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 арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СҮ-1

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага:.....

Бүртгэлийн дугаар	Бүртгэлд авсан огноо	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Оршин суугаа хаяг	Сүрьеэгийн хэлбэр	Тохиолдлын тодорхойлолт							Онош кодоор /ӨОУА/	Эмчилгээний бүлэг				Хаана эмчлэгдэх		Цэрний ба бусад шинжилгээний хариу											Сүрьеэ, ХДХВ		Эмчилгээний үр дүн (огноо)								Тайлбар
							Шинэ	Өмнө нь эмчлэгдсэн				Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй	Шилжиж ирсэн		1,3-р бүлэг	2-р бүлэг	Өвөрмөц горим	Эхэлсэн огноо	Эрчимт шат	Үргэлжлэх шат	ХДХВ халдвар (Т,Y,М)	ЭМЧТШ (Т,Y,М)	Оношлогдох үеийн /0 сар/			2 дахь сар		3 дахь сар		5 дахь сар		Эмчилгээний төгсгөлд											
																							Тү	Өс	Xpert	Тү	Өс	Тү	Өс	Тү	Өс	Тү	Өс											
						(У,УБ)		Дахилт	Эмчилгээ үр дүнгүй болсоны дараах	Хяналт алдагдсаны дараах	Бусад (Өмнөх эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй)												Лаб.№, огноо			Лаб.№, огноо		Лаб.№, огноо		Лаб.№, огноо		Лаб.№, огноо		РВЭ (Т,Y)	КС (Т,Y)	Эдгэрсэн	Эмчилгээ дуусгасан	Нас барсан	Үр дүнгүй	Хяналт алдагдсан	Дүгнэгдээгүй	ЭТС-д шилжсэн	Онош өөрчлөгдсөн	Эм тохироогүй	

Товчилсон үгийн тайлбар:

У - Уушгины сүрьеэ
УБ - Уушгины бус сүрьеэ
ӨОУА - Өвчний олон улсын 10-р ангилал
Т - Тийм
Y - Үгүй

М - Мэдэхгүй, тодорхойгүй
Тү - Түрхцийн шинжилгээ
Өс - Өсгөвөрлөх шинжилгээ
Xpert - GeneXpert MTB/RIF шинжилгээ
Лаб.№ - Лабораторийн шинжилгээний дугаар

РВЭ - Ретровирусийн эсрэг эмчилгээ
КС - Котримиксазолын эмчилгээ
ЭМЧТШ– Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээ

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

СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ, ХЯНАЛТЫН КАРТ

Карт нээсэн эмнэлэг: _____ **Аймаг, дүүргийн нэр:** _____ **Бүртгэлийн №** _____

Өвчтөний РД: | | | | | | | | | | |

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Өөрийн нэр: _____

Нас: ..... **Хүйс:** ○ Эр ○ Эм

Гэрийн хаяг: _____

_____

Ажил, албан тушаал: _____ z

Үндсэн онош: _____

_____, | А | 1 | | |

Хүндрэл:

_____

Хавсарсан онош: _____

Тохиолдлын тодорхойлолт:

○ Шинэ
○ Дахилт
○ Эмчилгээ үр дүнгүй болсоны дараах
○ Хяналт алдагдсаны дараах
○ Бусад/Өмнөх эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй/
○ Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй

Сүрьеэгийн хэлбэр:

○ Уушгины ○ Уушгины бус

Огноо	**Он/сар/өдөр**
Өвчин эхэлсэн:	_____/___/___
Эмчид анх үзүүлсэн	_____/___/___
Бүртгэлд авсан:	_____/___/___

ХДХВ-ийн халдварын байдал

Шинжилгээнд хамрагдсан эсэх?

○ Тийм ○ Үгүй ○ Тодорхойгүй

Огноо: _____/___/___

Хариу:

Сар	Түрхэц			Өсгөвөр			ЭМЧТШ	Жин
	Огноо	Дугаар	Хариу	Огноо	Дугаар	Хариу		
0								
2								
3								
5								
6/8/								
12								

Эмчилгээний (эрчимт шат) горим, тун

Бүлэг 1,3				Бүлэг 2					Өвөрмөц горим					У/С
(2)H	R	E	Z	(3)H	R	E	Z	(2)S	()H	R	E	Z	S	6H

Эрчимт шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл:

Сар	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	Гаж нөлөөний илрэл	Тэмдэглэл

СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ, ХЯНАЛТЫН КАРТ (СҮ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Үргэлжлэх шатны эмчилгээний горим, тун

Бүлэг 1,3				Бүлэг 2					Өвөрмөц горим				
(2)H	R	E	Z	(3)H	R	E	Z	(2)S	()H	R	E	Z	S

Эмнэлзүйн үечилсэн дүгнэлт:			
Эмчилгээний 2 дахь сард	Эмчилгээний 3 дахь сард	Эмчилгээний 5 дахь сард	Эмчилгээний төгсгөлд

Үргэлжлэх шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл:

Сар	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	Гаж нөлөөний илрэл	Тэмдэглэл

Х- хяналттай уулгасан О- хяналтгүй Т- эм уугаагүй

Хавьтлын талаарх мэдээлэл: Өрхийн хавьтлын тоо ____

Хэн болох	Эцэг, эхийн нэр, өөрийн нэр	РД	Нас Хүйс	БЦЖ Сорви	Рентгений дүгнэлт	Сорил /мм/	Цэрний шинжилгээ

Эмчилгээний үр дүн	**Огноо**
Эдгэрсэн	
Эмчилгээ дуусгасан	
Нас барсан (сүрьеэгээр, бусад шалтгаанаар)	
Үр дүнгүй	
Хяналт алдагдсан	
Дүгнэгдээгүй	
ЭТС-д шилжсэн	
Онош өөрчлөгдсөн	
Эм тохироогүй	

Хяналтаас хассан огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр **Эмчийн гарын үсэг: _____**

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

СҮРЬЕЭГИЙН ҮҮСГЭГЧИЙГ ТҮРХЭЦ, XPERT АРГААР ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Илгээсэн эмнэлгийн нэр: ..... **Огноо:** ..... он.....сар.....өдөр

Эцэг /эх/-ийн нэр:.....**Өөрийн нэр**:.....**Нас:**…… **Хүйс**:…...

Оршин суугаа хаяг: .....

РД: | | | | | | | | | | | **Утасны дугаар**: ...../.....

◯ Оношилгооны шинэ	◯ Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдсэн		◯ Эмчилгээний хяналт
◯ ЭТС-ийн хавьтал	◯ Бүлэг I	◯ Эдгэрсэн	◯ Бүлэг I
	◯ Бүлэг II	◯ Эмч.дуусгасан	◯ Бүлэг II
	◯ Бүлэг IV	◯ Үр дүнгүй	◯ Бүлэг IV
		◯ Хяналт алдагдсан	Хяналтын сар:.....
		◯ Дүгнэгдээгүй	
		◯ Үр дүн тооцоогүй	Бүртгэлийн дугаар:.....

Шинжлэгдэхүүний төрөл: ◯ Цэр ◯ Цэрнээс бусад:.....

Цэр бол: ◯ Шүлс ◯ Салсархаг ◯ Идээрхэг ◯ Цустай

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо: ..... он..... сар.... өдөр **Шинжлэгдэхүүн илгээсэн огноо:** ..... он..... сар.... өдөр

Шинжилгээний хүсэлт: ☐ Түрхэц ☐ Xpert MTB/RIF

илгээсэн эмчиин нэр:.....

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо: ..... он..... сар.....өдөр **Гарын үсэг:**.....

Шинжилгээний дугаар: | | | | | | | | |

Түрхэцийн шинжилгээний хариу:

Шинжлэгдэхүүн	Шинжилгээний хариу					Огноо	Гарын үсэг
	Сөрөг	Цөөн эерэг	+	++	+++		
1							
2							

Xpert MTB/RIF шинжилгээний хариу:

Хариу	M.tuberculosis илэрсэн байдал	Рифампицинд тэсвэржилт	Огноо	Гарын үсэг
Илэрсэн	◯	◯		
Илрээгүй	◯	◯		

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СҮ-4

СҮРЬЕЭГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ, ЭМЭНД МЭДРЭГ ЧАНАР ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Илгээсэн эмнэлгийн нэр:..... **Огноо**: ..... он.....сар.....өдөр

Эцэг /эх/-ийн нэр:.....**Өөрийн нэр**:.....**Нас**:…… **Хүйс**:…...

Оршин суугаа хаяг: .....

РД: | | | | | | | | | | | **Утасны дугаар**: ...../.....

◯ Оношилгооны шинэ	◯ Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдсэн		◯ Эмчилгээний хяналт
◯ ЭТС-ийн хавьтал	◯ Бүлэг I ◯ Бүлэг II ◯ Бүлэг IV	◯ Эдгэрсэн ◯ Эмч.дуусгасан ◯ Үр дүнгүй ◯ Хяналт алдагдсан ◯ Дүгнэгдээгүй ◯ Үр дүн тооцоогүй	◯ Бүлэг I ◯ Бүлэг II ◯ Бүлэг IV Хяналтын сар:..... Бүртгэлийн дугаар:.....

Шинжлэгдэхүүний төрөл: ◯ Цэр ◯ Цэрнээс бусад:.....

Цэр бол: ◯ Шүлс ◯ Салсархаг ◯ Идээрхэг ◯ Цустай

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо: ..... /...../..... **Шинжлэгдэхүүн илгээсэн огноо**: ..... /...../.....

Шинжилгээний хүсэлт	☐ Түрхэц	☐ Өсгөвөр		☐ ЭМЧТ	☐ Эгнээ 1
	☐ Xpert MTB/RIF	☐ Хатуу	☐ Шингэн	☐ LPA (HAIN)	☐ Эгнээ 2

Илгээсэн эмчийн нэр:.....

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Хүлээн авсан огноо: ...../...../..... **Гарын үсэг**:.....

Шинжилгээний дугаар: | | | | | | | | | |

Түрхэцийн шинжилгээний хариу:

Шинжлэгдэхүүн	Шинжилгээний хариу					Огноо	Гарын үсэг
	Сөрөг	Цөөн эерэг	+	++	+++		
1							
2							

Xpert MTB/RIF шинжилгээний хариу:

Хариу	M.tuberculosis	Риф.тэсвэржилт	Тооцох боломжгүй	Огноо	Гарын үсэг
Илэрсэн	◯	◯	◯		
Илрээгүй	◯	◯	◯		

Өсгөвөрлөх шинжилгээний дүн: Шингэн тэжээлт ◯ Хатуу тэжээлт

Огноо	Сорьц	Сөрөг	Цөөн эерэг	+	++	+++	Бохирдсон	Огноо	Гарын үсэг
	1								
	2								

Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний хариу

Шингэн тэжээлт ◯ Хатуу тэжээлт ◯ LPA (HAIN)

Огноо	H	R	E	S	Am	Km	Cpm	Olf	FQ	Km/Am/Cpm	Km/Cpm/VIO	Km/Am/VIO	Low/level Km	Тооцох боломжгүй

ЭМЧТШ хариу гарсан огноо: .....он……сар.....өдөр **Эмчийн гарын үсэг:** .....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СҮ-5

СҮРЬЕЭГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Лаб. Дугаар	Огноо	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр, Регистрийн дугаар	Нас/Хүйс	Илгээ-сэн газар	Гэрийн хаяг	Шинжилгээний зорилго			Шинжлэгдэхүүн		Түрхцийн хариу		Хрерт-ийн хариу			Гарын үсэг	Тайлбар
						оношилгоо		Эмч. хяналт	төрөл	чанар	1	2	МТВ	RIF	Огноо		
						шинэ	өмнө эмчлэгд-сэн										

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

СҮРЬЕЭТЭЙ БАЙЖ БОЛЗОШГҮЙ ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ

Өрх/сумын эрүүл мэндийн төвийн нэр:.....

Огноо	№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Оршин суугаа хаяг, утасны дугаар	Авсан арга хэмжээ /огноо/		Сүрьеэ илэрсэн эсэх? (Т,Y)	Тайлбар
						Сүрьеэгийн диспансерт илгээсэн	Сорьц авч, тээвэрлэсэн		

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

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН ХЯНАЛТЫН ХАВЬТЛЫН БҮРТГЭЛ

Тохиолдлын индексийн мэдээлэл:

Бүртгэлийн дугаар:_____ Бүртгэгдсэн огноо:_____ он ___ сар ___ өдөр Гэрийн хаяг:_____

Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр:_____ Нас:_____ Хүйс:_____ Ажлын газар:_____

Онош:_____ Тохиолдлын индексийн төрөл: Түрхэц эерэг Хүүхдийн сүрьеэ Өрхийн хавьтлын тоо: _____

№	Өвчтөний хэн болох	Хавьтлын эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр, Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Эхний үзлэгийн мэдээлэл /Тохиолдлын индексийн эмчилгээний 0 сард/					12 сарын дараах үзлэгийн мэдээлэл				
					Шинжилгээний төрөл			Сүрьеэ өвчин илэрсэн (Т, Y)	ИУСЭ эхэлсэн (Т, Y)	Шинжилгээний төрөл			Сүрьеэ өвчин илэрсэн (Т, Y)	ИУСЭ эхэлсэн Т, Y)
					Цээжний рентген	Цэрний шинжилгээ	Арьсны сорил			Рентген шинжилгээ	Цэрний шинжилгээ	Арьсны сорил		
					Хариу					Хариу				
					Огноо					Огноо				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СҮ-13

ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН КАРТ

..... Сүрьеэгийн диспансерт

Өвчний түүхийн №:_____

Өвчтөний РД: | | | | | | | | | | |

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Өөрийн нэр: _____

Нас: ___ **Хүйс:** ◯ Эр ◯ Эм

Гэрийн хаяг: _____

_____

Ажил, албан тушаал: _____

Үндсэн онош: _____

_____, | A | 1 | | |

Хавсарсан онош: _____

Тохиолдлын тодорхойлолт:

◯ Шинэ

◯ Дахилт

◯ Эмчилгээ үр дүнгүй болсоны дараах

◯ Хяналт алдагдсаны дараах

◯ Бусад /Өмнөх эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй/

◯ Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй

Сүрьеэгийн хэлбэр:

◯ Уушгины ◯ Уушгины бус

Огноо Он/сар/өдөр

Өвчний шинж тэмдэг анх илэрсэн: _____/___/___

Эмчид анх үзүүлсэн ____/___/___

ХДХВ-ийн халдварын байдал

Шинжилгээнд хамрагдсан эсэх?

◯ Тийм ◯ Үгүй ◯ Тодорхойгүй

Огноо: _____/___/___ **Хариу:**

Рентген шинжилгээний дүгнэлт

_____

_____

_____

Эмчилгээний (эрчимт шат) горим, тун

Бүлэг 1,3					Бүлэг 2					Өвөрмөц бүлэг					12 сарын		
(2)H	R	E	Z	(E)	3H	R	E	Z	S	()H	R	E	Z	S	2H	E	S

Шинжилгээний хариу ба биеийн жин:

Сар	Түрхэц			Өсгөвөр			ЭМЧШ	Жин
	Огноо	Дугаар	Хариу	Огноо	Дугаар	Хариу		
0								
2								
3								

ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН КАРТ (СҮ-13) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Эрчимт шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл:

Сар	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	Гаж нөлөөний илрэл	Тэмдэглэл

Эмнэлэгт хэвтсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмийн эмчилгээнээс бусад хийгдсэн эмчилгээний талаар: / мэс засал ..... г.м/

.....

.....

.....

Дүгнэлт: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Эмчлэгч эмч: _____

Өвчтөний гарын үсэг: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СҮ-14

ГАДААД ЧАНАРЫН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ТҮРХЭЦ ДАГАЛДАХ ХУУДАС

Лабораторийн нэр, код:..... **Лаборантын нэр:**.....

№	Түрхцийн дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас, хүйс	Шинжилгээний зорилго			Лаборантын дүн	Шалгагчийн дүн
				Оношлогоо		Эмч. хяналт		
				Шинэ	Эмч. байсан			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СҮ-16

СҮРЬЕЭГИЙН ЛАБОРАТОРИЙН ГАДААД ЧАНАРЫН ХЯНАЛТЫН ЭРГЭХ ХОЛБООНЫ ХУУДАС

Лабораторийн нэр:_____ **Тайлант хугацаа**: .....оны .....-р улирал

Лаборантын нэр:_____ **Тайланг илгээсэн огноо**: _____/____/____

Шалгагчийн дүн	Лаборантын дүн					Нийт шалгасан түрхцийн тоо
	0	Цөөн эерэг	1+	2+	3+	
0						
Цөөн эерэг						
1+						
2+						
3+						
Нийт шалгасан түрхцийн тоо						

Алдааны ангилал		Тоо	Алдаатай түрхцийн дугаар
Том алдаа	ХТ(+)		
	ХТ(-)		
Жижиг алдаа	ХЖ(+)		
	ХЖ(-)		
	Тоон алдаа		
Дүн			

Бүх тохирсон түрхцийн хувь	
Эерэг түрхцийн тохироо	
Сөрөг түрхцийн тохироо	
Хуурамч сөрөг түрхцийн хувь	
Хуурамч эерэг түрхцийн хувь	

Түрхцийн техник үзүүлэлтүүд

Нийт шалгасан түрхцийн тоо											
Үүнээс		Сайн		Муу							
		Түрхэцийн тоо	%	Түрхэцийн тоо	%		Түрхцийн тоо	%		Түрхцийн тоо	%
Сорьцын чанар											
Будалт						Дутуу			Хэт		
Цэвэр байдал											
Зузаан, нимгэн						Нимгэн			Зузаан		
Хэмжээ						Том			Жижиг		
Жигдлэлт											

Шинжилгээг сайжруулах талаар өгсөн зөвлөмж:

Тайлан гаргасан эмчийн нэр, албан тушаал:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СУ-20

СҮРЬЕЭГИЙН УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ЭМЧИЛГЭЭНД ОРСОН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ

Бүртгэлийн дугаар	Бүртгэлд авсан огноо	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Гэрийн хаяг	Илрүүлсэн арга		Сорилын хэмжээ, огноо	Рентген зургийн дүгнэлт, огноо	Хаана эмчлэгдэх		Эмчилгээ эхэлсэн огноо	Эмчилгээний горим	Үр дүн					Тайлбар
						Хавьтал	Оношилгоо			Сурьеэгийн кабинет	Сум, Өрхийн ЭМТ			Эмчилгээ дуусгасан	Нас барсан	Үр дүнгүй	Хянаалт алдагдсан	Дүгнэгдээгүй	

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

РИФАМПИЦИНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага:.....

Бүртгэлийн дугаар	Бүртгэлд авсан огноо	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Оршин суугаа хаяг	ЭТС-ийн эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх зөвлөгөөнд орсон огноо	ЭТС-ийн эмчилгээнд орсон огноо	Өвчний ангилал (У,УБ)	Бүртгэгдсэн байдал	ЭТС-ийн эмчилгээнд өмнө нь хамрагдсан эсэх (Т/Y/Тодорхойгүй)	Оношлогдсон байдал	
											Нян судлалаар батлагдсан	Эмнэл зүйгээр

РИФАМПИЦИНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ (ЭТС-1А) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

№	ЭТС-тэй болох нь тогтоогдсон огноо	Эмийн мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний үр дүн									Түрхэцийн (Т), өсгөврийн (Ө), болон Xpert (Х) шинжилгээний хариу														
		R	H	E	S	Amk/ Km	Cm	FQ	Бусад		Эмчилгээний горим	Эмчилгээ эхэлсэн сар: 0			1 сар		2 сар		3 сар		4 сар		5 сар		
												Т	Ө	Х	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	
												Лаб №/огноо			Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

РИФАМПИЦИНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ (ЭТС-1А) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

№	Түрхэцийн (Т) болон өсгөврийн (Ө) шинжилгээний хариу																											
	6 сар		7 сар		8 сар		9 сар		10 сар		11 сар		12 сар		13 сар		14 сар		15 сар		16 сар		17 сар		18 сар		19 сар	
	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө
	Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо	
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

РИФАМПИЦИНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ (ЭТС-1А) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

№											Эмчилгээний үр дүн						Сүрьеэ, ХДХВ			Тайлбар
	20 сар		21 сар		22 сар		23 сар		24 сар											
	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө										
	Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Эдгэрсэн	Эмчилгээ дуусан	Эмчилгээ үр дүнгүй	Нас барсан	Хяналт алдагдсан	Дугнэгдээгүй	ХДХВ-ийн халдварын байдал (Т/Y,М)	РВЭЭ (Т/Y)	КС (Т/Y)	

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

НЭГ БОЛОН ЦӨӨН ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ /РИФАМПИЦИНЭЭС БУСАД/ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага:.....

Бүртгэлийн дугаар	Бүртгэлд авсан огноо	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Оршин суугаа хаяг	ЭТС-ийн эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх зөвлөгөөнд орсон огноо	ЭТС-ийн эмчилгээнд орсон огноо	Өвчний ангилал (У, УБ)	Бүртгэгдсэн байдал	ЭТС-ийн эмчилгээнд өмнө нь хамрагдсан эсэх (Т/Y/Тодорхойгүй)	Оношлогдсон байдал	
											Хэн судлаар батлагдсан	Эмнэл зүйгээр

НЭГ БОЛОН ЦӨӨН ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ /РИФАМПИЦИНЭЭС БУСАД/ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ (ЭТС-1Б) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

	ЭТС-тэй сүрьеэтэй болох нь тогтоогдсон огноо	Эмийн мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний үр дүн							Түрхэцийн (Т), өсгөврийн (Ө), болон Xpert (X) шинжилгээний хариу														
		H	E	S	Amk / Km	Cm	FQ	Бусад	Эмчилгээний горим	Эмчилгээ эхэлсэн сар: 0			1 сар		2 сар		3 сар		4 сар		5 сар	
										Т	Ө	X	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө
										Лаб №/огноо			Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

НЭГ БОЛОН ЦӨӨН ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ /РИФАМПИЦИНЭЭС БУСАД/ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ (ЭТС-1Б) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

№	Түрхэцийн (Т) болон өсгөврийн (Ө) шинжилгээний хариу														Эмчилгээний үр дүн						Сүрьеэ, ХДХВ			Тайлбар
	6 сар		7 сар		8 сар		9 сар		10 сар		11 сар		12 сар		Эдгэрсэн	Эмчилгээ дууссан	Нас барсан	Эмчилгээ үр дүнгүй	Хяналт алдагдсан	Дугнэгдээгүй	ХДХВ-ийн халдварын байдал (Т/Y, М)	РВЭЭ (Т/Y)	КС (Т/Y)	
	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө	Т	Ө										
	Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо		Лаб №/огноо											
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 арванэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭТС-2

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ

Карт нээсэн эмнэлэг: _____

Бүртгэлийн дугаар: _____
Бүртгэлийн огноо: _____/____/____
Эмчилгээ эхэлсэн огноо: _____/____/____
Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
Өөрийн нэр: _____
Нас: ____ **Хүйс:** ◯ Эр ◯ Эм

РД:
Утасны дугаар: _____
Гэрийн хаяг: _____
_____
Ажил, албан тушаал: _____
_____
Үндсэн онош: _____
_____, **ОУӨА:** А1 _____
Хүндрэл: _____
Хавсарсан онош: _____

Тохиолдлын тодорхойлолт:
◯ Шинэ
◯ Дахилт
◯ I бүлгийн эмчилгээ үр дүнгүй
◯ II бүлгийн эмчилгээ үр дүнгүй
◯ 2,3 дахь сард сөрөгт шилжээгүй
◯ ЭТС-ийн эмчилгээ үр дүнгүй
◯ ЭТС-ийн дахилт
◯ Бусад

Биеийн жин: _____ **өндөр**:_____ **БЖИ**: ____

I эгнээний эмэнд мэдрэг чанар тодорхой шинжилгээ

Хариу гарсан огноо	Лаб. дугаар	Хариу

ЭТС-ийн хавьтал эсэх:	
◯ Тийм	◯ Үгүй

Зөвлөгөөний шийдвэр

Огноо	Шийдвэр

Өмнөх эмчилгээний түүх

№	Эмчилгээ эхэлсэн огноо	Бүлэг/горим	Үр дүн

Өмнө II эгнээний эмийг 1 сараас дээш хугацаагаар хэрэглэсэн эсэх? Тийм / Үгүй / Мэдэхгүй
Хэрэв тийм бол хэрэглэсэн эмийн доогуур зур

Эмийн нэр, товчлол

H=Изониазид Pto=Протионамид Bdq=Бедаквилин
R=Рифампицин Eto=Этионамид Clr=Кларитромицин
E=Этамбутол Lfx=Левофлоксацин Cfz=Клофазамин
S=Стрептомицин Mfx=Моксифлоксацин Dlm=Деламанид
Z=Пиразинамид Ofx=Офлоксацин Imp=Имипенем
Am=Амикацин Gfx=Гатифлоксацин Lzd=Линезолид
Km= Канамицин Cs=Циклосерин Mpm=Мерипенем
Cm=Капреомицин Pas=Паск

Шилжиж ирсэн эсэх:		**Хаанаас?**
◯ Тийм	◯ Үгүй	

ХДХВ-ийн тухай мэдээлэл
ХДХВ-ийн шинжилгээ хийлгэсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/, Мэдэхгүй
Шинжилгээ хийсэн огноо: ____/____/____ Хариу:
РВЭЭ хийсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/ Огноо: 20____/____/___
КС хийсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/ Огноо: 20____/____/___

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ (ЭТС-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Эмчилгээний горим /өдрийн тун/

Огноо	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Pto	Eto	Cs	Pas	Imp	Cfz	Lzd	Bdq	Dlm	Amx/Cv

Эм уулгасан тэмдэглэл

Эмчилгээний сар	Хуанлийн огноо	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	Жин	Хянасан хүний гарын үсэг
0																																		
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
21																																		
22																																		
23																																		
24																																		

Эм уулгасан тэмдэглэл: Х-Шууд хяналттай, О-Хяналтгүй, Т-Эм уугаагүй

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ (ЭТС-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Эмчилгээний явцын хяналтын шинжилгээ

Эмчилгээний сар	Цэрний шинжилгээ				Цус, биохимийн шинжилгээ							ЭКГ			Хараа	Сонсгол	Рентген шинжилгээ
	Огноо	Дугаар	Турхэц	Өсгөвөр	Огноо	Тромбоцит	Алат	Асат	Креатинин	Кали	ТСГ	Огноо	QTC интервал	Зүрхний цохилт			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ (ЭТС-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

II эгнээний эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээ

Шинжилгээ өгсөн огноо	Лаб.дугаар	Шинжилгээний хариу гарсан огноо	Шинжилгээний хариу (R-тэсвэртэй, S-Мэдрэг)										
			Km	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Eto	Pto	Cs	PAS	

Эмийн гаж нөлөөний эмчилгээ

№	Огноо	Илэрсэн гаж нөлөө	Сүрьеэгийн эмчилгээнд өөрчлөлт оруулсан эсэх			Бусад авсан арга хэмжээ /Бусад хийгдсэн гаж нөлөөний эмчилгээ	Эмчийн гарын үсэг
			Тийм, Үгүй	Тийм бол өөрчлөлтөнд оруулсан эмийн нэр	Эмийн тунг бууруулсан, давтамжийг цөөрүүлсэн, эмийг хассан эсэхийг бичих		

Хавьтлын талаарх мэдээлэл: Өрхийн хавьтлын тоо: / /

Хэн болох	Овог, нэр	РД	Нас/Хүйс	БЦЖ сорви	Рентгений дүгнэлт	Сорил /мм/	Цэрний шинжилгээ
				☐			
				☐			
				☐			
				☐			
				☐			
				☐			

Эмчилгээний үр дүн	Огноо
Эдгэрсэн	
Эмчилгээ дуусгасан	
Нас барсан /сүрьеэ, бусад/	
Үр дүнгүй	
Хяналт алдагдсан	
Дүгнэгдээгүй	

Хяналтаас хассан огноо: ....он.....сар.....өдөр **Эмчийн гарын үсэг**: .....

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

ЭМЭНД МЭДРЭГ ЧАНАР ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага:.....

№	Лаб. дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр, Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Илгээсэн газар	Гэрийн хаяг	Шинжилгээний зорилго			Өмнөх эмчилгээ-ний үр дүн	MTBDRplus			
							Оношилгоо		Эмч. хяналт		Огноо	H	R	Тооцох боломж-гүй
							Шинэ	Өмнө эмчлэгдсэн						

ЭМЭНД МЭДРЭГ ЧАНАР ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ (ЭТС-3) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

MTBDRsl *(R-тэсвэртэй, S-мэдрэг)*							Огноо			Тэжээлт орчин /Х-хатуу, Ш-шингэн/	Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний хариу												Гарын үсэг	Тайлбар
Огноо	FQ	KAN/AM/CAP	KAN/CAP/VIO	KAN/AM/CAP/VIO	low-level KAN	Үр дүнг тооцох боломжгүй	Орсон	Шалгасан	Хариу гарсан		Хяналт		H	R	E	S	Am	Km	Cpm	Ofl	бусад			
											10^{-2}	10^{-4}												

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭТС-4

ТҮРХЭЦ, ӨСГӨВӨРЛӨХ, XPERT MTB/RIF ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Огноо	Лаб. дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Илгээсэн газар	Гэрийн хаяг	Шинжилгээний зорилго			Өмнөх эмчилгээ-ний үр дүн	ЭМЧТ шинжилгээний хүсэлт	Шинжлэгдэхүүний төрөл	Шинжлэгдэхүүний чанар
							Оношилгоо		Эмчилгээ хяналт				
							Шинэ	Өмнө эмчлэгдсэн					

ТҮРХЭЦ, ӨСГӨВӨРЛӨХ, XPERT MTB/RIF ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ (ЭТС-4) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Түрхцийн хариу		Xpert-ийн хариу				Өсгөвөрлөх шинжилгээний хариу											Ялган дүйлт		Гарын үсэг	Тайлбар
№1	№2	Огноо	MTB	RIF	NA*	Огноо	I долоо хоног		II долоо хоног		IV долоо хоног		VI долоо хоног		VIII долоо хоног		Арга /капилиа, ниацин, CM/	Үр дүн		

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

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ БАЙЖ БОЛЗОШГҮЙ ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага:.....

Бүртгэлийн дугаар	Бүртгэлд авсан огноо	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Оршин суугаа хаяг	Бүртгэгдсэн байдал								
						Шинэ	ЭТС-ийн хавьтал	Өмнө нь эмчлэгдсэн					ХДХВ-ийн хавсарсан халдвартай тохиолдол	Бусад
								Дахилт	Хяналт алдагдсан	Б1 үр дүнгүй	Б2 үр дүнгүй	2,3 дахь сарын сөрөг шилжээгүй		

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ БАЙЖ БОЛЗОШГҮЙ ТОХИОЛДЛЫН БҮРТГЭЛ (ЭТС-10) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Түрхэц	Өсгөвөр	GenXpert R	Эмийн мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний үр дүн												ЭТС-ийн хэлбэр (ОЭТС, РТ, НЭТС, ЦЭТС, МОЭТС ...)	ЭТС-ийн эмчилгээнд хамрагдсан эсэх /Т, Y/	Тайлбар
№, огноо			Илгээсэн огноо	Лаб. Дугаар	H	R	E	S	FQ	Am	Cm	Km		Шинжилгээний хариу гарсан огноо			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭТС-11

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН ХАВЬТЛЫН ХЯНАЛТЫН БҮРТГЭЛ

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага:.....

Тохиолдлын индексийн мэдээлэл:

Бүртгэлийн дугаар: ..... **Бүртгэгдсэн огноо:** ..... он .....сар.....өдөр **Гэрийн хаяг:** .....

Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр: ..... **Нас**: ..... **Хүйс**:..... **Ажлын газар**: .....

Тохиолдлын индексийн төрөл: ○ Түрхэц эерэг сүрьеэ ○ Хүүхдийн сүрьеэ Өрхийн хавьтлын тоо: .....

№	Хэн болох	Хавьтлын эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр, Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Эхний үзлэгийн мэдээлэл /Тохиолдлын индексийн эмчилгээний 0 сард/					6 сарын дараах үзлэгийн мэдээлэл				
				Шинжилгээний төрөл			Сүрьеэ өвчин илэрсэн (Т,Y)	ИУСЭ эхэлсэн (Т,Y)	Шинжилгээний төрөл			Сүрьеэ өвчин илэрсэн (Т,Y)	ИУСЭ эхэлсэн (Т,Y)
				Цээжний рентген	Цэрний шинжилгээ	Арьсны сорил			Цээжний рентген	Цэрний шинжилгээ	Арьсны сорил		
				Хариу					Хариу				
				Огноо					Огноо				

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫН ХАВЬТЛЫН ХЯНАЛТЫН БҮРТГЭЛ (ЭТС-11) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

12 сарын дараах үзлэгийн мэдээлэл			24 сарын дараах үзлэгийн мэдээлэл			36 сарын дараах үзлэгийн мэдээлэл		
Шинжилгээний төрөл		Сүрьеэ өвчин илэрсэн (Т,Y)	Шинжилгээний төрөл		Сүрьеэ өвчин илэрсэн (Т,Y)	Шинжилгээний төрөл		Сүрьеэ өвчин илэрсэн (Т,Y)
Цээжний рентген	Цэрний шинжилгээ		Рентген шинжилгээ	Цэрний шинжилгээ		Рентген шинжилгээ	Цэрний шинжилгээ	
Хариу			Хариу			Хариу		
Огноо			Огноо			Огноо		

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-1

Эмнэлгийн нэр: | | | | | | |

БЗДХ-ЫН ХАВЬТАЛ СУДЛАЛЫН БҮРТГЭЛ

№	Огноо	Үйлчлүүлэгчийн нэр	Хүйс	Онош	Үйлчлүүлэгчийн халдварын эх уурхай /1А-6 /	д/д	Хавьтагчийн нэр	Хүйс	Хавьтагчийн үзлэгт ирсэн он, сар, өдөр	Хавьтагчийн тогтмол хаяг,Утас	Хавьтагчийн халдварын эх уурхай /1А-6 /	Илэрсэн өвчлөл	Эмчлэгдсэн байдал /1-3/

Халдварын эх уурхай :

1А Биеэ үнэлэгч
1В ЭБЭ
1С Байнгын бэлгийн хавьтагч
1D Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч
2 Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр
3 Эхээс хүүхдэд халдварласан
4 Мансуурууллах бодис судсаар тарьж хэрэглэсэн
5 Тодорхой бус
6 Бусад /нэрлэнэ үү/

Эмчлэгдсэн байдал:

1-Бүрэн эмчлэгдсэн
2-Эмчилгээнд хамрагдаагүй
3- Урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан

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

Эмнэлгийн нэр: ☐☐☐☐☐☐

НЯН СУДЛАЛЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Огноо	№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр / дугаар	Нас, хүйс	Ирүүлсэн тасаг кабинет	Үзлэгийн төрөл /1.1-3.2/	Хүн амын бүлэг /4.1-4.4/	Наац										Хурдавчилсан сорил	Трихомонад шууд харах	Хламид (тургэвчилсэн)	Микоплазм ,Уреаплазм өсгөвөрлөх	Молекул биологийн шинжилгээ(PCR)	Өсгөвөр (гонококк ,мөөг)	Гарын үсэг
							Хучуур эс	Цагаан эс	Салс	Грам /-/ диплококк	Трихомонад	Кокк	Савханцар	Мөөгний эс	Тулхуур эс	Ньюжентын шалгуур							

Үзлэгийн төрөл:

Жирэмсэн	1.1
Урьдчилан сэргийлэх	2.1
Өвчний учир амбулаторт анх	2.2
Өвчний учир амбулаторт давтан	2.3
Хяналт	2.4
Тандалт/хавьтал	3.1
Дуудлага	3.2

Хүн амын бүлэг:

ЭБҮ	4.1
ЭБЭ	4.2
МБСТХ	4.3
Хөдөлгөөнт хүн ам	4.4

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

Эмнэлгийн нэр: | | | | | | |

СЕРОЛОГИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Сорьцын дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Үзлэгийн төрөл /1.1-3.2/	Хүн амын бүлэг /4.1-4.4/	Шинжилгээ								
							Хурдавчилсан сорил	RPR	RPR титр	TPHA	IgG	IgM	FTA-abs	HISCL TP Ab	ПГУ

Үзлэгийн төрөл:

Жирэмсэн	1.1
Урьдчилан сэргийлэх	2.1
Өвчний учир амбулаторт анх	2.2
Өвчний учир амбулаторт давтан	2.3
Хяналт	2.4
Тандалт/хавьтал	3.1
Дуудлага	3.2

Хүн амын бүлэг:

ЭБҮ	4.1
ЭБЭ	4.2
МБСТХ	4.3
Хөдөлгөөнт хүн ам	4.4

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-4

Шинжилгээний хариуны маягт
ТЭМБҮҮГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх						
Төрөл		ФХЭБУ		Наалдуулах		ПГУ	
Аргачлал		Үйлдвэрлэгчийн заавар		Үйлдвэрлэгчийн заавар		Үйлдвэрлэгчийн заавар	

Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл								
Овог			Нэр					
Регистр		нас		эрэгтэй		эмэгтэй		
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм	
Тасаг			Өвчний түүхийн дугаар					
Үзлэгийн төрөл/код			Хүн амын бүлэг/код					
Онош								

Сорьцын мэдээлэл					
Илгээгч байгууллага		Хүлээн авсан			
Төрөл	Цус		Ийлдэс		
Дугаар		Хэмжээ			
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр	Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	RPR	negative		
2.	RPR титр	-		
3.	TPHA	negative		
4.	Anti-syphilis IgG	negative		
5.	Anti-syphilis IgM	negative		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо: .....
Шинжилгээ хийсэн: Лаборант ..... Шинжээч эмч: .....
Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-5

Шинжилгээний хариуны маягт
ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	ХДХВ ½-н халдвар илрүүлэх						
Төрөл		Хурдавчилсан		Наалдуулах		ФХЭБУ	

Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр		нас		эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг			Өвчний түүхийн дугаар				
Үзлэгийн төрөл/код			Хүн амын бүлэг/код				
Онош							

Сорьцын мэдээлэл					
Илгээгч байгууллага		Хүлээн авсан байгууллага			
Төрөл	Цус		Ийлдэс		
Дугаар		Хэмжээ			
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр	Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	Anti HIV1/2	Сөрөг		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо: .....
Шинжилгээ хийсэн: Лаборант ..... Шинжээч эмч: .....
Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-6

Шинжилгээний хариуны маягт
Нян судлалын лабораторийн шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл								
Зорилго	БЗДХ-ын үүсгэгч илрүүлэх							
Төрөл	Наац		Өсгөвөр		Ньюжентийн шалгуур			
Аргачлал				Үйлдвэрлэгчийн заавар				
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл								
Овог			Нэр					
Регистр		нас		эрэгтэй		эмэгтэй		
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм	
Тасаг			13 А маягтын дугаар					
Үзлэгийн төрөл/код				Хүн амын бүлэг/код				
Сорьцын мэдээлэл								
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан					
Төрөл	Ялгадас		Бусад					
Сорьцын дугаар								
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторид сорьц хүлээн авсан огноо		20... он...сар ...өдөр			
Оношо								

Наацын шинжилгээний дүн:

Шинжлэгдэхүүн	**Эрэгтэй шээсний сүв**	**Эмэгтэй**	
		Үтрээнд	**Умайн хүзүүний суваг**
Хучуур эс			
Цагаан эс			
Грам /-/ диплококк			
Трихомонад			
Кокк			
Мөөгний эс			
Савханцар			
Түлхүүр эс			

Ньюжентийн шалгуур:

Элементүүд	**Тоо**
Лактобацилл	
Гарднерелла	
Мобилункус	
Нийт дүн	
Хариу	

Өсгөвөр шинжилгээний дүн:

№	Үзүүлэлт	Лавлах хэмжээ	Үр дүн
1	Neisseria gonorrhoeae	Сөрөг	
2	Candidas	Сөрөг	

Антибиотик мэдрэг чанар:

Үүсгэгч:					
Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн
Azithromycin		Cefotaxime		Ofloxacin	
Benzyl Penicillin		Ciprofloxacin		Spectinomycin	
Ceftriaxone		Nalidixic Acid		Tetracycline	

Тайлбар: S-мэдрэг, I- дунд мэдрэг, R- тэсвэртэй

Шинжилгээ хийсэн: Техникч ..... Хариу гарсан огноо:.....

Баталгаажуулсан: Эмнэл зүйн эмгэг судлаач эмч .....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-7

Эмнэлгийн нэр:.....

БЗДХ-ЫН ХЯНАЛТЫН КАРТ №

Код: **Регистерийн дугаар**: **Карт нээсэн**: он сар өдөр
Хүйс /зур/: эрэгтэй / эмэгтэй **Төрсөн он**..... **Нас**.....
Гэрлэлтийн байдал /код бичих/
Боловсрол /код бичих/
Хөдөлмөр эрхлэлт /код бичих/:
Хөдөлмөр эрхэлдэггүй шалтгаан /код бичих/:
Гэрийн хаяг: ..... **Утас:** .....

Эмэгтэйд:			
Үйлчлүүлэгч ямар нэгэн зовиуртай эсэх: тийм / үгүй		**Бодит үзлэг**	
Үтрээнээс хэвийн бус ялгадас гардаг эсэх: тийм / үгүй		**Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:** тийм / үгүй	
Ялгадас нь үнэртэй эсэх: тийм / үгүй		**Тууралт байгаа бол:** толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
		Бэлэг эрхтэний үзлэг:	
		Бэлэг эрхтэний орчим улайж, хавагнасан эсэх: тийм / үгүй	
		Бэлгийн их бага уруул үрэвссэн эсэх: тийм / үгүй	
Бэлэг эрхтэн орчимд хорсох: тийм / үгүй	**Үтрээний ялгадасны байдал**	Өнгө	
Бэлэг эрхтэн орчимд загатнах: тийм / үгүй		Үнэр	
		Шинж чанар	
		Хэмжээ	
Хэвлийн доод хэсгээр өвддөг эсэх: тийм / үгүй		**Тууралт байгаа бол:** толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
Бусад		**Хаана:**	
Бэлэг эрхтэн дээр шарх гарсан эсэх: тийм / үгүй		**Шарх байгаа бол:** зөв дугуй, зуйван, зөв бус хэлбэртэй, зовиуртай, зовиургүй	
Шархны шинж: зовиуртай, зовиургүй		**Зах ирмэг:** тэгш, тэгш бус	
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх: тийм / үгүй		**Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:** тийм / үгүй	
		Томорсон бол: хөдөлгөөнтэй, хөдөлгөөнгүй, эмзэглэлтэй	
		Тогтоц: зөөлөн, хатуу, хатуувтар	
		Орчны эдтэй наалдсан эсэх: тийм / үгүй	
Тууралт гарсан бол хаана?		**Толины үзлэг:**	
Тууралтын шинж: зовиуртай, зовиургүй		**Үтрээний хана улайж үрэвссэн эсэх:** тийм / үгүй	
Бусад: (үс унах, арьс цайх)		**Арын хүнхрээ улайж үрэвссэн эсэх:** тийм / үгүй	
Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх: тийм / үгүй	**Умайн хүзүүний байдал**	**Улайж үрэвссэн эсэх:** тийм / үгүй	
Эрсдэлийн үнэлгээ:		**Шалбархай үүссэн эсэх:** тийм / үгүй	
		Гарч буй ялгадасны байдал:	
		Хэвлийн доод хэсгийг тэмтрэхэд хөндүүртэй эсэх: тийм / үгүй	
Жирэмсэн бол: **Жирэмсний хугацаа:** **Төрөх хугацаа:**			

Эрэгтэйд:			
Үйлчлүүлэгч ямар нэгэн зовиуртай эсэх: тийм / үгүй		**Бодит үзлэг**	
Шээсний сүвнээс ялгадас гарч байгаа эсэх: тийм / үгүй		**Арьс салтаар тууралт гарсан эсэх:** тийм / үгүй	
Шээсний сүвнээс бусад хэсгээс ялгадас гарч байгаа эсэх: тийм / үгүй		**Тууралт байгаа бол:** толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
Ялгадас нь үнэртэй эсэх: тийм / үгүй		**Бэлэг эрхтэний үзлэг:**	
		Шээсний сувгаас ялгадас гарч байгаа эсэх: тийм / үгүй	
		Шээсний сувгийн амсар улайж хавагнасан эсэх: тийм / үгүй	
	Шээсний сувгийн ялгадас	Өнгө	
Шээхэд хорсож өвдөх: тийм / үгүй		Үнэр	
Бэлгийн хавьтлын дараа хорсох: тийм / үгүй		Шинж чанар	
		Хэмжээ	

Шээс ойр ойрхон хүрэх: тийм / үгүй	**Тууралт байгаа бол:** толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад
Төмсөг хавдаж хөндүүрлэсэн эсэх: тийм / үгүй	**Шарх байгаа бол:** зөв дугуй, зуйван, зөв бус хэлбэртэй, зовиуртай, зовиургүй
Бусад	**Хаана?**
Бэлэг эрхтэн дээр шарх гарсан эсэх: тийм / үгүй	**Зах ирмэг:** тэгш, тэгш бус
Шархны шинж: зовиуртай / зовиургүй	**Тогтоц:** зөөлөн, хатуу, хатуувтар
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх: тийм / үгүй	**Төмсөг, төмсөгний дайвар хавдаж томорсон эсэх:** тийм / үгүй
Тууралт гарсан бол хаана?	**Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:** тийм / үгүй
Тууралтын шинж: зовиуртай / зовиургүй	**Томорсон бол:** хөдөлгөөнтэй, хөдөлгөөнгүй, эмзэглэлтэй
Бусад: (үс унах, арьс цайх)	**Тогтоц:** зөөлөн, хатуу, хатуувтар
Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх: тийм / үгүй	**Орчны эдтэй наалдсан эсэх:** тийм / үгүй
Эрсдэлийн үнэлгээ:	**Шулуун гэдэсний үзлэг:**

Өмнөх өвчлөлийн түүхтэй холбоотой мэдээлэл

Урьд нь БЗДХ-аар өвдсөн эсэх: тийм / үгүй

Хэрэв өвдсөн бол: Эмчид үзүүлсэн тийм / үгүй

Шинжилгээ хийлгэсэн тийм / үгүй

Эмчилгээ хийлгэсэн тийм / үгүй

Үр дүн гарсан эсэх тийм / үгүй

Эмэнд харшилтай эсэх: тийм / үгүй

Тийм бол ямар эм:

Шинжилгээ.....

Онош /ӨОУА-10/

Эмчилгээ

.....

.....

.....

.....

Хавьтал судлал

Хавьтагчийг илрүүлсэн эсэх: тийм / үгүй

Үйлчлүүлэгчид бэлгийн хавьтагчийн хамт эмчилгээ хийлгэхийг санал болгосон эсэх: тийм / үгүй

Шаардлагатай тохиолдолд үйлчлүүлэгчийг дээд шатны эмч, эмнэлэгт илгээсэн эсэх: тийм / үгүй

Хаана:……..

Эмчийн гарын үсэг..... **/Эцэг/эхийн нэр,өөрийн нэр/**

Хяналт:

Он сар	Шинжилгээний хариу /RPR,TPHA/	Тэмдэглэл	Онош	Эмчийн гарын үсэг

ТӨРӨЛХИЙН ТЭМБҮҮГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ, ХЯНАХ ХУУДАС (БЗДХ-8) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

ХҮҮХДИЙН ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Огноо	Үзлэг, эмчилгээ, зөвлөгөө	Шинжилгээний хариу	Эмчийн гарын үсэг

Төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг бүртгэх, хянах хуудсыг анх үзлэг хийж, онош тавьсан тухайн аймаг, дүүргийн БЗДХ-ын эмч хөтөлж, мэдээллийг ХӨСҮТ-ийн ДОХ, БЗДХ-ын ТСА-нд болон цаашид харъяаллын дагуу хяналт хийгдэх аймаг, дүүргийн БЗДХ-ын кабинетийн эмчид илгээнэ.

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

Эмнэлгийн нэр

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАР, ДОХ-ЫН ӨВЧЛӨЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Өвчтөний хяналтын дугаар: ☐☐☐☐☐☐☐ **2. Регистрийн дугаар:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Нас: ☐☐☐ **4. Хүйс: /зур/** эрэгтэй, эмэгтэй **5. Жирэмсэн эсэх:** ☐ Тийм ☐ Үгүй

6. Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

Ажлын газар, албан тушаал: _____

7. Боловсролын байдал		
	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дипломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
	Доктор	9

8. Хөдөлмөр эрхлэлт		
	Хөдөлмөр эрхлэлт /код/	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй байгаа шалтгаан /код/	

9. Үзлэгийн төрөл		
	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир ЭМБ	2
	Тандалт /хавьтлаар/	3

10. Гэрлэлтийн байдал		
	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

11. Илрүүлсэн байгууллага		
	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

12. Эрсдэлт бүлэг				
	ЭБҮ	1	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

13. Лабораторийн шинжилгээний хариу:

Шинжилгээний арга	Шинжилгээ хийсэн огноо	Лабораторийн нэр
Хурдавчилсан арга		
ФХЭБУ [ELISA]		
Батлах шинжилгээ[WB]		
Бусад арга (нэрлэнэ үү)		

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1	Гомосекс	2	Бисекс	3	Трансжендер	4

15. Халдвар дамжсан зам			
	Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1А
		Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1В
	Цус, цусан бүтээгдэхүүн	Мэс ажилбар	2
		МБСТХ	3
		Бохир зүү тариур	4
		Цус сэлбүүлсэн	5
	Эхээс хүүхдэд халдварласан		6
	Тодорхой бус		7

16. ХДХВ, ДОХ-ын үе шат		
	Шинж тэмдэггүй үе	1
	Шинж тэмдэгт ХДХВ-ийн халдвар	2
	ДОХ-ын өвчлөл	3

17. Үндсэн онош: ☐

/Эмчийн тамга/

Оношилсон: _____ **/гарын үсэг/** _____ **/нэр/** _____ **/албан тушаал/**

Мэдээлсэн: _____ **/гарын үсэг/** _____ **/нэр/** _____ **/албан тушаал/**

Мэдээлсэн: он ☐☐☐☐ **сар** ☐☐ **өдөр** ☐☐

/Тамга/

Хянасан: _____ **/гарын үсэг/** _____ **/нэр/** _____ **/албан тушаал/**

Эмнэлгийн нэр:
☐☐☐☐☐☐

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

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ **Өөрийн нэр:** _____ **2. РД:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Бүртгэлд авсан огноо: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
он сар өдөр

4. ЭМБ-ын код: ☐☐☐☐☐☐

5. Өвчтөний хяналтын дугаар ☐☐☐☐☐☐☐

6. Төрсөн огноо ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
он сар өдөр
(Тодорхой бус бол 99 бичнэ үү)

6а. Нас ☐☐
(Тодорхой бус бол 99 бичнэ үү)

7. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

8.Тогтмол хаяг: _____

9.Ажлын газар, албан тушаал: _____

10.Боловсрол /зур/: боловсролгүй, бага, суурь, бүрэн дунд, мэргэжлийн болон техникийн, дипломын, бакалавр, магистр, доктор

11. Гэрлэлтийн байдал /зур/: огт гэрлээгүй, батлуулсан гэр бүлтэй, батлуулаагүй гэр бүлтэй, тусгаарласан, цуцалсан, бэлбэсэн

12. Гэр бүлийн гишүүд:

Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Хүйс	Төрсөн огноо	Хаяг	ХДХВ-ийн халдвартай эсэх /тийм-1, үгүй-2/

13.Жирэмслэлт

Огноо	Жирэмсний хугацаа	Хэд дэх жирэмслэлт	Жирэмсний төгсгөл /1 - төрсөн 2 - зулбасан 3 - үр хөндүүлсэн/	Жирэмсний тусламж үйлчилгээ авсан ЭМБ-ын нэр	Жирэмсний тусламж үйлчилгээ авсан огноо	ХДХВ-ийн халдвар ЭХДСАХ-ний хүрээнд РВЭЭ-нд хамрагдсан байдал 1 - РВЭЭ-тэй байсан 2 - Төрөхөөс доод тал нь 4 долоо хоногийн өмнө РВЭЭ уусан 3 - Төрөхөөс өмнөх 4 долоо хоногийн дотор РВЭЭ уусан 4-Огт уугаагүй

14.Шинэ төрсөн хүүхдийн бүртгэл

Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Төрсөн он/сар/өдөр	Нярайн хооллолт /1 - дан хөхөөр 2 - сүү орлуулагчаар 3 - донорын хөхний сүүгээр/	ХДХВ-ийн халдвар ЭХДСАХ-ний хүрээнд авсан РВЭЭ-ний горим /бичих/	Котримоксазолын УСЭ авсан огноо	ПГУ хийсэн /+,-/ огноо	Эсрэг бие илрүүлэх шинжилгээ /+,-/ огноо		Хяналтын байдал /1-хасагдсан огноо, 2-код/
						9 сар	18 сар	

15. Илрүүлэлт	Идэвхтэй тандалт	1
	Идэвхгүй тандалт	2

Тодорхой бичих: _____

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

16. Өмнө орж байсан ХДХВ-ийн эсрэг бие илрүүлэх шинжилгээний хариу

Огноо	Шинжилгээ хийсэн байгууллага	ФХЭБУ [ELISA]	Иммуноблотын арга	Хариу	Шинжилгээ өгсөн шалтгаан

17. Цус цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтний РЕЦИПИЕНТ байсан эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Юуны реципиент байсан	Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтэн шилжүүлсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

18. Арьс, салстын бүтэн байдлыг гэмтээх ажилбарыг (хагалгаа, төрөлт, үр хөндөлт, судас эсвэл булчингийн тарилга, шүд авахуулах г.м) эмнэлгийн байгууллага дээр хийлгэсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Огноо	Хийлгэсэн ажилбарын төрөл	Тухайн ажилбарыг хийсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

19. Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтний ДОНОР эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Огноо	Юуны донор	Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд эрхтэнг авсан эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

20. Халдвар тараах эрсдэл бүхий ажил үүрэг гүйцэтгэдэг эмнэлгийн ажилтан бол тусламж үйлчилгээ үзүүлж байх явцдаа эрсдэл гаргасан эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй

Хэрэв тийм бол: /зур/ зүү тариур, хурц үзүүртэй эмнэлгийн багаж хэрэгсэл/

21. Бэлгийн замаар дамжих халдвараар өвдөж байсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Огноо	Оношь

22. Халууралт, тунгалагийн булчирхайн томролт бүхий хурц халдварт өвчнөөр өвдөж байсан эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй

Огноо	Оношь

23. Мансууруулах бодис хэрэглэгчтэй, биеэ үнэлэгчтэй бэлгийн хавьталд орсон эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Аль улс, аймаг, дүүргээс ирсэн	Хавьтагчийн тоо		Хамгийн сүүлд хавьталд орсон огноо	Код
	Эрэгтэй	Эмэгтэй		

24. Хамгийн сүүлд тохиолдлын бэлгийн хавьталд орохдоо бэлгэвч хэрэглэсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

25. Бэлгийн хавьталд орохдоо бэлгэвч хэрэглэдэг эсэх:

а.Тогтмол б.Ихэвчлэн в.Хааяа г.Ховор д.Огт хэрэглэдэггүй

26. Бэлгийн чиг баримжаа: а.Гомосекс б.Гетеросекс в.Бисекс г.Трансжендер

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

27. Хавьтагчийн тоо	а.Эсрэг хүйс	б. Ижил хүйс
27.1. Амьдралын туршид нийт		
27.2. Сүүлийн 5 жилд		
27.3. Сүүлийн 1 жилд		
27.4. ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний хариу хамгийн сүүлд "сөрөг" гарсан өдрөөс хойш		

28. Эд зүйлс авах зорилгоор бэлгийн хавьталд орсон эсэх: /бичих/ _____

_____

29. Биеэ үнэлэгчтэй бэлгийн хавьталд орсон эсэх: /зур/ тийм, үгүй

Аль улс, аймаг, дүүргээс ирсэн	Хавьтагчийн тоо		Хамгийн сүүлд хавьталд орсон огноо
	эрэгтэй	эмэгтэй	

30.Бэлгийн хавьталд орогсод:

Овог нэр	Нас хүйс	Хаяг, утасны дугаар	Бэлгийн хавьтлын эрсдэл	Бэлгэвч хэрэглэсэн эсэх	Хавьталд байсан хугацаа (.... -ээс .... хүртэл)	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ	
						Огноо	Дүгнэлт

31.Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлээгч өртөлтөнд өртсөн эсэх:

Тухайн байгууллагын нэр	Тусламж үйлчилгээний төрөл	Огноо	Авсан арга хэмжээ

31. Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэдэг эсэх: тийм / үгүй

Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэх үед хавьталд орогсод

Овог нэр	Нас хүйс	Хаяг, утасны дугаар	Мансууруулах бодисын төрөл	Нэг удаагийн зүү тариур хэрэглэдэг эсэх	Хавьталд байсан хугацаа (...-ээс... хүртэл)	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ	
						Огноо	Дүгнэлт

32. Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэх бүртээ нэг удаагийн зүү тариур хэрэглэдэг эсэх: тийм /үгүй

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

33. ХДХВ-ийн халдвар авч болзошгүй бусад эрсдэлд (ариутгаагүй зүүгээр шивээс, персинг хийлгэх, бэлэг эрхтэнд суулгац хийлгэх г.м) орсон эсэх: тийм /үгүй

Эрсдэл \Тохиолдол тус бүрээр\	Огноо

34. Хэрвээ эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн бол тус үйлчилгээ үзүүлэх явцад эрсдэл гаргасан эсэх: /бичих/

_____

_____

ДҮГНЭЛТ:

1. Халдвар авсан байж болзошгүй хугацаа: _____
2. Тухайн хүний халдвар авсан байж болзошгүй эх уурхай: _____
3. ХДХВ-ийн халдвар тархахаас сэргийлэх талаар авсан арга хэмжээ: _____

_____

Тандалтын судалгааны хуудас бичсэн: _____ он_____ сар_____ өдөр

Тархвар судлаач эмчийн эцэг/эхийн нэр, өөрийн нэр: _____

Тандалт хийсэн эрүүл мэндийн байгууллага: _____

Санамж:

- Халдвар тараасан байж болзошгүй хамгийн боломжит замыг ЭМЯ болон бусад шаардлагатай газруудад мэдээлнэ.
- Уг судалгааны хуудас нь "Зөвхөн албан хэрэгцээнд" зориулсан бичиг баримтыг хадгалах шаардлагын дагуу нууцлагдаж, хадгалагдана.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-3

Эмнэлгийн нэр: .....

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ӨРТӨЛТИЙН ДАРААХ СЭРГИЙЛЭЛТИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Хаяг, утасны дугаар	Байгууллага, тасаг нэгж, албан тушаал	Өртөлтийн хэлбэр*	Өртсөн хугацаа		ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ		ӨДС-ээр РВЭЭ эхэлсэн		РВЭЭ хэрэглэсэн байдал** /1 - бүрэн авсан 2 - зогсоосон 3 - огт аваагүй/	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх давтан шинжилгээ	
							Огноо	Цаг	Огноо	Дүгнэлт	Огноо	Цаг		Огноо	Дүгнэлт

* Өртөлтийн хэлбэрүүд:
1 Хурц үзүүртэй эмнэлгийн багаж хэрэгсэлд хатгуулсан
2 Шинжилгээгүй цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлсэн
3 Эрсдэлтэй бэлгийн хавьталд хамгаалалтгүй орсон
4 Их хэмжээний биологийн шингэнтэй хамгаалах хэрэгсэлгүй хүрэлцсэн

** РВЭЭ зогсоосон болон огт аваагүй тохиолдолд шалтгааныг тодорхой бичнэ үү

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-4

Эмнэлгийн нэр
Кабинетийн нэр ……

БЗДХ, ДОХ-ЫН КАБИНЕТЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГИЙН БҮРТГЭЛ

Он сар өдөр	№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал /код/		Жирэмсэн эсэх /1-тийм, 2-үгүй/	Тогтмол хаяг	Үзлэгийн төрөл					Шинжилгээ																Тусламж үйлчилгээний төрөл														Бусад	Үндсэн онош /ӨОУА-10/
					Хөдөлмөр эрхлэгч /код 01-07/	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шаардлагатай /код 01-07/			Хяналт	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	Өвчний учир амбулаторт /анх-1, давтан-2/	Тандалт/хавьтал	Дуудлага	CD4	Вирусийн ачаалал	Цусны ерөнхий	Шээсний ерөнхий	Биохими	Серологи (анх-1, давтан-2)	ХДХВ (анх-1, давтан-2)	Элэгний вирусийн маркер	Рентгенограмм (флюр-1, рент-2)	ЭХО	ЭКГ	Мазок	Бактериологи	ХТН	Хавдрын маркер	Бусад	Карт нээсэн	Сурьеэгийн эрт илрүүлэг	РВЭЭ	ЭХХДС	ИУСЭ	Котримоксазол (эмч-1, у/с-2)	Зөвлөгөө (өөрт-1, ар гэрт-2)	Бусад нарийн мэргэжлийн эмчид илгээсэн(1-11)	Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн	ХЧА (анх-1, сунгалт-2)	Эмнэлэг хэвтүүлсэн	Тасагт өвчтөн үзсэн	Утсаар зөвлөгөө өгсөн (өөрөө-1, дуудах-2, ар гэрээс-3, дүүрэг болон орон нутгийн эмчид-4)	Шинжилгээний хариу өгсөн		

Бусад нарийн мэргэжлийн эмчид илгээсэн (1-11)		Мэс засал	6
Сурьеэ	1	Хоол боловсруулах	7
Зүрх судас	2	Бөөр	8
Мэдрэл	3	Чих хамар, хоолой	9
Арьс, харшил	4	Жирэмслэлтийг таслуулахаар илгээсэн	10
Бүдүүн, шулуун гэдэс	5	Бусад	11

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-5

Эмнэлгийн нэр: .....

РЕТРОВИРУСИЙН ЭСРЭГ ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭНД ОРСОН ХДХВ, ДОХ-ТОЙ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН НЭГДСЭН БҮРТГЭЛ

№	РВЭЭ-д орсон огноо	Хяналтын дугаар	Эрсдлийн код*	Биологийн хүйс	Нас	Өмнө нь ЭХХДС-ээр РВЭЭ авч байсан	РВЭЭ эхлэхэд жирэмсэн байсан	Эмнэлзүйн үе шат (ДЭМБ)	Эмчилгээнд орох үеийн вирусийн ачаалал		Эмчилгээнд орох үеийн CD4 эсийн тоо		Эхэлсэн горим	Одоогийн горим	Горим шилжсэн		Одоогийн байдал**	
									ВА	Огноо	CD4	Огноо			Горим	Огноо	Одоогийн байдал**	Огноо

**Одоогийн байдал:
1 - РВЭЭ үргэлжилж байгаа
2 - Шилжсэн
3 - Шилжиж ирсэн
4 - Хяналтнаас алдагдсан
5 - Нас барсан
6 - Зогсоосон

Эмчилгээ зогсоох шалтгаан:
S1 - эмийн гаж нөлөө
S2 - эсрэг заалтаар / жирэмсэн
S3 - эмчилгээ тасарсан
S4 - эмчлүүлэгч дэглэм баримтлаагүй
S5 - эмнэлэгт хэвтсэн / хүнд байдалтай
S6 - эмийн хангалт тасарсан / нөөц дууссан
S7 - эмчлүүлэгчийн хүсэлтээр
S8 - бусад

*Эрсдлийн код:
m Эрчүүдтэй бэлгийн хавьталд ордог эрэгтэй
f Эмэгтэй биеэ үнэлэгч
h Гетеросекс бэлгийн чиг хандлагатай хүн

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-6

ХДХВ, ДОХ-ЫН ҮЕД ҮЗҮҮЛЭХ ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНД ХАМРАГДАХААС САЙН ДУРААР ТАТГАЛЗАХ ХУУДАС

Аймаг/хотын нэр: _____

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр: _____ **Өөрийн нэр:** _____

Хяналтын дугаар: ☐☐☐☐☐☐☐

Хүйс: Эр ☐ Эм ☐

Төрсөн он/сар/өдөр: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

ХДХВ-ийн халдвар батлагдсан он/сар/өдөр: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

Миний бие/хүүхэд ХДХВ, ДОХ-ын эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ, ретровирусийн эсрэг эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ, эрүүл мэндийн нарийн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ, ХДХВ-ийн халдвар эхээс хүүхдэд дамжихаас сэргийлэх арга хэмжээний ач холбогдол, үр дүн, илэрч болох гаж нөлөө, одоогийн эмнэл зүйн шат болон эмчилгээнд хамрагдаагүй тохиолдолд гарах хүндрэлүүдийн талаар танилцаж, зөвлөгөө авлаа.

Миний бие/хүүхэд дараах тусламж үйлчилгээнд хамрагдахаас сайн дурааараа татгалзаж байна.

Татгалзаж буй тусламж үйлчилгээний төрөл:

* Ретровирусийн эсрэг эмчилгээ
* Котримоксазолын урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ
* Изониазидын урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ
* Сүрьеэгийн эмчилгээ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
* Яаралтай бус мэс заслын тусламж үйлчилгээ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
* ХДХВ-ийн халдвар ЭХДС эмийн урьдчилан сэргийлэлт Эх ☐ Нярай ☐
* ХДХВ-ийн халдвартай нярайг дан сүү орлуулагчаар хооллохоос
* Эмчийн зөвлөсөн шинжилгээ _____

Татгалзсан шалтгаан: _____
_____

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг: _____ Он/сар/өдөр:

Эмчийн гарын үсэг: _____ Он/сар/өдөр:

Тэмдэглэл: _____ _____ _____

Жич: Үйлчлүүлэгч тухайн баримтанд гарын үсгээ зурахаас татгалзсан тохиолдолд тэмдэглэлд зурсан, үйлчлүүлэгчийг тусламж үйлчилгээнээс татгалзсаныг гэрчлэх 3 эмнэлгийн ажилтны гарын үсгээр баримтыг баталгаажуулна.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-7

ХДХВ, ДОХ-ЫН ЭМЧИЛГЭЭНД ХАМРУУЛАХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

Аймаг/хотын нэр: _____

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр: _____ **Өөрийн нэр:** _____

Үйлчлүүлэгчийн хяналтын дугаар: ☐☐☐☐☐☐☐

Хүйс: ☐ Эр ☐ Эм

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

Асран хамгаалагч: Үйлчлүүлэгчийн хэн болох, эцэг/эхийн нэр, өөрийн нэр: _____
_____

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

ХДХВ-ийн халдвар батлагдсан он сар өдөр: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

ХДХВ-ийн халдвар анх оношлогдсон газар: _____

Миний бие/асран хамгаалагч ХДХВ, ДОХ-ын эмчилгээ, тусламж үйлчилгээний хөтөлбөрт хамрагдахын ач тус, эмчилгээний үед гарч болох гаж нөлөөнүүд болон эмчилгээний нөхцөл, журмуудтай танилцаж зөвлөгөө авлаа.

Үйлчлүүлэгчийн хүлээх үүрэг:

*Эмчилгээний горим, дэглэмийн талаарх сургалтуудад тогтмол хамрагдах
*Товлосон өдрөө ирж эмчтэй уулзан, эм зүйчээс эмээ авч байх

*Ретровирүсийн эсрэг эмчилгээ /РВЭЭ/-ний эмүүдийг зөвхөн өөрөө хяналтанд нь байдаг эмнэлгийн байгууллага, эмчээс авах

*Эмийг зарж борлуулах эсвэл хэн нэгэнтэй хуваалцах хэрэглэхийг хориглоно /гэр бүлийн хүмүүс, найзууд г.м/

*Эмчийн зөвлөсний дагуу эмийг заасан тунгаар, тогтмол цагт уух

*Эрүүл мэндтэй холбоотой хүндрэл, асуудал үүссэн тохиолдолд эмнэлгийн байгууллагад яаралтай хандах

*РВЭЭ-г эмчийн зааваргүйгээр дур мэдэн зогсоохгүй байх

Би эмнэлгийн байгууллагатай хамтран ажиллаж, эмчилгээний горим, дэглэмийг дагаж мөрдөхийг зөвшөөрч байна.

Хэрэв миний бие заагдсан дүрэм журмыг мөрдөөгүй, зөрчсөн тохиолдолд эмнэлгийн байгууллага нь тодорхой шаардлага тавих эрхтэй.

Асран хамгаалагчийн хүлээх үүрэг:

*Асран хамгаалагч нь эмчилгээний дэглэмийн талаар мэдлэгтэй бол өвчтөнд тусламж дэмжлэг үзүүлнэ.

Огноо: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

Эмчилгээнд орохыг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр, гарын үсэг	Асран хамгаалагчийн нэр, гарын үсэг	Зөвлөгөө өгсөн эмчийн нэр, гарын үсэг
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Эмнэлгийн нэр: | | | | | | |

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ХЭРЭГЛЭСЭН ЭМИЙН ХУУДАС

Хяналтын дугаар: | | | | | | | | № | | |

№	Эмийн нэр	Тун	Хэрэглэх арга	Он, сар, өдөр													
Уугаагүй РВЭ-ийн тоо/хоног																	
Хугацаа																	
Эмчийн гарын үсэг/Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг																	

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

Эмнэлгийн нэр: .....

Т ЛИМФОЦИТ ЭСИЙН МАРКЕР ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр /код/	Нас	Хүйс	Тасаг	Өвчний түүхийн дугаар	Facs Count				Puma CD4	Тайлбар
						CD4	CD8	CD3	CD4/CD8		

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

Эмнэлгийн нэр: ☐☐☐☐☐☐

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАР ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Лабораторийн дугаар	Сорьцын дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Ирүүлсэн тасаг, кабинет, эмнэлгийн нэр	Үзлэгийн төрөл /1.1-3.2/	Хүн амын бүлэг /4.1-4.4/	Шинжилгээний дүн						Дүгнэлт
								Хурдавчилсан арга	Наалдуулах урвал	ФХЭБУ	Вестерн блот	Вирусийн ачаалал	ПГУ	

Үзлэгийн төрөл:

Жирэмсэн	1.1
Урьдчилан сэргийлэх	2.1
Өвчний учир амбулаторт анх	2.2
Өвчний учир амбулаторт давтан	2.3
Хяналт	2.4
Тандалт/хавьтал	3.1
Дуудлага	3.2

Хүн амын бүлэг:

ЭБҮ	4.1
ЭБЭ	4.2
МБСТХ	4.3
Хөдөлгөөнт хүн ам	4.4

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

Эмнэлгийн нэр: ☐☐☐☐☐☐

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАР ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭ, ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Төвийн нэр:
Хот/дүүрэг:
Аймаг/сум:
Утас:

Зөвлөгчийн нэр:

№, Огноо	Үйлчлүүлэгчийн код	Нас, хүйс	Үйлчлүүлэгч		Шинжилгээний хариу												Хариугаа авсан эсэх /+, -/	Тайлбар
					ХДХВ						Тэмбүү							
			Шинэ	Давтан	Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээтэй	Баталгаажуулах шинжилгээ хийлгэсэн эсэх /+, -/	Үүнээс эерэг	Сөрөг	Эерэг	Сөрөг	Баталгаажуулах шинжилгээ хийлгэсэн эсэх /+, -/	RPR	TPHA			
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	
	☐☐☐☐☐☐																	

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

Эмнэлгийн нэр _____

СЭТГЭЦИЙН ЭМГЭГТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН ХЯНАЛТЫН БҮРТГЭЛ

Д/д	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, Хүйс	Тогтмол хаяг	Хөдөлмөрийн чадвар алдалт тогтоолгосон эсэх тийм (+), үгүй (-)	Хяналтад орсон он, сар, өдөр	ХЧА-ын хувь	Онош	Нийгэмд аюултай үйлдэл хийж болзошгүй эсэх, тийм (+), үгүй (-)	Гэр бүлтэй эсэх тийм (+), үгүй (-)	Төрөх насны эмэгтэй тийм (+), үгүй (-) /15-49/	Цэргийн насны эрэгтэй тийм (+), үгүй (-) /18-55/	Хөдөлгөөн					Тнэгүй эм авдаг эсэх тийм (+), үгүй (-)	Байнгын асаргаанд байдаг эсэх тийм (+), үгүй (-)	Тайлбар
												Эдгэрсэн	Шилжсэн	Шилжиж ирсэн	Цуцалсан	Нас барсан			

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

Эмнэлгийн нэр: _____

ШҮҮХ СЭТГЭЦ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ДҮГНЭЛТ ШИНЖИЛГЭЭ

1.Явуулсан байгууллагын нэр: _____

2.Холбогдогч: Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ **Өөрийн нэр:** _____

3.Регистрийн дугаар: | | | | | | | | | | |

4.Нас: _____ **5.Хүйс /зур/:** Эр, Эм

6. Үзсэн: _____ оны _____ сарын _____ өдөр

7. Зүйл анги: _____

8. Хавтаст хэргийн дугаар: _____

9.Хэрэгт холбогдохын өмнө эрхэлж байсан ажил: _____

10. Холбогдогчийн тогтмол хаяг: _____

11. Мэргэжил: _____

12. **Шүүх сэтгэц гэм судлалын магадлагаа хаана хийсэн /зур/:** Амбулаторт-1, Стационарт-2, Шүүх хуралд-3, Хорих газарт-4, Эчнээ-5

13.Холбогдогч урьд өмнө хэрэгт холбогдож байсан эсэх /зур/: Тийм, Үгүй

14. Магадлагаа хийсэн удаа /зур/: Анх-1, Давтан-2

15. Хэргийн байдал /зур/: Эрүүгийн-1, Иргэний-2, Бусад-3

16. Холбогдогчийн холбогдох хэргийн талаар мөрдөн байцаагч буюу шүүгчийн олж тогтоосон зүйл, шинжилгээ хийлгэх болсон шалтгааны тухай товч тодорхой дүгнэж бич:

_____

_____

_____

_____

_____

17.Шинжлүүлэгчийн амьдралын түүх, өвчний түүх, сэтгэцийн байдлыг дэлгэрэнгүй бич:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Комиссын дарга:

Тамга, тэмдэг **Комиссын гишүүд** **1**

2

3

4

5

6

7

Илтгэгч:

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

Эмнэлгийн нэр _____

ШҮҮХ СЭТГЭЦ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ДҮГНЭЛТ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас Хүйс	Тогтоолын дугаар, хаанаас ирүүлсэн	Холбогдох хэргийн зүйл анги	Тогтмол хаяг	Хөдөлмөр эрхлэлт /код/	Онош	Гаргасан шийдвэр	Магадлагааны хэлбэр	Анх, давтан	Магадлагаа хийсэн комиссын гишүүдийн нэр	Магадлагааг хүлээн авсан хүний нэр
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СЭ-4

АМИА ХОРЛОХ ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ МАЯГТ

Д/д	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Он сар өдөр		Нас	Хүйс	Боловсрол /код/	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал /код/	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан /код/	Гэрлэлтийн байдал /код/	Тогтмол хаяг	Гэр бүлийн хүчирхийлэл байсан эсэх	Хүнд өвчтэй эсэх	Удамшлын анамнез байгаа эсэх	Сэтгэцийн эмгэгтэй бол ӨОУА-ын дагуу оношийг кодлох	Үндсэн оношийн код /S00.0-T88.9/	Өвчний оношийн код /A00.0-R99.9/	Гадны шалтгааны код /X60-Y98/	Амиа хорлоход хүргэсэн нөхцөл байдал /Z55-Z65, Z80-Z99/	Амиа хорлох оролдлого хийхдээ архи хэрэглэсэн эсэх (тийм-1, үгүй-2)	Мансууруулах бодис, эмийн нэрийг бичих	Урьд нь амиа хорлох оролдлого хийсэн удаа	Гэрээслэл үлдээсэн эсэх	Эмнэлгийн тусламж авсан эсэх	Сэтгэл зүйн зөвлөгөө өгсөн эсэх
		Амиа хорлосон	Амиа хорлох оролдлого хийсэн																					
А	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 арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СЭ-5

АЛБАДАН ЭМЧЛҮҮЛСЭН, НИЙГЭМД АЮУЛТАЙ ҮЙЛДЭЛ ХИЙЖ БОЛЗОШГҮЙ ХҮМҮҮСИЙН БҮРТГЭЛ

Д/д	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, Хүйс	Тогтмол хаяг	Онош	Нийгэмд аюултай үйлдэл хийж болзошгүй эсэх тийм (+), үгүй (-)	Өмнө нь хэвтэн эмчлүүлж байсан эсэх тийм (+), үгүй (-)	Хяналтад байдаг эсэх тийм (+), үгүй (-)	Хөдөлмөрийн чадвар алдалт тогтоолгосон эсэх тийм (+), үгүй (-)	Нийгэмд аюултай үйлдэл хийж болзошгүй эсэх тийм (+), үгүй (-)	Өмнө нь хэвтэн эмчлүүлж байсан эсэх тийм (+), үгүй (-)	Тайлбар

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СЭ-6

Эмнэлгийн нэр _____

МАНСУУРУУЛАХ БОДИС ХЭРЭГЛЭХ ЭМГЭГТЭИ ХҮМҮҮСИИН БҮРТГЭЛ

Д/д	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Тогтмол хаяг	Мэргэжил	Боловсрол	Ажлын газрын хаяг, албан тушаал ЭМД-ын дугаар	Нас, Хүйс	Сэтгэцийн эмчийн хяналтад байдаг эсэх (тийм, үгүй)	Шүүх сэтгэц эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон удаа		Үндсэн онош /ӨОУА-10/ F11-F16, F18, F19	Мансуурулах бодисын хор хөнөөлийн талаарх сургалтад хамрагдсан эсэх (тийм, үгүй)	Эмийн эмчилгээнд хамрагдсан эсэх		Сэтгэл зүйн эмчилгээнд хамрагдсан эсэх		Нийгмийн нөхөн сэргээх (нийгэмжшүүлэх)тусламжинд хамрагдсан эсэх	Опиоидын орлуулах эмчилгээ хийлгэсэн эсэх (тийм, үгүй)
								Анх	Давтан			Амбулаторит	Стационарт	Амбулаторит	Стационарт		
А	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 арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-1

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Шинжилгээ -ний дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Өвчний түүхийн дугаар	ЭМД-ийн дугаар, Утасны дугаар	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Тухайн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэх, тийм бол хугацаа, онош, шинжилгээний дугаар	Сорьцын төрөл	Сорьц авсан огноо	Сорьц илгээсэн огноо	Эмнэлзүйн урьдчилсан онош
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний бүртгэлийг бүртгэлийн ажилтан, эд, эсийн лабораторийн техникч нар хөтлөн бүртгэнэ.

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ (ЭС-1) - ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр, утас	Сорьц хүлээн авсан огноо	Макро бичлэг	Микро бичлэг, онош дүгнэлт	Тусгай будгийн нэр	Зөвлөсөн эмчийн нэр	Бэлдсэн лаб/техникчийн нэр	Шинжилсэн эмчийн нэр	Хариу гарсан огноо	Хариуг хүлээлгэн өгсөн огноо	Хариу авсан хүний нэр, утас, гарын үсэг
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний бүртгэлийг бүртгэлийн ажилтан, эд, эсийн лабораторийн техникч нар хөтлөн бүртгэнэ.

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

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. **Эмнэлгийн нэр:**_____**Тасгийн нэр:**_____**Өвчний түүхийн дугаар:**_____
2. **Ургийн овог:**_____**Эцэг /эх/-ийн нэр**:_____**Өөрийн нэр:**_____
3. **Нас:**____ **Хүйс:** Эр ☐ Эм ☐
4. **Регистрийн дугаар:**_____**ЭМД-ын дугаар:**_____**Утас:**_____
5. **Хариуг илгээх цахим хаяг:**_____
6. **Сорьцын төрөл:** Онош тодруулах ☐

   Мэс заслын ☐

   Яаралтай ☐

   Сорьц авсан огноо: _____он ___сар ___өдөр___цаг

   Сорьц илгээсэн огноо:_____он ___сар ___өдөр___цаг
7. **Сорьц авсан эрхтэн:**_____**Байрлал:**_____

   Сорьцын хэмжээ:___х___х___см, ___гр **Сорьцын байдал**:_____
8. **Эмнэлзүйн мэдээлэл:**_____
   _____
   _____
9. **Эмнэлзүйн онош:**_____
10. **Өмнө нь амьд сорьцын болон эсийн шинжилгээг хийлгэж байсан эсэх:** Тийм ☐ Үгүй ☐

    хэрэв тийм бол ☐ Амьд сорьцын шинжилгээ

    ☐ Эсийн шинжилгээ

10а. **Өмнөх шинжилгээний дугаар:**_____ Огноо:_____он ___сар ___өдөр

10б. **Өмнөх шинжилгээний онош:**_____

Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр:_____ **Гарын үсэг:** / / **Утас:**_____

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС (1А)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Б. Шинжилгээний хэсэг

11. **Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр**:

12. **Амьд сорьцын шинжилгээний дугаар №:**_____

    Хүлээн авсан огноо:_____он ____сар____өдөр_____цаг

13. **Хүлээн авсан хүний нэр:**_____ **Утас:**_____
14. **Макро:**_____

15. **Микро:**_____

16. **Онош, дүгнэлт:**_____

17. **Нэмэлт тэмдэглэл, санал:**_____

Бэлдсэн: Эд эсийн лабораторийн техникчийн нэр:_____ Гарын үсэг: / /

Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / /

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:
А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө. /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгийн тохирох сонголтын өмнөх нүдийг сонгож тэмдэглэнэ./

Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

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

ХӨХНИЙ БУЛЧИРХАЙН ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. **Эмнэлгийн нэр:**_____**Тасгийн нэр**:_____ **Өвчний түүхийн дугаар:** _____
2. **Шилжүүлэгчийн ургийн овог:**_____**Эцэг /эх/-ийн нэр:**_____**Өөрийн нэр:**_____
   Нас:____**Хүйс:**___
3. **Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар:**_____**ЭМД-ын дугаар:**_____**Утас:**_____
4. **Сорьц авсан огноо:** _____он_____ сар_____ өдөр_____цаг
5. **Хөхний эдийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү:
6. **Хөхний аль хэсгээс юу авсан**_____
   _____
   _____
   _____
7. **Эмнэлзүйн талаарх товч мэдээлэл:**_____
   _____
8. **Эмнэлзүйн онош:**_____
9. **Сорьц илгээсэн:** _____он____сар____өдөр____цаг, **Хариуг илгээх цахим хаяг:**_____

   Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр: _____**Утас:** _____

Б. Шинжилгээний хэсэг

10. **Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр**:_____
11. **Шинжилгээний №:** _____**Хүлээн авсан хүний нэр:**_____**Утас:**_____,_____
    _____он_____сар_____өдөр____цаг
12. **Эдийн шинжилгээний хариу дүгнэлт: Макро бичлэг**_____
    _____
    Микро бичлэг: зах ирмэг, судас, мэдрэл рүү нэвчсэн байдал, хөхний толгойд ойрхон эсэхийг тэмдэглэнэ үү_____
    _____
    _____
13. **Нэмэлт тэмдэглэл, санал:** _____
    _____
    _____
14. **Хариу гарсан:** _____он_____сар_____өдөр

    Бэлдсэн: Эд, эсийн лабораторийн техникчийн нэр:_____Гарын үсэг_____
    Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр:_____Гарын үсэг:_____

Тайлбар: Хөхний булчирхайн эдийн шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:

А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгийг доогуур нь зурж сонгоно/

Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

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

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. **Эмнэлгийн нэр:** _____**Тасгийн нэр:** _____**Өвчний түүхийн дугаар:** _____
2. **Шилжүүлэгчийн ургийн овог:** _____**Эцэг/эх/-ийн нэр**: _____**Өөрийн нэр:**_____ **Нас:**___
3. **Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар:**_____**ЭМД-ын дугаар**:_____**Утас:**_____
4. **Сорьц авсан:** _____ он_____ сар_____ өдөр_____цаг
5. **Эмэгтэйчүүдийн өгүүлэл: Жирэмсэн эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол жирэмсний хугацаа_____долоо хоног.**Цэвэршсэн эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хэдэн онд_____, **Үгүй бол сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн эхний өдөр:**_____он___сар___өдөр, **Жирэмслэлтийн тоо**_____**Төрөлтийн тоо**____**Үр хөндөлтийн тоо**____**Зулбалтын тоо**___
6. **Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэглэдэг эсэхийг зурна уу:** /Дааврын эм, Ерөндөг ,Тарилга, Суулгац, Бэлгэвч, Хавсарсан арга, Ямар нэгэн арга хэрэглэддэггүй/
7. **Умайн хүзүүний эдийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү: _____
8. **Шинжлүүлэгч TORCH-ийн халдварын шинжилгээ хийлгэсэн эсэхийг тэмдэглэнэ үү:** /Тийм, Үгүй/. Тийм бол хийлгэсэн огноо болон хариуг бичнэ үү: _____
9. **Үзлэгээр умайн хүзүүний харагдах байдлыг зурна уу:** /Цэвэр, Улайлттай, Цэврүүтэй, Хавдрын сэжигтэй/
10. **Эмнэлзүйн талаарх товч мэдээлэл:**_____ _____
11. **Эмнэлзүйн онош**:_____
12. **Сорьц илгээсэн огноо:**_____он_____сар____өдөр___цаг, **Хариуг илгээх цахим хаяг**:

    Сорьц авч, илгээсэн: Эмчийн нэр_____утас_____

Б. Шинжилгээний хэсэг

13. **Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:** _____
14. **Шинжилгээний №:** _____**Хүлээн авсан хүний нэр:** _____**Утас:** _____,_____он __сар___өдөр___цаг
15. **Микро бичлэг: зах ирмэг, судас, мэдрэл рүү нэвчсэн зэргийг тэмдэглэнэ үү:**_____ _____ _____
16. **Шинжилгээний хариу дүгнэлт**: _____ _____ _____
17. **Нэмэлт тэмдэглэл, санал:** _____ _____
18. **Хариу гарсан:** _____он_____сар_____өдөр

    Бэлдсэн: Эд, эсийн лабораторийн техникчийн нэр:_____Гарын үсэг:_____
    Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр_____Гарын үсэг_____

Тайлбар: Эмэгтэйчүүдийн эдийн шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:
А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгий доогуур нь зурж сонгоно/
Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

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

ЦОГЦСЫГ ХҮЛЭЭН АВСАН БА ОЛГОСОН БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Огноо /Он, сар, өдөр/				Цогцсыг ирүүлсэн		Эмнэл зүйн онош	Оршуулгын газрын нэр, хаяг	Хүлээн авсан хүний нэр, утас	Хүлээлгэн өгсөн хүний нэр, утас
			Нас, барсан	Шинжил-гээнд ирүүлсэн	Эмгэг судлалын задлан шинжилгээ хийсэн	Оршуу-лахаар авсан	Эмнэлгийн нэр	Тасгийн нэр				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Тайлбар: Цогцсыг хүлээн авсан ба олгосон бүртгэлийг эмгэг судлалын туслах ажилтан бүртгэнэ.

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

ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг/эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Ор хоног	Өвчний түүхийн дугаар	Шинжилгээнд ирүүлсэн		Нас барагчийн тогтмол хаяг	Эмчлэгч эмчийн нэр, утас	Хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг	Нас барсан он, сар, өдөр, цаг	Эмгэг судлалын шинжилгээ хийсэн он, сар, өдөр, цаг	Эмнэл зүйн онош	Эмгэг судлалын онош	Оношийн зөрөө бусад тэмдэглэл	Эмгэг судлаач эмчийн нэр
					Эмнэлгийн нэр	Тасгийн нэр									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Тайлбар: Эмгэг судлалын шинжилгээний бүртгэлийг эмгэг судлаач эмч бүртгэж бичнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-4

ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг/эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Өвчний түүхийн дугаар	ЭМД-ын дугаар, Утасны дугаар	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Шинжил-гээний төрөл	Тухайн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан бол өгсөн хугацаа, хариу	Сорьц авсан огноо	Сорьц илгээсэн огноо	Эмнэлзүйн урьдчилсан онош	Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр, утас	Сорьц хүлээн авсан огноо
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Тайлбар: Эсийн шинжилгээний бүртгэлийг бүртгэлийн ажилтан, эд, эсийн лабораторийн техникч нар хөтлөн бүртгэнэ.

ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ (ЭС-4)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Онош/дүгнэлт	Тусгай будгийн нэр	Зөвлөх эмчийн онош дүгнэлт өгсөн эсэх	Бэлдсэн лаб/техникчийн нэр	Шинжилсэн эмчийн нэр	Хариу гарсан огноо	Хариуг хүлээлгэн өгсөн огноо	Хариу авсан хүний нэр, утас, гарын үсэг
14	15	16	17	18	19	20	21

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-4А

БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙН ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр:_____**Тасгийн нэр:**_____**Өвчний түүхийн дугаар:**_____

2. Шилжүүлэгчийн ургийн овог:_____**Эцэг/эх/-ийн нэр:** _____**Өөрийн нэр:**_____

Нас:____**Хүйс:**____

3. Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар:_____**ЭМД-ын дугаар:**_____**Утас:**_____

4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: Тийм, Үгүй

Тийм бол:_____

5. **Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, **Тийм бол хугацаа ба хариуг бичнэ үү:**

_____

6. Сорьц авсан:_____ он___ сар___өдөр___цаг

7. **Бамбай булчирхайн аль хэсгээс авсан:**_____

8. Сорьцын хэмжээг: _____мл,

9. Сорьцын төлөв, байдал: Шаргал Цустай Булингартай Хунгалаг Дээрхэг

10. Өвчний товч түүх:

Эмнэлзүйн урьдчилсан онош:_____

Сорьц авч, илгээсэн эмч:_____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

Шинжилгээний дугаар:_____

11. Хүлээн авсан огноо:_____

12. Сорьцын төлөв, байдал:

13. Будгийн нэр:_____**Шилний тоо:**_____

Будгийн нэр:_____**Шилний тоо:**_____

14. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү

Онош Онош тавих боломжгүй буюу шаардлага хангахгүй/Nondiagnostic or Unsatisfactory	o Зөвхөн уйланхайт шингэн/Cyst fluid only/	
	o Эс цөөн /Virtually acellular specimen/	
	o Бусад (цус ихтэй, нөжний артифакт г.м)/Other (obscuring blood, clotting artifact, etc)	
Хоргүй өөрчлөлт/Benign	o Хоргүй фолликуляр зангилаа: үүнд аденоматойд зангилаа, коллойд зангилаа г.м/Consistent with a benign follicular nodule (/includes adenomatoid nodule, colloid nodule, etc)	
	o Лимфоцитын (Хашимото) тиреодит /Consistent with lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis in the proper clinical context	
	o Грануломатоз (хурцавтар) тиреодит/Consistent with granulomatous (subacute) thyroiditis)	
	o Бусад/Other	
Фолликулын тодорхой бус хэвшинжгүйшил буюу фолликулын гэмтэц нь тодорхой бус/Atypia of Undetermined Significance or Follicular Lesion of Undetermined Significance		
Фолликулын неоплазм буюу Фолликулын неоплазмын сэжигтэй/Follicular Neoplasm or Suspicious for a Follicular Neoplasm Хэрэв Хөртл (онкоцитын) эсийн хэлбэр бол тусгайлан заах/Specify if Hürthle cell (oncocytic) type		
Хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy Хорт хавдар/Malignant		

15 Онош:_____

16. Нэмэлт тэмдэглэл:_____

17. Хариу гарсан огноо: _____он_____сар_____өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр_____

Шинжилсэн: Эс судлаач _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч_____

Зөвлөх эмч_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-4Б

УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС ☐

А. Илгээх хэсэг

1. **Эмнэлгийн нэр:**_____**Тасгийн нэр:**_____**Өвчний түүхийн дугаар:**_____
2. **Шинжлүүлэгчийн Ургийн овог:**_____**Эцэг/эх/-ийн нэр:** _____**Өөрийн нэр:**_____
   Нас:____
3. **Шинжлүүлэгчийн Регистрийн дугаар:** **ЭМД-ын дугаар:** **Утас**:
4. **Хепатитын В,Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/**
   Тийм бол: _____
5. **Сорьц авсан:** он сар өдөр цаг
6. **Сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн эхний өдөр** _____ **Цэвэршсэн эсэх: / Тийм, Үгүй / Тийм бол хэдэн онд:**_____
7. **Жирэмслэлтийн тоо:**_____ **Төрөлтийн тоо:**_____ **Үр хөндөлтийн тоо:** _____**Зулбалтын тоо:** _____
8. **Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэглэдэг эсэхийг зурна уу:** /Дааврын эм, Ерөндөг ,Тарилга, Суулгац, Бэлгэвч, Хавсарсан арга, Ямар нэгэн арга хэрэглэддэггүй/
9. **Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, **Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү**:
   _____
10. **Үзлэгээр умайн хүзүүний харагдах байдлыг зурна уу:** /Цэвэр, Улайлттай, Шархтай, Цэврүүтэй, Хавдрын сэжигтэй/
11. **Өвчний товч түүх**: _____
12. **Сорьц илгээсэн огноо:**_____он_____сар_____өдөр

Эмнэлзүйн урьдчилсан онош:_____

Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

13. **Шинжилгээний дугаар:**_____**Хүлээн авсан**:_____он__сар__өдөр
14. **Сорьц шаардлага хангасан эсэхийг зурна уу:** /Хангасан, Хангахгүй/
15. **Эндоцервикал эс байгаа эсэхийг зурна уу**: /Тийм,Үгүй/
16. **Үрэвсэл:**_____**Коккобацилл:**_____
17. **Хавдрын бус эсийн өөрчлөлт: метаплази, атрофи, кератик өөрчлөлт, гуурсны метаплази, жирэмсэнтэй холбоотой өөрчлөлт**
18. **Өвөрмөц үүсгэгч: Трихомонад, Хламид, Мөөгөнцөр, Актиномикоз, HSV,CMV,HPV**
19. **Урвалжит өөрчлөлтийг зурна уу:** /Үрэвслийн урвалж өөрчлөлт, Туяаны урвалж өөрчлөлт, Ерөндгийн урвалжит өөрчлөлт/
20. **Эсийн шинжилгээний онош /дүгнэлт -Бетесда-2014 ангиллаар /доорх хүснэгтээс сонгон (✓) тэмдэглэнэ үү/**

	Онош		
1	Дүгнэлт гаргах боломжгүй	Агаарт хатаагдсан	
		Эс цөөн	
		Цус их	
		Шилжвэр бүсээс авагдаагүй	
2	Хавтгай эпителийн доторх эмгэг болон хорт хавдарт сөрөг (NILM)		
3	Бусад (Other)		
4	Хэвшингүй хавтгай эсүүд-өөрчлөлт нь тодорхой бус (ASC-US)		
5	Хэвшингүй хавтгай эсүүд-хавтгай хучуур эсийн хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй (ASC-H)		
6	Хавтгай хучуур эсийн хөнгөн зэргийн гэмтэц (LSIL)		
7	Хавтгай хучуур эсийн хүнд зэргийн гэмтэц (HSIL)		
8	Хавтгай эсийн хортой хавдар (SCC)		
9	Хэвшингүй хавтгай эсүүд -өвөрмөц бус (AGG-NOS)		
10	Хэвшингүй хавтгай эсүүд -хадвар талдаа (AGG-favor neoplastic)		
11	Булчирхайлаг байран хавдар (AIS)		
12	Булчирхайлаг эсийн хортой хавдар (AC)		
13	Бусад хортой хавдар/Other malignant neoplasms)		

21. **Онош:** _____
22. **Нэмэлт тэмдэглэл:** _____
23. **Хариу гарсан огноо**:_____он_____сар_____өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр_____

Шинжилсэн: Эс судлаач:_____

Эсийн эмгэг судлаач эмч:_____

Зөвлөх эмч:_____

Заавар: Энэхүү маягтын А(1-12 дугаар асуулт) хэсгийг ӨЭМТ, СЭМТ,АНЭ,БОЭТ,ДЭМТ төв эмнэлгийн эмч хөтлөн ПАП наацын хамт эс судлалын лабораторит илгээнэ. Наац илгээсэн эмнэлгийн нэр,кодыг тодорхой бичнэ. Эсийн эмгэг судлаач эмч, эс судлаач Б хэсэгт эсийн шинжилгээний дүгнэлтийг бичиж, эсийн шинжилгээний дүгнэлт бүхий маягтыг аймаг, дүүргийн хавдар бүртгэгчид цаасаар илгээнэ. Хавдар бүртгэгч эсийн шинжилгээний дүгнэлт бүхий цаасан маягтыг эргэн дуудах тогтолцооны программд шивэж оруулна.

Энэхүү маягтын эх хувь өвчтөнд цаасан хэлбэргээр олгогдоно.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-4В

ШЭЭС ЯЛГАРУУЛАХ ЗАМ, ШЭЭСНИЙ ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. **Эмнэлгийн нэр:**_____**Тасгийн нэр**:_____**Өвчний түүхийн дугаар**:_____
2. **Шинжлүүлэгчийн овог:**_____**Нэр:** _____**Нас:**_____**Хүйс:**_____
3. **Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар**:_____**ЭМД-ын дугаар**:_____**Утас**:_____
4. **Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/ Тийм бол:** _____
5. **Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу**: /Тийм, Үгүй/, **Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү**: _____
6. **Сорьц авсан**:_____ он_____сар_____өдөр_____цаг
7. **Доогуур зурна уу: Өөрөө шээсэн шээс, катетраар авсан шээс, давсаг угаасан угаадас**
8. **Сорьцын хэмжээ:** _____мл

   Сорьцын, төлөв байдал: Шаргал, Цустай, Булингартай, Тунгалаг, Идээрхэг
9. **Өвчний товч түүх:**_____

   Эмнэлзүйн урьдчилсан онош:_____

   Сорьц авч, илгээсэн эмч:_____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

Шинжилгээний дугаар:_____

10. **Хүлээн авсан**:_____он___сар____өдөр____цаг
11. **Сорьцын төлөв, байдал:**_____
12. **Будгийн нэр**:_____**Шилний тоо**: _____

    Будгийн нэр:_____**Шилний тоо:** _____
13. **Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү**

№	Онош	
1	Онош тавих боломжгүй буюу шаардлага хангахгүй/Nondiagnostic or Unsatisfactory	
2	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөнд сөрөг /Negative for HGUC/	
3	Хэвшинжгүй шээсний замын эсүүд /Atypical Urothelial Cells/	
4	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөнгийн сэжигтэй /Suspicious for HGUC/	
5	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөн /High Grade Urothelial Carcinoma/	
6	Бага зэрэглэлт шээсний замын өмөн/Low Grade Urothelial Neoplasia/	
7	Бусад хорт хавдрууд – анхдагч, хоёрдагч/Other malignancies – Primary, secondary	

14. **Онош**:_____
15. **Нэмэлт тэмдэглэл, санал**:_____
16. **Хариу гарсан огноо:** _____он_____сар_____өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр_____

Шинжилсэн: Эс судлаач:_____

Эсийн эмгэг судлаач эмч:_____

Зөвлөх эмч:_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-4Г

ШҮЛСНИЙ БУЛЧИРХАЙН ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр:_____**Тасгийн нэр:**_____**Өвчний түүхийн дугаар:**_____

2. Шинжлүүлэгчийн овог:_____**Нэр:** _____**Нас:**_____**Хүйс:**_____

3. Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар:_____**ЭМД-ын дугаар**:_____**Утас**:_____

4 Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх :Тийм Үгүй
Тийм_____

5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, **Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү:**
_____

6. Сорьц авсан:_____ он____ сар____өдөр___цаг

7. Шүлсний булчирхайн аль хэсгээс авсан:_____

8. Сорьцын хэмжээ:_____**мл**
Сорьцын төлөв байдал: Шаргал Цустай Булингартай Ангалаг Ээрхэг

9. Өвчний товч түүх:_____

Эмнэлзүйн онош:_____

Сорьц авч, илгээсэн: Эмчийн нэр_____Утас:_____

Б. Шинжилгээний хэсэг:
Шинжилгээний дугаар:_____

10. Хүлээн авсан:_____он__сар__өдөр____цаг,

11. Сорьцын төлөв, байдал:_____

12. Будгийн нэр:_____**Шилний тоо**:_____
Будгийн нэр:_____**Шилний тоо:**_____

13. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү

Онош тавих боломжгүй/Non-Diagnostic		
Хоргүй өөрчлөлт/Non-Neoplastic		
Хэвшинжгүйшил өөрчлөлт/Atypical		
Неоплазм/Neoplasm	Хоргүй/Benign	
	Бусад/Other/	
Хорт хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy		
Хорт хавдар/Malignant		

14. Нэмэлт тэмдэглэл:_____

15. Хариу гарсан огноо: _____он_____сар_____өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр_____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____
Эсийн эмгэг судлаач эмч:_____
Зөвлөх эмч:_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-4Д

ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. **Эмнэлгийн нэр**: **Тасгийн нэр**: **Өвчний түүхийн дугаар**:
2. **Шинжлүүлэгчийн овог:_____Нэр:_____Нас:_____Хүйс:_____**
3. **Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____**
   ЭМД-ийн дугаар:_____ Утас:_____
4. **Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/**
   Тийм бол: _____
5. **Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/. Тийм бол өгсөн хугацаа болон хариуг бичнэ үү:_____**
6. **Сорьц авсан огноо:** он сар өдөр
7. **Хаанаас авсан:_____**
8. **Сорьцын хэмжээ:_____**
   Сорьцын төлөв байдал: Шаргал, цустай, булингартай, тунгалаг, идээрхэг
9. **Өвчний товч түүх:__ _____**

   Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____

   Сорьц авч, илгээсэн эмч:_____

Б. Шинжилгээний хэсэг

Шинжилгээний дугаар:_____

10. **Хүлээн авсан огноо:** он сар өдөр
11. **Сорьцын төлөв, байдал:_**
12. **Будгын нэр:** **__Шилний тоо:**

    Будгын нэр: **Шилний тоо:**

13. **Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү.**

№	Онош					
1	Онош тавих боломжгүй/Non-Diagnostic					
2	Хэвшинжгүйшил өөрчлөлт/Atypical					
3	Хорт хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy					
4	Хорт хавдар/Malignant					

14. **Онош:**
15. **Нэмэлт тэмдэглэл**: _____
16. **Хариу гарсан огноо:** _____он_____сар_____өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр_____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____
Эсийн эмгэг судлаач эмч:_____
Зөвлөх эмч:_____

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

ДОНОРЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГИЙН БҮРТГЭЛ №

№	Донорын овог, нэр	Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Цусны бүлэг	Цус өгөлтийн код	Цус, ЦЦБ өгөх хэмжээ	Цус өгөөгүй шалтгаан	Үзлэгийн эмчийн овог нэр

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

ЦУСНЫ ДОНОРЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН КАРТ

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

Регистрийн дугаар

Ургийн овог.....Яс үндэс.....
Овог..... Нэр.....

Төрсөн он.....Нас ..... Хүйс.....

Гэрийн хаяг.....

Ажил, сургуулийн хаяг.....

Гар утас 1 ..... 2.....

Мэргэжил.....

Имэйл хаяг .....

ЭМЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

ЦУСНЫ БҮЛЭГ **РЕЗУС ФАКТОР**

D	C	c	E	e

КЕЛЛ БҮЛЭГ

№	Биеийн ерөнхий үзүүлэлт	Он. сар. өдөр							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Цус өгөлтийн код								
2	Гемоглобин								
3	Биеийн ерөнхий байдал /биеийн халуун/								
4	Жин, Өндөр								
5	Артерийн даралт								
6	Судасны цохилтын тоо								
7	Авах цус, сийвэн, эсийн хэмжээ								
8	Хассан, хойшлуулсан шалтгаан								
9	Үзлэг хийсэн эмчийн гарын үсэг								
10	Авсан цус, сийвэн, эсийн хэмжээ, сувилагчийн гарын үсэг								

Цусны Донорын асуумж

АНХААРУУЛГА

Та асуумжинд үнэн зөв хариулснаар цус сэлбүүлэх цусны өвчтэй хүүхэд, хүндрэлтэй төрсөн эх, осол гэмтэлд өртсөн, бусад цус сэлбүүлэх шаардлагатай өвчнүүдийн амь насанд учрах хүндрэлээс сэргийлэх тустай. Өөрт байгаа эмгэг болон эрсдэлтэй зан үйлийг нууцалж цус болон цусны бүрэлдэхүүн хэсгээ бэлэглэвэл хуулийн хариуцлага хүлээлгэхийг анхаарна уу.

	Асуумж (тийм/+/, үгүй/–/ тэмдэглэл хийнэ үү!									
	Он сар өдөр		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1	Та ямар зорилгоор цусаа өгч байна вэ?	Хүний амь нас аврах								
		Шинжилгээ хийлгэж, эрүүл мэндээ хянах								
		урамшуулал, халамж эдлэх								
2	Танд ямар нэгэн зовиур байна уу?									
3	Та шөнө 6 цагаас дээш хугацаагаар унтаж амарсан уу?									
4	Өөх тостой хоол,сүүн бүтээгдэхүүн, өнгөтэй ундаа хэрэглэсэн үү?									
5	Сүүлийн 2 хоногт согтууруулах ундааны зүйлс хэрэглэсэн үү?									
6	Ямар нэгэн харшилтай юу? Одоо сэдэрсэн эсэх?									
7	Эм ууж, эмчилгээ хийлгэж байгаа эсэх?									
	Сүүлийн 1 жилд									
8	Хатиг, буглаа нээлгэх, хануур төөнүүр, зүү эмчилгээ, шивээс, цоолбор, шүдний ажилбар, үр хөндөлт, гоо сайхны мэс засал хийлгэсэн эсэх?									
9	Томоохон хэмжээний мэс ажилбар, осол гэмтэлд өртсөн эсэх?									
10	Танд шалтгаангүй турах, гүйлгэх, ойр ойрхон халуурах, шөнө хөлрөх, булчирхай томрох, яр тууралт гарах, ядрах шинж тэмдэг байгаа эсэх									
11	Танд амьсгаадах, ханиалгах, цээжээр өвдөх, цустай цэр гарах шинж тэмдэг байгаа эсэх?									
12	Танай гэр бүлийн гишүүдийн дунд элэгний В , С вирусээр өвдсөн хүн байгаа юу?									
13	Та ямар нэгэн урьдчилан сэргийлэх вакцин хийлгэсэн үү?									
14	Гадаад улс оронд аялж, амьдарч байсан уу?									
15	Бэлгийн замын халдвараар өвдсөн үү? (Тэмбүү, заг хүйтэн, хламиди, трихомониаз)									
16	Санамсаргүй байдлаар зүүнд хатгуулсан уу? Арьс салстанд цус болон биологийн шингэн хүргэсэн тохиолдол байгаа эсэх?									
ТА										
17	ямар нэг өвчний улмаас эмчийн хяналтанд байдаг уу?									
18	зүрх, уушги, ходоод гэдэс, бөөр, үе мөч, сүрьеэ, сэтгэц, мэдрэл, дотоод шүүрэл, чихрийн шижин, хавдар, цусны өвчнөөр өвдөж байсан эсэх?									
20	гепатит В, С вирусын халдвар авч байсан уу?									
21	цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлж байсан уу?									
22	эрсдэлтэй бэлгийн хавьталд орж байсан эсэх? (Биеэ үнэлэгч, олон хавьтагч, ижил хүйстэн)									
24	Өөрийгөө ХДХВ/ДОХ-ын халдвартай байж магадгүй гэж бодож байсан уу?									
25	арьс зүсэх, цус гаргах зан үйл үйлдэж байсан уу?									
26	хар тамхи, мансууруулах бодис хэрэглэж байсан уу?									
27	**Эмэгтэй донорт: Сарын тэмдэг ирсэн, жирэмсэн, хөхүүл, 0-1 насны хүүхэдтэй эсэх?**									
28	Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах зорилгоор миний бөглөсөн асуумж, шинжилгээний дүнг судалгаанд овог, нэргүйгээр ашиглахыг зөвшөөрч байна.									
29	Би дээрх асуултанд үнэн зөв хариулсан болно. Хүний амь нас аврах, эрүүл мэндийг сайжруулах зорилгоор цусаа бэлэглэхийг зөвшөөрч байна. Гарын үсэг									

Хэрэв та өөрийн эрүүл мэндийн талаар үнэн зөв мэдээлэл өгөх боломжгүй байсан бол 70112857,99326503 дугаарт хандана уу! Таны мэдээллийн нууцыг Цусны алба чандлан хадгална

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-3
(өвчний түүхэнд хавсаргана)

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ОЛГОХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр_____**Тасаг**_____
Захиалсан _____он_____сар_____өдөр, **сэлбэлт хийх** _____ сар_____ өдөр_____ цаг _____
Өвчний түүхийн №_____**Регистерийн дугаар**:_____
Эцэг /эх/-ийн нэр_____**Өөрийн нэр**_____
Хүйс: 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

Олголт:

Олгосон ЦЦБ-ний нэр	Захиалсан Хэмжээ/нэгж	Олгосон Хэмжээ/нэгж	Цуврал	Савлалт	Цус өгөлтийн код	Хүүдийний код
Нийт						

ЦЦБ-ийг шалгаж олгосон ажилтаны нэр _____ **гарын үсэг** _____

Олгосон _____ он ____ сар _____ өдөр_____ цаг
ЦЦБ-ийг шалгаж хүлээн авсан ажилтаны нэр _____ **гарын үсэг** _____
Хүлээн авсан _____ он_____ сар_____ өдөр_____ цаг

Сэлбэлт хийх он сар өдөр цаг
Захиалга өгсөн эмчийн эцэг/эх/-ийн нэр, нэр /дармалаар/_____**Гарын үсэг** _____
Олгосон ажилтны нэр он сар өдөр цаг
Хүлээн авсан ажилтны нэр он сар өдөр цаг

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-4

ДОНОРТ ИЛЭРСЭН СӨРӨГ УРВАЛ, ХҮНДРЭЛИЙГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Тасаг нэгжийн нэр_____ он__ сар__ өдөр__ цаг___ минут__
Сөрөг урвал хүндрэл илэрсэн донорын код_____ **төрөл**___ **нас / хүйс** __
Тухайн донорт үйлчилж байсан эмч, сувилагч, бусад (зур)
Сөрөг урвал, хүндрэлийг мэдээлсэн хүний нэр.....

Цус өгөлтийн дараах сөрөг урвалын төрөл		Сөрөг урвалын хүндрэлийн зэрэг			
Ерөнхий урвал		хөнгөн	дунд	хүнд	ноцтой
Вазовагал урвал					
Хэсэг газрын урвал	Цусан хураа				
	Судасны гэмтэл /артери, вен/				
	Мэдрэлийн гэмтэл				
	Хожуу цус гадгашлах				
Аферезтэй холбоотой өвөрмөц урвал	Харшлын урвал				
	Анафилакси				
	Цус задрал				
	Эмболи				
	Цитратын урвал				
	Бүлэн				
Бусад					
Цус өгөлтийн төрөл □бүхэл цус □ аферез (ялтас эс, сийвэн, улаан эс)					
Байршил □ цус цуглуулах цэгт □ цус цуглуулах цэгээс гадна					
Авсан арга хэмжээний бүртгэл					
1. Урвал хүндрэлийн төрөл:					
1.1 Товч дүрслэл					
1.2 Авсан арга хэмжээ , үр дүн: (тухайн үед авсан шуурхай арга хэмжээ, түүний үр дүн, донортой холбогдсон байдал, хожмын уршиг эрсдэл байгаа эсэх)					
1.3Нөлөөлсөн хүчин зүйлс (урвал хүндрэл гарахад нөлөөлсөн хүчин зүйлс)					
1.4 Урьдчилан сэргийлэх (үүнээс хэрхэн урьдчилан сэргийлж болох байсан эсэх)					
1.5 Магадласан их эмч _____					
1.6 Хянасан ажилтан : **Тасгийн эрхлэгч:**					
2.Чанарын алба_____					

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-5

ХАЯГДАЛ ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ СОРЬЦЫН УСТГАЛЫН БҮРТГЭЛ

№	Устгах бүтээгдэхүүн, сорьцын нэр	Тоо хэмжээ		Устгалд өгсөн		Ариутгасан			Устгал хийсэн сар, өдөр, цаг	Ариутгагчийн нэр, гарын үсэг	Хянасан тасгийн эрхлэгч
		Ширхэг	Мл	Он, сар, өдөр, цаг	Хүний гарын үсэг	Хлорамины хэмжээ /гр/	Хлорамины хийсэн цаг, минут	Ариутгагдсан хугацаа			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Тайлбар: Баганын дагуу 1-12 хүртэл хөдөө орон нутагт устгалын нэгдсэн байгууламжгүй газарт хөтлөгдөнө.
Баганын дагуу 1-6 хүртэл устгалын нэгдсэн байгууламжтай газар хөтлөгдөнө.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-6
(Цусны алба хөтөлнө)

ЦУС СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН ШАЛТГААНЫГ СУДЛАХ МАЯГТ

Эмнэлэг, тасгийн нэр.....
Өвчтөний эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр:.....
Регистрийн дугаар.....
Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй **Нас:**..... **Төрсөн** .....**он**.....**сар**.....**өдөр**
Оной.....
Өвчний түүхийн №..... **Эмчлэгч эмчийн нэр**.....
Цус цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэсэн үндсэн заалт:.....
.....
Өвчтөний цусны бүлэг: /дугуйл/ O A B AB
Бүтээгдэхүүний АВО,резус бүлэг: /дугуйл/ O A B AB **RhD:** Эерэг Сөрөг
Зовиур,шинж тэмдэг:

Шээс багасах буюу огт гарахгүй болох
Цээжний араар өвдөх
Амьсгал давчдах
Шээсний гарц, өнгө
Ууц нуруугаар өвдөх
Дотор муухайрах, бөөлжих
Зүү хатгасан хэсэгт өвдөх
Нүд бүлцийх
Чичрүүдэс хүрэх
Тууралт гарах
Зүрх дэлсэх
Таталдах
Бусад (бичих)

Үзүүлэлт	Цус сэлбэхийн өмнө	Цус сэлбэлтийн явцад	Цус сэлбэсний дараа
Биеийн халуун			
Цусны даралт			
Судасны цохилт			

Урвал, хүндрэлийн төгсгөл:

Эрүүл мэндэд ноцтой аюул учраагүй
Удаан хугацаагаар эдгэрэхгүй байх
Маш хүнд
Нас баралт

ЦУС СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН ШАЛТГААНЫГ СУДЛАХ МАЯГТ (ЦТ-6)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Цусны бүлэг, эсрэгбие, хувийн тохироо шалгасан дүгнэлт:

Үзүүлэлт	Өвчтөний	Сэлбэсэн ЦЦБ-ий
Стандарт ийлдэс		
Цоликлон		
Угаасан улаан эс		
Резус бүлэг		
Келл бүлэг		
Эсрэгбие		
Хувийн тохироо		
Бусад		

Өвчтөний цусанд Кумбсын урвал:

Шууд: /зур/ эерэг сөрөг

Шууд бус: /зур/ эерэг сөрөг

Бактериологийн шинжилгээний үзүүлэлт: .....
.....

Эмнэлгийн лабораторит хийгдсэн шинжилгээний хариу:
Өвчтөний ийлдсэнд:
Хемоглобин..... Гаптоглобин..... Билирубин..... Шээсэн дэх хемоглобин .....
Эмнэлэгт хийгдсэн шинжилгээ:
ЦДШ.....
ШЕШ.....
Биохими.....
Бүлэгнэлт.....
Цусны албанаас Эрүүл мэндийн байгууллагат олгосон.....он.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
Эмнэлэгт хадгалсан хугацаа.....нөхцөл ☐ + 2 + 8
☐ хасах 20-оос доош
☐ тасалгааны хэм
Буцааж илгээсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний хэмжээ.....цуврал.....савлалтын дугаар
Тухайн донороос бэлтгэсэн бүтээгдэхүүн ☐ Хөлдөөсөн шинэ сийвэн.....цуврал № ☐ эмнэлэгт олгогдсон ☐ нөөцөнд байгаа
☐ Ялтаст эсийн өтгөрүүлэг.....цуврал № ☐ эмнэлэгт олгогдсон ☐ нөөцөнд байгаа
☐ Улаан эсийн өтгөрүүлэг.....цуврал № ☐ эмнэлэгт олгогдсон ☐ нөөцөнд байгаа

Урвал, хүндрэлийн төрөл:
Цус задралгүй халуурах урвал
Харшил буюу хэт мэдрэгшил (тууралт багтана)
Анафилакси
Цочмог цус задрах урвал
Хожуу цус задрах урвал
Буруу бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
Эзэн биеийн эсрэг урвал
Цус сэлбэлттэй холбоотой уушигны цочмог гэмтэл
Цус сэлбэлтийн дараах пүрпүр
Цус сэлбэлтийн дараах халдвар

Дүгнэлт : .....
.....

Зөвлөмж.....
.....
.....
Судалгаа хийсэн их эмчийн нэр.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-7

Эмнэлгийн нэр:.....
Тасгийн нэр:.....

ЦУСНЫ АВО, РЕЗУС БҮЛЭГ ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Он Сар өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Нас хүйс	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Цоликлон		Стандарт ийлдэс			Угаасан улаан эс		Резус	Дүгнэлт		Шинжилгээ	
															хийсэн лаборант	хянасан эмч
					Анти–В	Анти-А	О	А	В	А	В	Анти-Д	АВО	Резус		

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... ..... Оношлуурын нэрс.....
Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

Тэмдэглэл: 0 - Наалдац илрээгүй + Наалдац илэрсэн

Хуруу шилэнд наалдацын хүчийг (1+) – (4+) гэж зэрэглэнэ.

Тайлбар: Эмнэлгийн лабораторит хөтөлнө.

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

СЭЛБЭХ УЛААН ЭСИЙН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙ АВО, РЕЗУС БҮЛЭГ ТОДОРХОЙЛОХОД ХӨТЛӨГДӨХ МАЯГТ

№	Он сар өдөр	Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүний				Моноклон эсрэгбие		Стандарт ийлдэс			Моноклон эсрэгбие	Сэлбэх бүтээг-дэхүүний АВО, резус бүлэг	Шинжилгээ	
		нэр	Цуврал савлал-тын дугаар	Хүүдий -ний код	Хүчинтэй хугацаа	Анти В	Анти А	О	А	В	Анти Д		Хийсэн лаборантын нэр	Хянасан эмчийн нэр

Тайлбар: Эмнэлгийн лабораторит хөтөлнө.

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

ХУВИЙН ТОХИРОО ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ МАЯГТ

1.Цус сэлбүүлэх өвчтөний цусны АВО, резус бүлэг тодорхойлсон протокол

№	Он сар өдөр	Өвчтөний овог нэр	Нас хүйс	Илгээсэн эмнэлэг тасаг	Моноклон эсрэг бие		Стандарт ийлдэс			Угаасан улаан эс		Моноклон эсрэгбие					Дүгнэлт	
					Анти-В	Анти-А	О	А	В	А	В	Анти-Д	Анти-С	Анти-с	Анти-Е	Анти-е	АВО резус бүлэг	Резус бүлэг

2.Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүний АВО, резус бүлэг тодорхойлсон протокол

№	Он сар өдөр	Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүн					Моноклон эсрэгбие			Стандарт ийлдэс			Дүгнэлт
		Нэр	Донорын код	Цуврал савлалтын №	Хүүдийний код	Хүчинтэй хугацаа	Анти-В	Анти-А	Анти-Д	О	А	В	Сэлбэх бүтээгдэхүүний АВО,резус бүлэг

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

3.Хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээ хийсэн протокол

№	Он сар өдөр	Өвчтөний			Бүтээгдэхүүний			Шинжилгээний үе шат				Дүгнэлт
		Овог нэр	Нас хүйс	АВО, резус бүлэг	Нэр	Хүүдийний код	АВО Резус бүлэг	1-р үе шат 22	2-р үе шат 37°	3-р үе шат Кумбс	Ауто хяналт	

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

Анхаарах нь : 1. Оношлууруудад дотоод хяналтыг өдөр тутам хийж шаардлага хангасан тохиолдолд хэрэглэнэ.
2.протоколд наалдац өгсөн бол+,наалдац өгөөгүй бол 0 гэж тэмдэглэнэ.

Шинжилгээг хийсэн лаборант:_____ Шинжилгээг хянасан эмч_____

Тайлбар: Эмнэлгийн лабораторит хөтөлнө.

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

Эмнэлгийн нэр:.....
Тасгийн нэр:.....

ЦУСНЫ АВО, РЕЗУС БҮЛЭГ, ХУВИЙН ТОХИРОО ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНД СОРЬЦ ХҮЛЭЭЖ АВСАН БҮРТГЭЛ

№	Сорьц хүлээн авсан он сар өдөр,цаг, минут	Өвчтөний овог нэр	Нас, хүйс	Регистрийн дугаар	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Сорьц авсан ажилтны		Сорьц хүргэж ирсэн ажилтны нэр	Сорьцыг буцаасан шалтгаан	Сэлбэх бүтээгдэхүүний хүүдийний код	Хүлээж авсан ажилтан
						Нэр	Утасны дугаар				

Тайлбар: Эмнэлгийн лабораторит хөтөлнө.

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

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	Онош	Мэс заслын нэр	Сэлбэх ЦЦБ нэр	ЦЦБ хэмжээ	Хувийн тохироо үзсэн нэгжийн тоо	Сэлбэсэн нэгжийн тоо	Цусны АВО, RhD бүлгээр							
													О, RhD+	А, RhD+	В, RhD+	АВ, Rh+	О, RhD–	А, RhD–	В, RhD–	АВ, RhD–

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

ХАЯГДАЛ ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ СОРЬЦЫН УСТГАЛЫН БҮРТГЭЛ

№	Устгах бүтээгдэхүүн, сорьцын нэр	Тоо хэмжээ		Устгалд өгсөн		Ариутгасан			Устгал хийсэн сар, өдөр, цаг	Ариутгагчийн нэр, гарын үсэг	Хянасан тасгийн эрхлэгч
		Ширхэг	Мл	Он, сар, өдөр, цаг	Хүний гарын үсэг	Хлорамины хэмжээ /гр/	Хлорамины хийсэн цаг, минут	Ариутгагдсан хугацаа			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Тайлбар: Баганын дагуу 1-12 хүртэл хөдөө орон нутагт устгалын нэгдсэн байгууламжгүй газарт хөтлөгдөнө.
Баганын дагуу 1-6 хүртэл устгалын нэгдсэн байгууламжтай газар хөтлөгдөнө.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-13

ЦУС СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН ШАЛТГААНЫГ СУДЛАХ МАЯГТ

Эмнэлэг, тасгийн нэр.....
Өвчтөний Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр:.....
Регистрийн дугаар.....
Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй **Нас:**..... **Төрсөн** .....**он**.....**сар**.....**өдөр**
Оной.....
Өвчний түүхийн №..... **Эмчлэгч эмчийн нэр**.....
Цус цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэсэн үндсэн заалт:.....
.....
Өвчтөний цусны бүлэг: /дугуйл/ O A B AB
Бүтээгдэхүүний АВО,резус бүлэг: /дугуйл/ O A B AB **RhD:** Эерэг Сөрөг
Зовиур,шинж тэмдэг:

Шээс багасах буюу огт гарахгүй болох
Цээжний араар өвдөх
Амьсгал давчдах
Шээсний гарц, өнгө
Ууц нуруугаар өвдөх
Дотор муухайрах, бөөлжих
Зүү хатгасан хэсэгт өвдөх
Нүд бүлцийх
Чичрүүдэс хүрэх
Тууралт гарах
Зүрх дэлсэх
Таталдах
Бусад (бичих)

Үзүүлэлт	Цус сэлбэхийн өмнө	Цус сэлбэлтийн явцад	Цус сэлбэсний дараа
Биеийн халуун			
Цусны даралт			
Судасны цохилт			

Урвал, хүндрэлийн төгсгөл:

Эрүүл мэндэд ноцтой аюул учраагүй
Удаан хугацаагаар эдгэрэхгүй байх
Маш хүнд
Нас баралт

ЦУС СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН ШАЛТГААНЫГ СУДЛАХ МАЯГТ (ЦТ-13)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Цусны бүлэг, эсрэгбие, хувийн тохироо шалгасан дүгнэлт:

Үзүүлэлт	Өвчтөний	Сэлбэсэн ЦЦБ-ий
Стандарт ийлдэс		
Цоликлон		
Угаасан улаан эс		
Резус бүлэг		
Келл бүлэг		
Эсрэгбие		
Хувийн тохироо		
Бусад		

Өвчтөний цусанд Кумбсын урвал:

Шууд: /зур/ эерэг сөрөг

Шууд бус: /зур/ эерэг сөрөг

Бактериологийн шинжилгээний үзүүлэлт: .....
.....

Эмнэлгийн лабораторит хийгдсэн шинжилгээний хариу:
Өвчтөний ийлдсэнд:
Хемоглобин..... Гаптоглобин..... Билирубин..... Шээсэн дэх хемоглобин .....
Эмнэлэгт хийгдсэн шинжилгээ:
ЦДШ.....
ШЕШ.....
Биохими.....
Бүлэгнэлт.....
Цусны албанаас Эрүүл мэндийн байгууллагат олгосон.....он.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
Эмнэлэгт хадгалсан хугацаа.....нөхцөл ☐ + 2 + 8
☐ хасах 20-оос доош
☐ тасалгааны хэм
Бүцааж илгээсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний хэмжээ.....цуврал.....савлалтын дүгаар
Тухайн донороос бэлтгэсэн бүтээгдэхүүн ☐ Хөлдөөсөн шинэ сийвэн.....цуврал № ☐ эмнэлэгт олгогдсон ☐ нөөцөнд байгаа
☐ Ялтаст эсийн өтгөрүүлэг.....цуврал № ☐ эмнэлэгт олгогдсон ☐ нөөцөнд байгаа
☐ Улаан эсийн өтгөрүүлэг.....цуврал № ☐ эмнэлэгт олгогдсон ☐ нөөцөнд байгаа

Урвал, хүндрэлийн төрөл:
Цус задралгүй халуурах урвал
Харшил буюу хэт мэдрэгшил (тууралт багтана)
Анафилакси
Цочмог цус задрах урвал
Хожуу цус задрах урвал
Буруу бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
Эзэн биеийн эсрэг урвал
Цус сэлбэлттэй холбоотой уушигны цочмог гэмтэл
Цус сэлбэлтийн дараах пүрпүр
Цус сэлбэлтийн дараах халдвар

Дүгнэлт : .....
.....

Зөвлөмж.....
.....
.....

Судалгаа хийсэн их эмчийн нэр.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-14

Эмнэлгийн нэр:.....
Тасгийн нэр:.....

ЦУСНЫ АВО, РЕЗУС БҮЛЭГ ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Он Сар өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас хүйс	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Цоликлон		Стандарт ийлдэс			Угаасан улаан эс		Резус	Дүгнэлт		Шинжилгээ	
															хийсэн лаборант	хянасан эмч
					Анти–В	Анти-А	О	А	В	А	В	Анти-Д	АВО	Резус		

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... ..... Оношлуурын нэрс.....
Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

Тэмдэглэл: 0 - Наалдац илрээгүй + Наалдац илэрсэн
Хуруу шилэнд наалдацын хүчийг (1+) – (4+) гэж зэрэглэнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-15

СЭЛБЭХ УЛААН ЭСИЙН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙ АВО, РЕЗУС БҮЛЭГ ТОДОРХОЙЛОХОД ХӨТЛӨГДӨХ МАЯГТ

№	Он сар өдөр	Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүний				Моноклон эсрэгбие		Стандарт ийлдэс			Моноклон эсрэгбие	Сэлбэх бүтээг-дэхүүний АВО, резус бүлэг	Шинжилгээ	
		нэр	Цуврал савлал-тын дугаар	Хүүдий -ний код	Хүчинтэй хугацаа	Анти В	Анти А	О	А	В	Анти Д		Хийсэн лаборантын нэр	Хянасан эмчийн нэр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-16

ХУВИЙН ТОХИРОО ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ КАРТ

1.Цус сэлбүүлэх өвчтөний цусны АВО, резус бүлэг тодорхойлсон протокол

№	Он сар өдөр	Өвчтөний овог нэр	Нас хүйс	Илгээсэн эмнэлэг тасаг	Моноклон эсрэг бие		Стандарт ийлдэс			Угаасан улаан эс		Моноклон эсрэгбие					Дүгнэлт	
					Анти-В	Анти-А	О	А	В	А	В	Анти-Д	Анти-С	Анти-с	Анти-Е	Анти-е	АВО резус бүлэг	Резус бүлэг

2.Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүний АВО, резус бүлэг тодорхойлсон протокол

№	Он сар өдөр	Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүн					Моноклон эсрэгбие			Стандарт ийлдэс			Дүгнэлт
		Нэр	Донорын код	Цуврал савлалтын №	Хүүдийний код	Хүчинтэй хугацаа	Анти-В	Анти-А	Анти-Д	О	А	В	Сэлбэх бүтээгдэхүүний АВО,резус бүлэг

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

3.Хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээ хийсэн протокол

№	Он сар өдөр	Өвчтөний			Бүтээгдэхүүний			Шинжилгээний үе шат				Дүгнэлт
		Овог нэр	Нас хүйс	АВО, резус бүлэг	Нэр	Хүүдийний код	АВО Резус бүлэг	1-р үе шат 22	2-р үе шат 37°	3-р үе шат Кумбс	Ауто хяналт	

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

Анхаарах нь : 1. Оношлууруудад дотоод хяналтыг өдөр тутам хийж шаардлага хангасан тохиолдолд хэрэглэнэ.
2.протоколд наалдац өгсөн бол+,наалдац өгөөгүй бол 0 гэж тэмдэглэнэ.

Шинжилгээг хийсэн лаборант:_____ Шинжилгээг хянасан эмч_____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-17

Эмнэлгийн нэр:.....
Тасгийн нэр:.....

ЦУСНЫ АВО, РЕЗУС БҮЛЭГ, ХУВИЙН ТОХИРОО ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНД СОРЬЦ ХҮЛЭЭЖ АВСАН БҮРТГЭЛ

№	Сорьц хүлээн авсан он сар өдөр,цаг, минут	Өвчтөний эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас, хүйс	Регистрийн дугаар	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Сорьц авсан ажилтны		Сорьц хүргэж ирсэн ажилтны нэр	Сорьцыг буцаасан шалтгаан	Сэлбэх бүтээгдэхүүний хүүдийний код	Хүлээж авсан ажилтан
						Нэр	Утасны дугаар				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-18
(өвчний түүхэнд хавсаргана)

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ОЛГОХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр_____**Тасаг**_____
Захиалсан _____он_____сар_____өдөр, **сэлбэлт хийх** _____ сар_____ өдөр_____ цаг _____
Өвчний түүхийн №_____**Регистрийн дугаар**:_____
Эцэг /эх/-ийн нэр_____**Өөрийн нэр**_____
Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй **Биеийн жин**:_____
Онош:_____
_____
ЦЦБ сэлбэх заалт:_____
_____

Цусны бүлэг /дугуйлна уу/:
O
A
B
AB

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

Олголт:

Олгосон ЦЦБ-ний нэр	Захиалсан Хэмжээ/нэгж	Олгосон Хэмжээ/нэгж	Цуврал	Савлалт	Цус өгөлтийн код	Хүүдийний код
Нийт						

ЦЦБ-ийг шалгаж олгосон ажилтаны нэр _____ **гарын үсэг** _____

Олгосон _____ он ____ сар _____ өдөр_____ цаг
ЦЦБ-ийг шалгаж хүлээн авсан ажилтаны нэр _____ **гарын үсэг** _____
Хүлээн авсан _____ он_____ сар_____ өдөр_____ цаг

Сэлбэлт хийх он сар өдөр цаг
Захиалга өгсөн эмчийн эцэг/эх/-ийн нэр, нэр /дармалаар/_____**Гарын үсэг** _____
Олгосон ажилтны нэр он сар өдөр цаг
Хүлээн авсан ажилтны нэр он сар өдөр цаг

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

Эмнэлгийн нэр: _____ ☐☐☐☐☐☐

ЗООНОЗЫН ХАЛДВАРЫН ХҮНИЙ ӨВЧЛӨЛИЙН СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. Ерөнхий мэдээлэл

1.Эцэг/эх/-ийн нэр: _____	**3.Регистр:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	**5.Нас**: ☐☐☐
2.Өөрийн нэр:_____	**4.Хүйс:** Эрэгтэй – 1 Эмэгтэй – 2	**6.Ам бүл:** ☐☐☐

7.Тогтмол хаяг: **Аймаг/хот**:_____ ☐☐ **Сум/дүүрэг**:_____ ☐☐ **Баг/хороо**:_____ ☐☐ **Гэрийн хаяг**:_____ **Түр оршин суугаа хаяг**: _____ **Утас:** 1._____ 2._____	**8.Боловсрол:** 1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор	**9.Гэр бүлийн байдал:** 1. Огт гэрлээгүй 2. Батлуулсан гэр бүлтэй 3. Батлуулаагүй гэр бүлтэй 4. Тусгаарласан 5. Цуцалсан 6. Бэлбэсэн
10А. Хөдөлмөр эрхлэлт /код/:	**10Б. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан /код/:**	**11.Ажлын хаяг (сургууль, цэцэрлэг)** _____

Б. Тархвар судлалын холбогдол

11. Эрсдэлд өртсөн эсэх Тийм – 1 Үгүй – 2 Тодорхойгүй - 3				**11.1 Шалтгаан** 1. Амьтанд уруулж, ноцуулсан (Амьтны төрөл бичих)_____ 2. Хачигт хазуулсан 3. Тухайн өвчний өвөрмөц шинж тэмдэг илэрсэн 4.Халдвартай хүнтэй хавьтал болсон 5. Бусад: _____
Он ☐☐☐☐	**Сар** ☐☐	**Өдөр** ☐☐	**Цаг** ☐☐☐☐	
12. Эмнэлзүйн шинж тэмдэг илэрсэн				
Он ☐☐☐☐	**Сар** ☐☐	**Өдөр** ☐☐	**Цаг** ☐☐☐☐	
13. Эмнэлэгт үзүүлсэн Тийм – 1 Үгүй – 2				
Он ☐☐☐☐	**Сар** ☐☐	**Өдөр** ☐☐	**Цаг** ☐☐☐☐	
14. Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх Тийм - 1 Үгүй - 2				
Он ☐☐☐☐	**Сар** ☐☐	**Өдөр** ☐☐	**Цаг** ☐☐☐☐	
14.1. Эмнэлгээс гарсан				
Он ☐☐☐☐	**Сар** ☐☐	**Өдөр** ☐☐	**Цаг** ☐☐☐☐	
15. Тавилан Эдгэрсэн – 1 Нас барсан – 2				
Он ☐☐☐☐	**Сар** ☐☐	**Өдөр** ☐☐	**Цаг** ☐☐☐☐	
16. Халдварт өртсөн газар				

Аймаг/ хот ☐☐ _____	**Сум/дүүрэг** ☐☐ _____	**Баг/ хороо** ☐☐ _____	**Газрын нэр:** _____

В. Эмнэлзүйн шинж тэмдэг

В1. Тарваган тахлын өвөрмөц шинж тэмдгүүд

☐	**Гэнэт өндөр халуурах**	☐	**Толгой өвдөх**	☐	**Цустай суулгах**
☐	**Хоолонд дургүй болох**	☐	**Ханиалгах амьсгал давчдах**	☐	**Цустай цэр гарах**
☐	**Ядрах бие эвгүйрхэх**	☐	**Булчирхай цочиж маш их эмзэглэлтэй болох**	☐	**Чичрүүлэх**

В2. Галзуугийн өвөрмөц шинж тэмдгүүд

☐	**Халуурах**	☐	**Толгой өвдөх**	☐	**Шарх хөндүүрлэх**
☐	**Дэмийрэх**	☐	**Шүлс гоожих**	☐	**Ус, гэрэл, дуу чимээнээс айх**
☐	**Хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдах**				

Хэсэг газрын шархны байрлал:	(I)	(II)	(III)

В3. Боомын өвөрмөц шинж тэмдгүүд

☐	**Халуурах**	☐	**Биеийн ил хэсэгт гүвдрүү, цэврүүт тууралт гарах**
☐	**Бөөлжих, суулгах**	☐	**Эмзэглэлгүй хар тав үүсэх**
☐	**Дотор муухайрч хоолонд дургүй болох**	☐	**Шархнаас их хэмжээний салсархаг шүүс гарах**

В4. Бруцеллёзын өвөрмөц шинж тэмдгүүд			
	Долгион маягтай халуурах		Том үе булчин өвдөх
	Толгой хүчтэй өвдөх		Хүзүү, суганы булчирхай томрох
	Шөнө хөлрөх		Элэг, дэлүү томрох

В5. Бэтгийн өвөрмөц шинж тэмдгүүд			
	Хэвлийгээр өвдөх		Арьсан дээр харшлын тууралт гарах
	Аюулхай орчимд хөндүүрлэх		Ханиалгах
	Аюулхайн дор чинэрэх, цанхайх		Цээжээр өвдөх,
	Элэг томорч эмзэглэлтэй болох		Ууц, нуруугаар өвдөх
	Хэвлий томрох, овойх		Хоолны дуршил буурах
	Баруун хавирганы нумаар өвдөх		

Бэтгийн байрлал: 1.Тархинд 2.Уушгинд 3.Элгэнд 4. Хэвлийд 5.Бусад эрхтэнд

Г. Хамшинжийн мэдээлэл

I		II			III
Цочмог халуурал бүхий		Халуурах		Нүдний салст үрэвсэх	1.Хачигт энцефалит 2.Хачигт риккетсиоз 3.Хачигт боррелиоз 4.Эрлихоз/анаплазмоз 5.Бабезиоз 6.Ку чичрэг 7.Хулгана тахал 8.Крым-Конгийн чичрэг 9.Денге халуурал 10.Хумхаа 11.Япон энцефалит 12.Баруун Нилийн чичрэг 13.Лептоспироз
		Хачиг хазсан хэсэгт үрэвсэж тавших		Арьсан дээр цэгчилсэн, толбот, гүвдрүүт тууралт, гарах	
		Цагирган хэлбэрийн нүүмэл тууралт гарах			
Мэдрэлийн цочмог халдварын хамшинж		Гэнэт өндөр халуурах		Нүүр, мөч саажих, өвдөх	
		Ухаан бүдгэрэх, алдах		Толгой хүчтэй өвдөх	
		Бөөлжих, дагз хөших		Уналт, таталт өгөх	
Цочмог шарлалттай өвчний хамшинж		Арьс, салт шарлах		Хүүхэн хэл, зөөлөн тагнай, багалзуурын салстад тууралт гарах	
		Хацар, хүзүү, нүдний салс улайх			
Цусархаг хам шинж		Халууралт удаан хугацаагаар үргэлжлэх		Цэгэн эсвэл цусархаг тууралт гарах	
		Цустай ханиах		Цустай бөөлжих	
		Өтгөн цустай гарах		Элэг дэлүү томрох	
		Хамраас цус гоожих		Бусад цусархаг шинж	

Бусад илэрсэн шинж тэмдэг: _____

Д. Авсан арга хэмжээ

17. Тухайн өвчний эсрэг вакцин тариулсан эсэх Тийм-1 Үгүй-2 Вакцингүй өвчин – 3

Он	Сар	Өдөр	Цаг

17.1. Вакцины нэр:	17.2. Серийн дугаар:	17.3 Вакцины тунгийн хамралт:
_____	_____	1.Хамрагдаагүй 2. Бүрэн 3.Дутуу 4.Тодорхойгүй

18.Тухайн өвчний эсрэг иммуноглобулин тариулсан эсэх Тийм-1 Үгүй-2

Он	Сар	Өдөр	Цаг	18.1 Хэмжээ (мл):
				____

19. Бусад арга хэмжээ:

Е. Оношийн баталгаажилтын мэдээлэл

20. Сэжигтэй тохиолдол	21.1 Галзуугийн эрсдэлд өртсөн тохиолдолд халдварын эх уурхайн онош батлагдсан эсэх
Үгүйсгэгдсэн - 1 Батлагдсан -2	Тийм – 1 Үгүй -2 Тодорхойгүй-3

22.Урьдчилсан онош:	23. Батлагдсан онош:
_____	_____

24. Онош батлагдсан:

Он	Сар	Өдөр	Цаг

25. Онош баталгаажилт:

1.Тархвар судлалаар 2. Эмнэлзүйгээр 3.Лабораториор 4.Дүрс оношлогоогоор
5. Эмгэг судлалаар 6. Бусад:_____

Мэдээлсэн хүний нэр: _____ **Албан тушаал:** _____

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

ГАЛЗУУ ӨВЧНИЙ ВАКЦИН, ИЙЛДЭСТ ХАМРАГДСАН БҮРТГЭЛ

Д/д	Өвчтөний товч мэдээлэл					Вакцин биобэлдмэлийн мэдээлэл											Ийлдэс хийсэн		Шархны хэлбэр	Халдварын эх уурхай
										Вакцин					ДДУХ					
										Хийсэн огноо										
	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Хөдөлмөр эрхлэлт /код/	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан /код/	Оршин суугаа хаяг	Үйлдвэрлэсэн улс	Серийн дугаар	Дуусах хугацаа	Вакцины тун хэмжээ,	I	II	III	давтан тун	сэргээх тун	Илэрсэн хариу урвал	Огноо	Огноо	Тун		

Тайлбар : шархны хэлбэрт биеийн аль хэсэгт хөнгөн, хүнд, дунд зэргийг бичих. Халдварын эх уурхай эзэнтэй эзэнгүй нохой бусад мал амьтан хавьтал бичнэ.

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

ТАРВАГАН ТАХАЛ ӨВЧНИЙ ВАКЦИН, ИЙЛДЭСТ ХАМРАГДСАН БҮРТГЭЛ

Д/д	Өвчтөний товч мэдээлэл												Дархлаажуулалтын дараа гарсан урвал хүндрэл	Вакцин биобэлдмэлийн мэдээлэл								
	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар									Нас, хүйс	Хөдөлмөр эрхлэлт /код/	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан /код/	Оршин суугаа хаяг		Үйлдвэрлэсэн улс	Серийн дугаар	Дуусах хугацаа	Вакцины тун хэмжээ,	Вакцин Хийсэн огноо			ДДУХ	
																			Он	Сар	Өдөр	Илэрсэн хариу урвал	Огноо

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЗХӨ-4

БООМ ӨВЧНИЙ ВАКЦИН, ИЙЛДЭСТ ХАМРАГДСАН БҮРТГЭЛ

Д/д	Өвчтөний товч мэдээлэл					Вакцин биобэлдмэлийн мэдээлэл											Ийлдэс хийсэн		Шархны хэлбэр	Халдварын эх уурхай
										Вакцин					ДДУХ					
										Хийсэн огноо										
	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Хөдөлмөр эрхлэлт /код/	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан /код/	Оршин суугаа хаяг	Үйлдвэрлэсэн улс	Серийн дугаар	Дуусах хугацаа	Вакцины тун хэмжээ,	I	II	III	давтан тун	сэргээх тун	Илэрсэн хариу урвал	Огноо	Огноо	Тун		

Тайлбар : шархны хэлбэрт биеийн аль хэсэгт хөнгөн, хүнд, дунд зэргийг бичих. Халдварын эх уурхай эзэнтэй эзэнгүй нохой бусад мал амьтан хавьтал бичнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЗХӨ-4

ХАЧИГТ ЭНЦЕОФАЛИТ ӨВЧНИЙ ВАКЦИН, ИЙЛДЭСТ ХАМРАГДСАН БҮРТГЭЛ

Д/д	Өвчтөний товч мэдээлэл					Вакцин биобэлдмэлийн мэдээлэл											Ийлдэс хийсэн		Шархны хэлбэр	Халдварын эх уурхай
										Вакцин					ДДУХ					
										Хийсэн огноо										
	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Хөдөлмөр эрхлэлт /код/	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан /код/	Оршин суугаа хаяг	Үйлдвэрлэсэн улс	Серийн дугаар	Дуусах хугацаа	Вакцины тун хэмжээ,	I	II	III	давтан тун	сэргээх тун	Илэрсэн хариу урвал	Огноо	Огноо	Тун		

Тайлбар : шархны хэлбэрт биеийн аль хэсэгт хөнгөн, хүнд, дунд зэргийг бичих. Халдварын эх уурхай эзэнтэй эзэнгүй нохой бусад мал амьтан хавьтал бичнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЗХӨ-5

ЛАБОРАТОРИТ ИРСЭН СОРЬЦЫН БҮРТГЭЛ

Сорьцын дугаар	Сорьцын нэр төрөл	Сорьцыг ирүүлсэн аймаг, сум, газрын нэр	Сорьц дээжилсэн огноо	Хүлээж авсан огноо	Сорьц хүлээлцсэн хүний нэр		Өвчний ангилалын код	Шинжилгээний төрөл /лавлах, тандалт, онош тодруулах/	Сорьц шинжилсэн огноо	Хариу гарсан огноо	Шинжилгээний		Шинжилгээний дүнгийн хуудасны дугаар, хариуг хаана явуулсан	Шинжилсэн эмч, лаборантын гарын үсэг
					Өгсөн	Авсан					Арга	Үр дүн		
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 арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЗХӨ-6

ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮНГИЙН ХУУДАС

ДугаарⅡ

Лабораторийн нэр ----------
Сорьцын нэр, төрөл, тоо ----------

Сорьц ирүүлсэн байгууллага/газрын нэр хаяг: ----------

Сорьц авсан ---------- он ---------- сар ---------- өдөр
Сорьц илрүүлсэн ----------он ----------сар----------өдөр -------- цаг ------- минут
Сорьц хүлээлгэн өгсөн ---------- Овог ---------- Нэр
Лабораторит хүлээн авсан ---------- он ------- сар ----- өдөр -----цаг ---- минут
Шинжилгээнд тэнцсэн эсэх ----------
Лабораторийн бүртгэлийн дугаар ----------
Шинжилгээ эхэлсэн ---------- он -------- сар ------- өдөр

Шинжилгээний аргын стандарт	Шинжилсэн үзүүлэлтийн нэр	Таньц	Шинжилгээний дүн

Дүгнэлт----------

Хариуны дагуу авах арга хэмжээ ----------

Хариу өгсөн ---------- он ---------- сар --------- өдөр
Нэмэлт тайлбар ----------

ТЭМДЭГ Шинжилсэн эмч: ----------

Тасгийн эрхлэгч: ----------

Тайлбар: Шинжилгээний дүн нь зөвхөн тухайн сорьцонд хүчинтэй

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.