийн тээлтийн нас	Нярайн төрөх үеийн тээлтийн насыг долоо хоног, хоногоор бичнэ.
Асуулт 9: Апгарын үнэлгээ	Амьд төрсөн нярайд Апгарын оноог төрсний дараах 1 минут, 5 минутын байдлаар тэмдэглэнэ.
Асуулт 10: Нярайд нэн шаардлагатай тусламж хэрэгжүүлсэн эсэх	Нярайн нэн шаардлагатай тусламж үзүүлсэн бол асуултад өгөгдсөн кодыг ашиглан хариулна, олон хариулттай байж болно. Нэн шаардлагатай тусламж үзүүлсэн талаар мэдээлэл байхгүй бол мэдээлэлгүй гэж бөглөнө. *Жишээ: 3. Мэдээлэлгүй*
Асуулт 11: Сэхээн амьдруулалт хийгдсэн эсэх	Нярайд сэхээн амьдруулалт хийгдсэн эсэхийг хариулахдаа асуумжид байгаа хариултаас сонгох ба олон хариулт дугуйлж болно. Сэхээн амьдруулалт хийгдсэн талаар мэдээлэл байхгүй бол мэдээлэлгүй гэж бөглөнө.
Асуулт 12: Сэхээн амьдруулалтыг үзүүлсэн хүн	Нярайд сэхээн амьдруулалт үзүүлсэн хүний мэргэжлийг кодоос сонгоно. Жагсаалтад байхгүй хариулт гарвал бусад гэсэн кодыг сонгож, хариултыг дэлгэрэнгүй бичнэ.
Асуулт 13: Нярайн өвчний улмаас эмнэлэгт хэвтсэн	Нярайн эмнэлэгт хэвтсэн хугацааг он, сар, өдөр, цаг, минутаар бичнэ. Үүнийг нярайн өвчний түүхээс авч тэмдэглэнэ. *Жишээ: 2014 он 1 сар 5 өдөр 14 цаг 15 минут гэж бичнэ.*
Асуулт 14: Хэвтэх үеийн нярайн нас	Нярайн эмнэлэгт хэвтэх үеийн насыг өвчний түүхээс харж хоног, цаг, минутаар бичнэ.
Асуулт 15: Эмнэлэгт байх үед эмчилгээ хийгдсэн эсэх	Нярайд эмнэлэгт байх үед ямар нэгэн эмчилгээ хийгдсэн бол асуултад өгөгдсөн кодыг ашиглан хариулна. Олон хариулт байж болно.
Асуулт 16: Гипогликеми илэрсэн эсэх	Нярайн шинжилгээнд гипогликеми *илэрсэн бол тийм-1, илрээгүй бол үгүй-2, мэдээлэлгүй бол-3* гэж кодлоно. Үгүй гэж хариулсан бол 18-р асуулт руу шилжинэ.

Асуулт 17: Гипогликемийн эмчилгээ хийсэн эсэх	Гипогликемийн эмчилгээ хийсэн бол *тийм-1, хийгээгүй бол үгүй-2, мэдээлэлгүй бол-3* гэж дугуйлна.
Асуулт 18: Эмнэлзүйн онош (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош)	Эмнэлзүйн үндсэн оношийг (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош) гаргацтай бичиж ӨОУА-10 гэдгийн ард оношийн кодыг бичнэ.
Асуулт 19: Нярайн эндсэн газар	Нярайн эндсэн газрыг өгөгдсөн хариултын кодоос сонгоно. Бусад гэсэн кодыг сонгосон тохиолдолд эндсэн газрыг тодорхой бичнэ.
Асуулт 20: Нас барах үеийн нярайн нас	Нас барах үеийн нярайн нас, ор хоногийг хоног, цаг, минутаар бичнэ.
Асуулт 21: Ор хоног	Нярайн нас барах хүртэл эмнэлэгт хэр удаан байсан хугацааг буюу ор хоногийг хоног, цаг, минутаар нь бичнэ. Эхний 2 нүдэнд хоногийг, дунд 2 нүдэнд цагийг, сүүлийн 2 нүдэнд минутыг бичнэ. *Жишээ: Ор хоног 2 хоног 6 цаг 25 минут* бол *0 2* ☐☐ *хоног* ☐*0*☐*6* ☐ *цаг 2* ☐*5*☐ *минут* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 22: Нярайн нас барсан хугацаа	Нярайн нас барсан хугацааг он, сар, өдөр, цаг, минутаар бичнэ. *Жишээ: Нярай нас барсан: 2014 он 2 сар 13 өдөр 16 цаг 20 минут* гэж тэмдэглэнэ.
Асуулт 23: Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх	Эмгэг судлалын шинжилгээнд *орсон бол тийм-1, ороогүй бол үгүй-2* гэж дугуйлна
Асуулт 24: Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош)	Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон бол эмгэг судлалын шинжилгээний оношийг (үндсэн онош, хүндрэл, дагалдах онош) дэлгэрэнгүй бичиж, ӨОУА-10-аар кодлоно.
Асуулт 25-26: Онош тохирсон эсэх	Эмгэг судлалын шинжилгээний онош эмнэлзүйн оноштой тохирсон эсэхийг өгөгдсөн кодыг ашиглан хариулах ба онош тохироогүй бол кодыг ашиглан дугуйлна.

КОДЛОХ ЗААВАР

САЛБАРЫН АНГИЛАЛ, ДЭД САЛБАР

№	Код	Салбарын нэр
A		**Хөдөө аж ахуйн, ан агнуур, ойн аж ахуй, загас барилт, ан агнуур**
	01	Газар тариалан, мал аж ахуйн үйлдвэрлэл, ан агнуур болон түүнд холбогдох туслах үйл ажиллагаа
	02	Ойн аж ахуй, мод бэлтгэл
	03	Загас барих, үржүүлэх
B		**Уул уурхай, олборлолт**
	05	Чулуун, хүрэн нүүрс олборлолт
	06	Газрын тос, байгалийн хий олборлолт
	07	Металлын хүдэр олборлолт
	08	Бусад ашигт малтмал олборлолт
	09	Уул уурхайн олборлолтын туслах үйл ажиллагаа
C		**Боловсруулах үйлдвэрлэл**
	10	Хүнсний бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл
	11	Ундааны үйлдвэрлэл
	12	Тамхины үйлдвэрлэл
	13	Нэхмэлийн үйлдвэрлэл
	14	Хувцас үйлдвэрлэл
	15	Арьс, арьсан бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэл
	16	Тавилгаас бусад мод болон модон бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл; сүрэл, дэрсэн эдлэл үйлдвэрлэл
	17	Цаас болон цаасан бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл
	18	Хэвлэх, дуу бичлэгийн хувилах, дахин үйлдвэрлэх үйл ажиллагаа
	19	Кокс болон газрын тосны боловсруулсан бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл
	20	Хими, химийн төрлийн бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл
	21	Эм, эм бэлдмэл, химийн болон ургамлын гаралтай эмийн бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл
	22	Резинэн болон хуванцар бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл
	23	Төмөрлөг бус эрдэс бодисоор хийсэн эдлэл үйлдвэрлэл
	24	Металл үйлдвэрлэл

	25	Машин, тоног төхөөрөмжөөс бусад металл бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл
	26	Компьютер, электроник болон хараа зүйн бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл
	27	Цахилгаан тоног төхөөрөмжийн үйлдвэрлэл
	28	Дээрх дэд салбарт ороогүй бусад машин, тоног төхөөрөмжийн үйлдвэрлэл
	29	Моторт авто тээврийн хэрэгсэл, чиргүүл, хагас чиргүүл үйлдвэрлэл
	30	Тээврийн хэрэгслийн бусад тоног төхөөрөмж үйлдвэрлэл
	31	Тавилга үйлдвэрлэл
	32	Бусад боловсруулах үйлдвэрлэл
	33	Машин, тоног төхөөрөмжийг угсрах, суурилуулах, холбогдох засвар, үйлчилгээ
D		**Цахилгаан хий, уур, агааржуулалт**
	35	Цахилгаан хий, уур, агааржуулалт
E		**Ус хангамж, бохир ус, хог,хаягдлын менежмент болон цэвэрлэх үйл ажиллагаа**
	36	Ус цуглуулах, ариутгах, ус хангамж
	37	Бохир ус цуглуулах, цэвэршүүлэх, ариутгах үйл ажиллагаа
	38	Хог хаягдлыг цуглуулах, ариутгах, боловсруулах үйл ажиллагаа
	39	Хог, хаягдлын менежментийн бусад болон цэвэрлэх үйл ажиллагаа
F		**Барилга**
	41	Барилга угсралт
	42	Иргэний зориулалттай инженерийн байгууламжийн угсралтын үйл ажиллагаа
	43	Барилгын тусгай үйл ажиллагаа
G		**Бөөний болон жижиглэн худалдаа, машин, мотоциклийн засвар үйлчилгээ**
	45	Моторт тээврийн хэрэгсэл, мотоциклийн бөөний болон жижиглэн худалдаа, засвар үйлчилгээ
	46	Машин, мотоциклээс бусад барааны бөөний худалдаа
	47	Машин, мотоциклээс бусад барааны жижиглэн худалдаа
H		**Тээвэр ба агуулахын үйл ажиллагаа**
	49	Хуурай замын болон хий дамжуулах хоолойн тээвэрлэлт
	50	Усан замын тээвэр
	51	Агаарын тээвэр

	52	Агуулахын болон тээврийн туслах үйл ажиллагаа
	53	Шуудан, зарлага, элчийн үйл ажиллагаа
I		**Байр сууц болон хоол хүнсээр үйлчлэх үйл ажиллагаа**
	55	Зочид буудал, байр, сууцаар үйлчлэх үйл ажиллагаа
	56	Нийтийн хоолны үйлчилгээ
J		**Мэдээлэл, холбоо**
	58	Эх бэлтгэх, нийтлэх үйл ажиллагаа
	59	Кино, видео, телевизийн хөтөлбөрийн үйлдвэрлэл, бичлэг хийх болон хөгжим, ая үйлдвэрлэх үйл ажиллагаа
	60	Өргөн нэвтрүүлэг бэлтгэх, дамжуулах үйл ажиллагаа
	61	Цахилгаан холбоо
	62	Компьютер програмчлал, зөвлөгөө болон түүнд холбогдох үйл ажиллагаа
	63	Мэдээллээр үйлчлэх үйл ажиллагаа
K		**Санхүүгийн болон даатгалын үйл ажиллагаа**
	64	Даатгалын болон тэтгэврийн санхүүжилтийн үйл ажиллагаанаас бусад санхүүгийн үйлчилгээний үйл ажиллагаа
	65	Албан журмын нийгмийн даатгалаас бусад даатгал, давхар даатгал, тэтгэврийн санхүүжилтын үйл ажиллагаа
	66	Санхүүгийн бусад үйл ажиллагаа
L		**Үл хөдлөх хөрөнгийн үйл ажиллагаа**
	68	Үл хөдлөх хөрөнгийн үйл ажиллагаа
M		**Мэргэжлийн, шинжлэх ухаан болон техникийн үйл ажиллагаа**
	69	Хуулийн болон бүртгэлийн үйл ажиллагаа
	70	Аж ахуйн нэгжийн удирдах дээд байгууллагын үйл ажиллагаа; менежментийн зөвлөгөө өгөх үйл ажиллагаа
	71	Архитектур болон инженерийн үйл ажиллагаа; техникийн туршилт, шинжилгээ
	72	Шинжлэх ухааны эрдэм шинжилгээ, ололт, судалгааны үйл ажиллагаа
	73	Сурталчилгааны ажил, зах зээлийн судалгаа
	74	Мэргэжлийн, шинжлэх ухаан, техникийн ажлын бусад үйл ажиллагаа
	75	Мал эмнэлгийн үйл ажиллагаа
N		**Удирдлагын болон дэмжлэг үзүүлэх үйл ажиллагаа**

	77	Түрээс, лизингийн үйл ажиллагаа
	78	Хөдөлмөр эрхлэлтийн үйл ажиллагаа
	79	Аялал, жуулчлалын агентлаг, аяллын оператор болон захиалгат бусад үйлчилгээний үйл ажиллагаа
	80	Аюулгүйн хамгаалал, мөрдөх үйл ажиллагаа
	81	Байшин, барилга болон цэцэрлэг, газрын гадаргыг арчлах, хамгаалах үйл ажиллагаа
	82	Албан байгууллагын удирдлагын болон туслах үйл ажиллагаа, бизнесийн бусад туслах үйл ажиллагаа
O		**Төрийн удирдлага ба батлан хамгаалах үйл ажиллагаа, албан журмын нийгмийн хамгаалал**
	84	Төрийн удирдлага ба батлан хамгаалах үйл ажиллагаа, албан журмын нийгмийн хамгаалал
P		**Боловсрол**
	85	Боловсрол
Q		**Хүний эрүүл мэнд ба нийгмийн халамжийн үйл ажиллагаа**
	86	Хүний эрүүл мэндийн үйл ажиллагаа
	87	Оршин суугчдад үзүүлэх нийгмийн халамжийн үйл ажиллагаа
	88	Зориулалтын байргүйгээр ахмад настан, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдэд үзүүлэх нийгмийн тусламжийн үйл ажиллагаа
R		**Урлаг, үзвэр, тоглоом наадам**
	90	Бүтээл туурвих, урлаг, үзвэр үйлчилгээний үйл ажиллагаа
	91	Номын сан, архив, музей болон бусад соёлын үйл ажиллагаа
	92	Мөрийтэй тоглоомын газрын үйл ажиллагаа
	93	Спорт, зугаа цэнгэл, чөлөөт цагийн үйл ажиллагаа
S		**Үйлчилгээний бусад үйл ажиллагаа**
	94	Гишүүнчлэл бүхий байгууллагын үйл ажиллагаа
	95	Хувийн болон өрхийн хэрэглээний зориулалттай бараа, компьютерын засвар, үйлчилгээ
	96	Хувийн үйлчилгээний бусад үйл ажиллагаа
T		**Хүн хөлслөн ажиллуулдаг өрхийн үйл ажиллагаа**
	97	Хүн хөлслөн ажиллуулдаг өрхийн үйл ажиллагаа

	98	Өрхийн өөрийн хэрэглээнд зориулсан, нэр төрлөөр нь салгаж тодорхойлох боломжгүй бараа, үйлчилгээний үйлдвэрлэлт
U		**Олон улсын байгууллага, суурин төлөөлөгчийн үйл ажиллагаа**
	99	Олон улсын байгууллага, суурин төлөөлөгчийн үйл ажиллагаа

АЖИЛ, МЭРГЭЖЛИЙН ҮНДСЭН БА ДЭД АНГИЛАЛ

№	Код	Мэргэжлийн ангилал
1		**Менежер**
	11	Хууль тогтоогч, удирдах албан тушаалтан, гүйцэтгэх захирал
	12	Захиргаа, арилжааны менежер
	13	Үйлдвэрлэл, төрөлжсөн үйлчилгээний менежер
	14	Зочид буудал, худалдаа, холбогдох бусад үйлчилгээний менежер
2		**Мэргэжилтэн**
	21	Шинжлэх ухаан, инженерийн мэргэжилтэн
	22	Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн
	23	Багшлах мэргэжилтэн
	24	Бизнес, захиргааны мэргэжилтэн
	25	Мэдээлэл, холбооны технологийн мэргэжилтэн
	26	Хууль, нийгэм, соёлын мэргэжилтэн
3		**Техникч болон туслах/дэд мэргэжилтэн**
	31	Шинжлэх ухаан, инженерийн туслах/дэд мэргэжилтэн
	32	Эрүүл мэндийн туслах/дэд мэргэжилтэн
	33	Бизнесийн болон захиргааны туслах/дэд мэргэжилтэн
	34	Хууль, нийгэм, соёл, тэдгээрт холбогдох бусад туслах/дэд мэргэжилтэн
	35	Мэдээлэл, холбооны техникч
4		**Контор, үйлчилгээний ажилтан**
	41	Конторын үндсэн болон гүйцэтгэх ажилтан
	42	Хэрэглэгчдэд үйлчлэх ажилтан
	43	Тооцоолол, материал бүртгэлийн ажилтан
	44	Конторын бусад туслах ажилтан
5		**Худалдаа, үйлчилгээний ажилтан**
	51	Худалдаа, үйлчилгээний ажилтан
	52	Борлуулалтын ажилтан
	53	Хувь хүн асрамжлах үйлчилгээ
	54	Хамгаалах үйлчилгээний ажилтан
6		**Хөдөө аж ахуй, ой, загас агнуурын ажилтан**
	61	Зах зээлд чиглэсэн хөдөө аж ахуйн мэргэшсэн ажилтан
	62	Зах зээлд чиглэсэн ой, загасны аж ахуй, ан агнуур эрхлэгч
	63	Өрхийн хэрэгцээт амь зуулгын фермч, загасчин, анчин, түүгч, хураагч
7		**Үйлдвэрлэл, барилга, гар урлал, холбогдох ажил, үйлчилгээний ажилтан**
	71	Барилга, түүнтэй холбогдох ажил, мэргэжлийн ажилтан (цахилгаанчаас бусад)
	72	Металл, машин механизм, холбогдох ажил, мэргэжлийн ажилтан
	73	Гар урлал, хэвлэлийн ажилтан

	74	Цахилгаан, цахим техникч
	75	Хүнс үйлдвэрлэгч, мод боловсруулагч, хувцас бусад хийцийн зүйл хийгч,
8		**Суурин төхөөрөмж, машин мехнизмын операторч, угсрагч**
	81	Машин механизм, төхөөргийн операторч, угсрагч
	82	Угсрагч
	83	Жолооч, хөдөлгөөнт төхөөргийн операторч
9		**Энгийн ажил, мэргэжил**
	91	Цэвэрлэгч, туслагч
	92	Хөдөө аж ахуй, ой, загасны аж ахуйн ажил
	93	Уурхай, барилга угсралт, үйлдвэр, тээвэр, агуулахын ажил
	94	Хүнс бэлтгэлийн туслах ажил
	95	Гудамжин дахь худалдаа, үйлчилгээний ажил
	93	Бусад энгийн ажил
10		**Зэвсэгт хүчний ажил, мэргэжил**
	101	Зэвсэгт хүчний зэрэг, цол бүхий офицер
	102	Зэвсэгт хүчний ахлагч
	103	Зэвсэгт хүчний зэрэглэлийн бусад ажил, мэргэжил

БОЛОВСРОЛ

№	Код	Боловсролын ангилал
1	01	Боловсролгүй
2	02	Бага
3	03	Суурь боловсрол
4	04	Бүрэн дунд
5	05	Мэргэжлийн болон техникийн
6	06	Дипломын
7	07	Бакалавр
8	08	Магистр
9	08	Доктор

ХҮЙС

№	Код	Хүйс
1	01	Эрэгтэй
2	02	Эмэгтэй

ХАРЬЯАЛАЛ

№	Код	Аль улсын харьяат

1	01	Монгол улсын
2	02	Харьяалалгүй
3	03	Гадаадын /улсын нэр бичих/

СУУРЬШИЛ

№	Код	Суурьшлын байдал
1	01	Байнга оршин суудаг
2	02	Түр эзгүй
3	03	Түр суугаа

ОРОН СУУЦНЫ БАЙДАЛ

№	Код	Орон сууцны байдал
1	01	Гэр, сууц
2	02	Орон сууцны байшин
3	03	Бие даасан тохилог сууц
4	04	Сууцны тусдаа байшин
5	05	Оюутан сурагчдын нийтийн байр
6	06	Ажиллагчдын нийтийн байр
7	07	Нийтийн зориулалтын бусад байр
8	08	Зориулалтын бус сууц
9	09	Бусад

ӨРХИЙН ТЭРГҮҮЛЭГЧИЙН ХАМААРАЛ

№	Код	Өрхийн тэргүүлэгчтэй ямар хамааралтай
1	01	Эхнэр/нөхөр
2	02	Хүү/охин
3	03	Эцэг/эх
4	04	Ах/эгч/дүү
5	05	Хадам эцэг/эх
6	06	Хүргэн/бэр
7	07	Өвөг эцэг/эмэг эх
8	08	Ач/зээ
9	09	Бусад төрөл төрөгсөд
10	10	Хамааралгүй

ХӨГЖЛИЙН БЭРХШЭЭЛ

№	Код	Хөгжлийн бэрхшээлийн төрөл
1	01	Төрөлхийн
2	02	Олдмол

ХӨГЖЛИЙН БЭРХШЭЭЛИЙН ХЭЛБЭР

№	Код	Хөгжлийн бэрхшээлийн хэлбэр
1	01	Харааны
2	02	Сонсголын
3	03	Хэл ярианы
4	04	Хөдөлгөөний
5	05	Сэтгэцийн

ГЭРЛЭЛТИЙН БАЙДАЛ

№	Код	Гэрлэлтийн байдал
1	01	Огт гэрлээгүй
2	02	Батлуулсан гэр бүлтэй
3	03	Батлуулаагүй нэр бүлтэй
4	04	Тусгаарласан
5	05	Цуцалсан
6	06	Бэлбэсэн

ХӨДӨЛМӨР ЭРХЛЭЛТ

№	Код	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал
1	01	Цалин хөлстэй ажиллагч
2	02	Ажил олгогч
3	03	Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч
4	04	Нөхөрлөл хоршооны гишүүн
5	05	Мал аж ахуй эрхлэгч
6	06	Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин хөлсгүй оролцогч гишүүн
7	07	Бусад /бичнэ/

ХӨДӨЛМӨР ЭРХЛЭХГҮЙ ШАЛТГААН

№	Код	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан
1	01	Сургуульд сурдаг
2	02	Тэтгэвэрт
3	03	Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй
4	04	Гэрийн ажилтай
5	05	Тохирох ажил олдохгүй
6	06	Ажил хайж байгаа
7	07	Ажиллах сонирхолгүй
8	08	Бусад /бичнэ/

№	Код	Тасгийн нэр
1	01	Дотрын
2	02	Мэс заслын
3	03	Төрөхийн
4	04	Эмэгтэйчүүдийн
5	05	Хүүхдийн
6	06	Халдвартын
7	07	Арьс харшлын
8	08	Сүрьеэгийн
9	09	Мэдрэлийн
10	10	Сэтгэцийн

11	11	Гэмтлийн
12	12	Нефрологийн
13	13	Урологийн
14	14	Эрчимт эмчилгээний
15	15	Нүдний
16	16	Чих хамар хоолой
17	17	Эрүү нүүрний
18	18	Хавдарын
19	19	Уламжлалт эмчилгээний
20	20	ДОХ, БЗДХ-ын
21	21	Хөнгөвчлөх эмчилгээний
22	22	Өдрийн эмчилгээ
23	23	Геронтологи
24	24	Нөхөн сэргээх эмчилгээний
25	25	Оношлогооны
26	26	Бусад

Боловсролын ангиллыг кодлох заавар

Сургуулийн өмнөх боловсрол
Бага насны хүүхдийн хөгжилд хэл ярианы баялагтай болох, хэлний мэдлэгээр өөрийгөө илэрхийлэх, бусадтай харилцаа үүсгэх, идэвхтэй тоглох бололцоогоор хангах, хүүхдийн хэл яриа, хөдөлгөөний чадварыг дэмжихүйц хөтөлбөрийг хамруулна. Зөвхөн хүүхэд асрах (хараа хяналт тавих, сувилах ба эрүүл мэндийн сувилгаа асаргаа) үйлчилгээ үзүүлдэг хөтөлбөрийг энд оруулахгүй.

Бага боловсрол
1975 он хүртэл ерөнхий боловсролын сургуулийн 4 дүгээр ангийг, 1975-1996 он хүртэлх ерөнхий боловсролын сургуулийн 3 дугаар ангийг, 1997-2004 он хүртэл ерөнхий боловсролын сургуулийн 4 дүгээр ангийг, 2005 оноос хойш ерөнхий боловсролын сургуулийн 5 дугаар ангийг төгсөгч болон бага боловсролын дүйцсэн сургалтын хөтөлбөр /албан бус боловсролын/-өөр бага боловсрол эзэмшсэн иргэнийг бага боловсролтой гэж үзэж энэ төвшинд хамруулна.
Суурь боловсрол
1975 он хүртэл ерөнхий боловсролын сургуулийн 7 дугаар ангийг, 1975-2004 он хүртэл ерөнхий боловсролын сургуулийн 8 дугаар ангийг, 2005 оноос ерөнхий боловсролын сургуулийн 9 дүгээр ангийг өдөр, орой, эчнээ хэлбэр болон албан бус боловсролын дүйцсэн сургалтын хөтөлбөрөөр суралцаж, суурь боловсролын гэрчилгээтэй иргэнийг суурь боловсролтой гэж үзэж энэ төвшинд хамруулна. Ерөнхий боловсролын ердийн, төрөлжсөн, гүнзгийрүүлсэн, тусгай, олон улсын хөтөлбөрийн сургалттай сургуулийн суурь боловсролын төвшний сургалтын хөтөлбөр хамаарна.
Бүрэн дунд боловсрол
2006 он хүртэл ерөнхий боловсролын сургуулийн 10-р ангийг, 2006-2014 оныг дуустал ерөнхий боловсролын сургуулийн 11 дүгээр ангийг, 2015 оноос ерөнхий боловсролын сургуулийн 12 дугаар ангийг өдөр, орой, эчнээ хэлбэр болон албан бус боловсролын сургалтын дүйцсэн хөтөлбөрөөр, мэргэжлийн боловсрол эзэмшүүлэх сургалтын байгууллагын бүрэн дунд боловсрол олгох сургалтад хамрагдаж бүрэн дунд боловсролын үнэмлэхтэй төгссөн иргэнийг бүрэн дунд боловсролтой гэж үзэж энэ төвшинд хамруулна. Ерөнхий боловсролын ердийн, төрөлжсөн, гүнзгийрүүлсэн, тусгай, олон улсын хөтөлбөрийн сургалттай сургууль болон албан

бус сургалтын дүйцсэн хөтөлбөрөөр бүрэн дунд боловсрол эзэмшүүлэх сургалтын хөтөлбөр хамаарна.

Мэргэжлийн болон техникийн боловсрол

Иргэний авьяас, сонирхол, хөдөлмөр эрхлэх хэрэгцээнд тулгуурлан боловсролын үндсэн зарчим, олон улсын нийтлэг жишиг, хандлагад нийцүүлэн мэргэжлийн ур чадвар, боловсрол эзэмшүүлэх, мэргэжлийг дээшлүүлэх, хөдөлмөр эрхлэх тодорхой төвшний ур чадварыг эзэмшүүлэх, хөдөлмөрийн болон харилцааны соёл төлөвшүүлэх (Монгол Улсын “Мэргэжлийн боловсрол, сургалтын тухай" хууль 5.1) зорилго бүхий мэргэжлийн сургалт үйлдвэрлэлийн төв, политехникийн коллеж, дээд сургууль, коллежийн мэргэжлийн боловсролын хөтөлбөр мэргэжлийн чадамж эзэмшсэнийг илтгэх диплом, мэргэжлийн үнэмлэх, чадамжийн гэрчилгээ олгодог богино хугацааны сургалтын хөтөлбөрийг хамруулна.

Дипломын боловсрол

Дипломын боловсролд суралцагчид туршлагад суурилсан нарийвчилсан мэргэжил олгож, хөдөлмөрийн зах зээлд ажиллах мэдлэг, чадвар, дадал эзэмшүүлэхэд чиглэгдсэн түргэвчилсэн дээд боловсролыг хамруулна. Дипломын боловсролын сургалтын агуулга нь онолын хувийн жин харьцангуй бага, хөдөлмөр эрхлэлтэд бэлтгэх тал нь давамгайлсан, цаашид бакалаврын боловсрол эзэмшихээр шилжин суралцах бололцоог хангасан, дээд боловсрол эзэмшүүлэх, 90 багц цагаас доошгүй агуулга судалсан (Монгол Улсын "Дээд боловсролын тухай" хууль 8.7) сургалтын хөтөлбөрийг хамруулна. Мөн дээд боловсролын бусад төвшинд элсэн суралцах боломжийг олгоно.

Бакалавр

Бакалаврын боловсрол нь суралцагчид шинжлэх ухаан, технологи, нийгэм- хүмүүнлэгийн тодорхой чиглэлээр сургалт, эрдэм шинжилгээ, үйлдвэрлэл, үйлчилгээний хүрээнд мэргэжлийн өндөр төвшинд ажиллах, судалгаа шинжилгээний ажил гүйцэтгэх, бие хүн өөрийгөө нээж хөгжүүлэх мэдлэг, чадвар, дадал эзэмшүүлж, соёл төлөвшүүлэхэд чиглэгдэнэ (Монгол Улсын "Дээд боловсролын тухай" хууль 3.1) Дээд боловсролын бакалаврын зэрэг олгох сургалт, өмнөх төвшний сургалтын багц цагийг оролцуулан 120 багц цагаас доошгүй агуулга судалсан (Монгол Улсын "Дээд боловсролын тухай" хууль 8.7) сургалтын хөтөлбөрийг хамруулна. 1993 оноос өмнө дотоод, гадаадын дээд боловсролын сургалтын байгууллагын 4 жилийн хугацаанд эзэмшүүлсэн дээд боловсрол олгох хөтөлбөр хамаарна.

Магистр

Дээд боловсролын магистрын зэрэг олгох сургалт, өмнөх төвшний сургалтын багц цагийг оролцуулан 150 багц цагаас доошгүй агуулга судалсан (Монгол Улсын "Дээд боловсролын тухай" хууль 8.7) сургалтын хөтөлбөрийг хамруулна. 1993 оноос өмнө дотоод, гадаадын сургалтын байгууллагын 5-аас доошгүй жилийн хугацаанд эзэмшүүлсэн дээд боловсролын диплом олгох хөтөлбөр хамаарна.

Доктор

Дээд боловсролын докторын зэрэг олгох сургалт, өмнөх төвшний сургалтын багц цагийг оролцуулан 210 багц цагаас доошгүй агуулга судалсан (Монгол Улсын "Дээд боловсролын тухай" хууль 8.7) сургалтын хөтөлбөрийг хамруулна.