

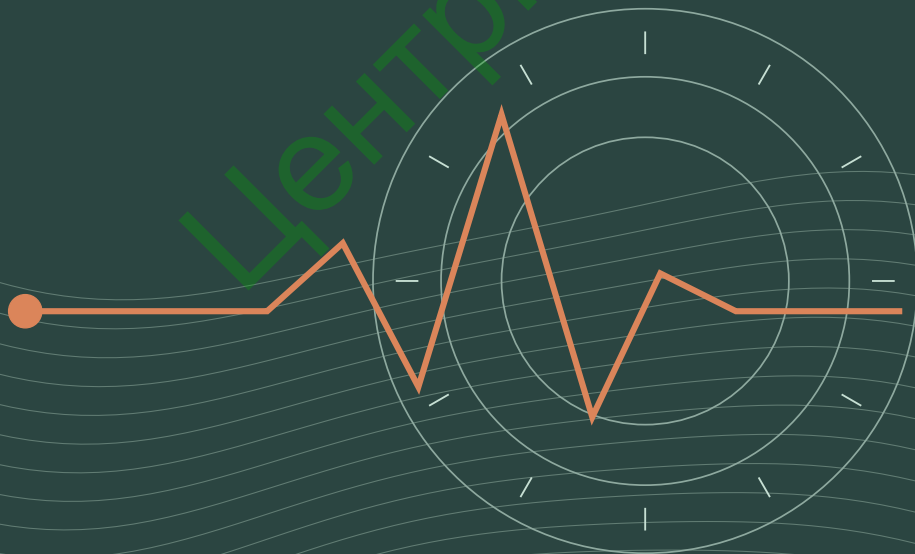
[Купить Блокнот военного врача.](#)

[Рабочие записи и приемственность помощи](#)

МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА

БЛОКНОТ ВОЕННОГО ВРАЧА

Рабочие записи
и приемственность помощи



ОСМОТР / НАБЛЮДЕНИЕ / ПЕРЕДАЧА

ЛИЧНЫЙ РАБОЧИЙ ЭКЗЕМПЛЯР



ЦентрМаг



БЛОКНОТ ВОЕННОГО ВРАЧА

Осмотр. Наблюдение. Передача пациента.

ВРАЧ / Ф. И. О.

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ / МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

НАЧАТ

ОКОНЧЕН



Навигация

Номера ниже относятся к печатной нумерации блока.

01	Начало работы	1-5
02	План дежурства	6-9
03	Передача смены	10-13
04	Первичный учёт	14-17
05	Карточки пациентов	18-57
06	Динамика состояния	58-65
07	Передача пациента	66-73
08	Назначения и выполнение	74-77
09	Оснащение и запасы	78-81
10	Профилактика	82-85
11	Повторный осмотр	86-89
12	Рабочие записи	90-96

КАК ВЕСТИ ЗАПИСИ

Указывайте дату, время в формате ЧЧ:ММ и код пациента. Отделяйте назначения от выполненных действий. При повторном осмотре фиксируйте изменения и время следующего контроля.

Рабочий блокнот не заменяет установленную медицинскую документацию. Сведения о пациентах храните конфиденциально.



Профиль врача

Сведения для организации работы и связи.

Ф. И. О.

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ / ДОЛЖНОСТЬ

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ / ОРГАНИЗАЦИЯ

СЛУЖЕБНЫЙ КОНТАКТ

ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ / УЧАСТОК РАБОТЫ

РАБОЧИЕ ПРИОРИТЕТЫ



Начало дежурства

Дата __.__.____ Начало __:__ Окончание __:__

- ☐ Сведения о пациентах и незавершённых задачах приняты.
- ☐ Потребность в повторных осмотрах отмечена.
- ☐ Работоспособность оборудования проверена.
- ☐ Комплектация, сроки годности и хранение проверены.
- ☐ Средства защиты и расходные материалы доступны.
- ☐ Порядок связи и передачи пациента уточнён.
- ☐ Рабочие формы и средства записи подготовлены.

ВЫЯВЛЕННЫЕ НЕДОСТАТКИ И ДЕЙСТВИЯ

Недостаток	Действие / кому сообщено	Срок

Проверил(а): _____ Подпись: _____



Рабочие контакты

Заполняйте только разрешённые для рабочего использования данные.

Служба / роль	Ф. И. О. / контакт	Порядок связи	Проверено дата

ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ



План дежурства

Дата __.__.__. Смена _____ Ответственный _____

ГЛАВНОЕ НА СМЕНУ

Время	Задача / пациент	Ответственный	Отметка

ПЕРЕНЕСЕНО НА СЛЕДУЮЩУЮ СМЕНУ



План дежурства

Дата __.__.__. Смена _____ Ответственный _____

ГЛАВНОЕ НА СМЕНУ

Время	Задача / пациент	Ответственный	Отметка

ПЕРЕНЕСЕНО НА СЛЕДУЮЩУЮ СМЕНУ



Передача смены

Дата __.__.____ Время __:__

СДАЛ(А)

ПРИНЯЛ(А)

Код пациента	Состояние / важные изменения	Задача / что ожидается	Контроль время

ОСНАЩЕНИЕ / ЗАПАСЫ / ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Сдал(а), подпись: _____ Принял(а), подпись: _____



Передача смены

Дата __.__.____ Время __:__

СДАЛ(А)

ПРИНЯЛ(А)

Код пациента	Состояние / важные изменения	Задача / что ожидается	Контроль время

ОСНАЩЕНИЕ / ЗАПАСЫ / ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Сдал(а), подпись: _____ Принял(а), подпись: _____

Первичный учёт

Дата __.__.____ Врач _____

Категорию срочности и маршрут указывайте по действующему порядку медицинской сортировки в организации.

Время	Код пациента	Причина обращения / основная проблема	Категория / пересмотр	Куда / решение

Итого принято: _____ Направлено: _____ Требуют контроля: _____

Первичный учёт

Дата __.__.____ Врач _____

Категорию срочности и маршрут указывайте по действующему порядку медицинской сортировки в организации.

Время	Код пациента	Причина обращения / основная проблема	Категория / пересмотр	Куда / решение

Итого принято: _____ Направлено: _____ Требуют контроля: _____



Пациент / осмотр

Карточка 01 • Начало записи

КОД ПАЦИЕНТА _____ **ДАТА** __.__.__ **ВРЕМЯ** __:__

Ф. И. О. / ИДЕНТИФИКАТОР ПО ПРИНЯТОМУ ПОРЯДКУ

Возраст _____ Пол _____ № основной мед. записи _____

ЖАЛОБЫ / СОБЫТИЕ / ВРЕМЯ НАЧАЛА

АЛЛЕРГИЯ / НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ / РЕАКЦИЯ

☐ Нет известных ☐ Есть: _____ ☐ Неизвестно

ВАЖНЫЙ АНАМНЕЗ / ПОСТОЯННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Время	АД, мм рт. ст.	Пульс, уд/мин	ЧДД, в мин	SpO ₂ , %

Т, °С _____ Боль, 0-10 _____ Сознание _____

SpO₂ измерено: ☐ воздух ☐ кислород; способ / поток _____

Описание осмотра и план продолжайте на правой странице.

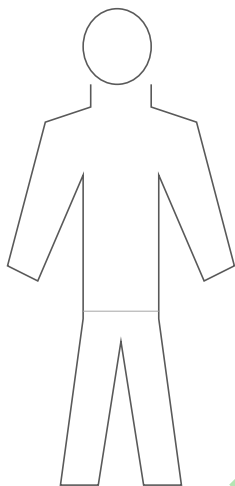


Пациент / решение

Карточка 01 • Продолжение записи

Код пациента _____ Дата __.__.__ Время __:__

ОСМОТР / ЛОКАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ



Условная схема

Сторона: П / Л

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ / ПЛАН

Следующий осмотр __.__.__ __:__ Маршрут _____

Врач _____ Подпись _____



Динамика состояния

Код пациента _____ Дата __.__.__ Лист _____

Показатель	1	2	3	4
Время, ЧЧ:ММ				
АД, мм рт. ст.				
Пульс, уд/мин				
ЧДД, в мин				
SpO ₂ , %				
Воздух / O ₂ *				
T, °C				
Сознание				
Боль, 0-10				
Инициалы врача				

* При кислородной поддержке укажите способ и поток.

ИЗМЕНЕНИЯ / РЕАКЦИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ / СЛЕДУЮЩИЙ КОНТРОЛЬ



Динамика состояния

Код пациента _____ Дата __.__.____ Лист _____

Показатель	1	2	3	4
Время, ЧЧ:ММ				
АД, мм рт. ст.				
Пульс, уд/мин				
ЧДД, в мин				
SpO ₂ , %				
Воздух / O ₂ *				
T, °C				
Сознание				
Боль, 0-10				
Инициалы врача				

* При кислородной поддержке укажите способ и поток.

ИЗМЕНЕНИЯ / РЕАКЦИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ / СЛЕДУЮЩИЙ КОНТРОЛЬ



Передача пациента

Код пациента _____ Дата __.__.____

НАПРАВЛЯЮЩИЙ / ПРИНИМАЮЩИЙ ЭТАП ПОМОЩИ

Время запроса __:__ Отправления __:__ Приёма __:__

КРАТКАЯ ПЕРЕДАЧА КЛИНИЧЕСКИХ СВЕДЕНИЙ

СИТУАЦИЯ / ПРИЧИНА НАПРАВЛЕНИЯ

СОСТОЯНИЕ / ПОСЛЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ВРЕМЯ

ЧТО СДЕЛАНО / ПРЕПАРАТЫ, ДОЗЫ, ПУТЬ, ВРЕМЯ

Аллергия / риски: _____

☐ Документы переданы

☐ Приём подтверждён

Передал(а) _____ Принял(а) _____

Подписи _____



Передача пациента

Код пациента _____ Дата __.__.____

НАПРАВЛЯЮЩИЙ / ПРИНИМАЮЩИЙ ЭТАП ПОМОЩИ

Время запроса __:__ Отправления __:__ Приёма __:__

КРАТКАЯ ПЕРЕДАЧА КЛИНИЧЕСКИХ СВЕДЕНИЙ

СИТУАЦИЯ / ПРИЧИНА НАПРАВЛЕНИЯ

СОСТОЯНИЕ / ПОСЛЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ВРЕМЯ

ЧТО СДЕЛАНО / ПРЕПАРАТЫ, ДОЗЫ, ПУТЬ, ВРЕМЯ

Аллергия / риски: _____

☐ Документы переданы

☐ Приём подтверждён

Передал(а) _____ Принял(а) _____

Подписи _____

Назначения и выполнение

Код пациента _____ Дата __.__.____

Аллергия / непереносимость: _____

Время назнач.	Препарат / процедура доза + единицы	Путь / способ	Время выполн.	Испол- нитель

ЭФФЕКТ / НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ / ВРЕМЯ ОЦЕНКИ

Назначения и выполнение

Код пациента _____ Дата __.__.____

Аллергия / непереносимость: _____

Время назнач.	Препарат / процедура доза + единицы	Путь / способ	Время выполн.	Испол- нитель

ЭФФЕКТ / НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ / ВРЕМЯ ОЦЕНКИ



Оснащение и запасы

Дата __.__.____ Комплект / место _____

Наименование / серия при наличии	Нали- чие	Годен до	Условия / проверка	Нужно / срок

НЕИСПРАВНОСТИ / ПОПОЛНЕНИЕ / КОМУ ПЕРЕДАНО

Проверил(а) _____ Подпись _____



Оснащение и запасы

Дата __.__.____ Комплект / место _____

Наименование / серия при наличии	Нали- чие	Годен до	Условия / проверка	Нужно / срок

НЕИСПРАВНОСТИ / ПОПОЛНЕНИЕ / КОМУ ПЕРЕДАНО

Проверил(а) _____ Подпись _____



Профилактика

Период _____ Ответственный _____

Дата	Наблюдение / выявленная проблема	Мероприятие / кому сообщено	Контроль / результат

Темы для контроля: инфекционные риски, гигиена, питьевой режим, тепловые и холодовые воздействия, обучение личного состава.

Следующая проверка __.__.____ Ответственный _____



Профилактика

Период _____ Ответственный _____

Дата	Наблюдение / выявленная проблема	Мероприятие / кому сообщено	Контроль / результат

Темы для контроля: инфекционные риски, гигиена, питьевой режим, тепловые и холодовые воздействия, обучение личного состава.

Следующая проверка __.__.____ Ответственный _____



Повторный осмотр

Код пациента _____ Дата __.__.__. Время __:__

ПРИЧИНА КОНТРОЛЯ / ПРЕДЫДУЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ДИНАМИКА ЖАЛОБ / ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ / ВЫПОЛНЕНИЕ НАЗНАЧЕНИЙ

ДАЛЬНЕЙШИЙ ПЛАН / ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ ВРАЧА

Следующий контроль __.__.__. __:__ Куда _____

Информация пациенту передана: ☐ да ☐ нет / причина _____

Врач _____ Подпись _____



Повторный осмотр

Код пациента _____ Дата __.__.____ Время __:__

ПРИЧИНА КОНТРОЛЯ / ПРЕДЫДУЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ДИНАМИКА ЖАЛОБ / ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ / ВЫПОЛНЕНИЕ НАЗНАЧЕНИЙ

ДАЛЬНЕЙШИЙ ПЛАН / ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ ВРАЧА

Следующий контроль __.__.____ __:__ Куда _____

Информация пациенту передана: ☐ да ☐ нет / причина _____

Врач _____ Подпись _____



Рабочие записи

Дата __.__.__. Тема _____

Blank lined area for writing notes.

ЦентрМаг



Рабочие записи

Дата __.__.__. Тема _____

Blank lined area for writing notes.

ЦентрМаг



Точность записей. Преимственность помощи.

Рабочее пространство врача
для приёма, наблюдения
и передачи пациента.



Карточки пациентов



Динамика состояния



Передача и эвакуация



Профилактика и оснащение