

p/u cab TADU
Heir-SIDA

Anexa nr. 3

la Regulamentul Ordinului Ministerului Sănătății

nr. 486 din 20 mai 2022

Regulament

cu privire la modul de organizare a Cabinetelor raionale/municipale

Registrul de evidență

a medicamentelor ARV și medicamentelor pentru IO la Cabinetul raional/municipal/ regional

IMSP _____ **Cabinetul raional/municipal** _____

Adresa

[illegible]

4000

Denumirea instituției _____

BULETINUL DE ANALIZĂ PENTRU INVESTIGAREA LA MARKERII HIV 1/2

Numele, prenumele, patronimicul					
Identificator pentru persoanele care se testează anonim					
IDNP				Nr. SIME HIV	
Sex		Data nașterii		Adresa domiciliu	
Cod de testare		Cod supl.		Tipul specimenului	<input type="checkbox"/> Sânge <input type="checkbox"/> Fluid oral <input type="checkbox"/> altele _____
Instituții medico-sanitare	A1 prima testare de screening	Instituția			
		Data recoltării/ora		Nr.de înregistrare	
		Testul de screening A1 (denumirea)		Rezultat	Data rezultat
				<input type="checkbox"/> Pozitiv <input type="checkbox"/> Negativ	
		Numele, prenumele, semnătura persoanei responsabilă pentru testare			
		Numele, prenumele, funcția și semnătura medicului/consilier, care a inițiat testarea			

Laboratorul din cadrul Centrului TARV	A2 a doua testare de screening	IMSP						
		Data recoltării/ora		Nr.de înregistrare				
		Testul de screening A2 (denumirea)		Rezultat	Data rezultat			
				<input type="checkbox"/> Pozitiv <input type="checkbox"/> Negativ				
		Numele, prenumele, semnătura persoanei responsabilă pentru testare						
		Numele, prenumele, funcția și semnătura medicului/consilier, care a inițiat testarea						
	A3 testul de confirmare	Testul cantitativ (A3) <input type="checkbox"/> Xpert VL HIV 1 <input type="checkbox"/> Altele (denumirea)	Data recoltării	Nr.de înregistrare	Data recoltării	Nr.de înregistrare		
			Testul calitativ <input type="checkbox"/> Xpert Qual HIV 1 <input type="checkbox"/> Altele (denumirea)		Rezultat TRD HIV 1/2 (denumirea)			
			HIV 1 _____ copii/ml	HIV 1 nedetectabil		HIV 1	<input type="checkbox"/> Pozitiv <input type="checkbox"/> Negativ	
				HIV 1 detectat		HIV 2	<input type="checkbox"/> Pozitiv <input type="checkbox"/> Negativ	
Interpretarea rezultatului								
Data								
Medic de laborator (numele, prenumele, semnătura)								
Șef de laborator (numele, prenumele, semnătura)								

1000

FORMULARUL PENTRU INVESTIGAREA LA ANTICORPII ANTI-HIV 1/2 (A1)

Denumirea instituției _____

Persoana responsabilă pentru testare _____

Numele, prenumele, funcția, semnătura

Denumirea testului

Producătorul

Lotul

Data expirării

Data colectării	Nr. Specime nului	Numele, prenumele, patronimicul persoanei testate (Codul beneficiarului)	Sex (m,f)	Data nașterii	Municipiul /raionul	Urban / Rural (u, r)	Codul contingent	Codul contingent suplimentar	Rezultatul testului (A1)*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Se indică pozitiv, negativ sau invalid. În cazul rezultatului invalid, testul se va repeta utilizând aceeași metodă de testare (A1)

+ VE280

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ

Nr 007/e

Aprobat de MS al RM

Утверждена МЗ РМ

nr. 828 din 31.10.2011

denumirea secției, denumirea profilului de paturi

наименование отделения, профиля коск

Semnătura asistentei medicale

Подпись медицинской сестры

СПИСОК БОЛЬНЫХ

2

denumirea instituției
наименование учреждения

Trimitere mostră de sînge pentru examinare în laboratorul imuno hematologic
Направление пробы крови на исследование в иммуногематологическую лабораторию

din " " 20
от

☐ regional
региональный

☐ referință
референс

Nume, Prenume _____ Număr de identificare _____
Фамилия, Имя _____ Идентификационный номер _____

Data/luna/anul nașterii _____
число /месяц/год рождения _____

IMS _____
УЗ _____

Ora/data/luna/anul colectării mostră sînge _____
Время/число/месяц/год заготовки пробы крови _____

Diagnoza _____
Диагноз _____

Transfuzii anterioare ☐ DA ☐ NU. Componente sangvine utilizate ☐ S ☐ CE ☐ PPC ☐ CPL ☐ AL ☐ IG
Предшествующие трансфузии. Использованные компоненты крови К КЭ СЗП КТ АЛ ИГ

Data ultimei transfuzii _____ . Reacții adverse după transfuzii ☐ DA ☐ NU
Дата последней трансфузии Посттрансфузионные осложнения

specificați explicați

Pentru femei: sarcini ☐ DA ☐ NU, decurgere sarcină ☐ normal ☐ patologic
Для женщин: беременности эволюция беременности нормальная патологическая

Finalizare sarcină: ☐ naștere normală, ☐ naștere prematură, ☐ făt mort, ☐ sarcina întreruptă
Завершение беременности: нормальными родами, преждевременными родами, мертворождением, прерыванием беременности

Rezultatele examinării imuno hematologice realizate la pacient pînă la trimitere în IMS
Результаты иммуногематологических исследований пациента, проведенные в УЗ до направления пробы

Grup sanguin ABO _____ Rhesus _____ Fenotip _____
Группа крови ABO Резус Фенотип

Anticorpi antieritrocitari: ☐ detectați, ☐ identificați, ☐ nedeterminați
Антиэритроцитарные антитела: определены, идентифицированы, не определены

specificați/explicați

Testul antiglobulinic direct _____
Прямой антиглобулиновый тест

Alte examinări, inclusiv în compatibilitatea sanguină _____
Другие исследования, в том числе пробы на совместимость крови

Solicitare unități componente sanguine ☐ DA ☐ NU, CE _____ CED _____ CEDL _____ PPC _____ CPF8 _____
Запрос компонентов крови (количество) ДА НЕТ КЭ ДКЭ ДЛКЭ СЗП КПФ8

Responsabil de completarea trimiterii _____ , funcția _____ , tel _____
Ответственный за заполнение направления должность тел

Predat în laborator de responsabil _____ " " 20 _____ Ora _____
Сдано в лабораторию ответственным _____ data luna anul _____ Время

Primit în laborator de responsabil _____ " " 20 _____ Ora _____
Принято в лабораторию ответственным _____ data luna anul _____ Время

Acordul pacientului pentru transfuzia sîngelui și componentelor de sînge de la donator

1. Mie (numele și prenumele pacientului sau a reprezentantului lui legitim) _____

mi s-a explicat starea sănătății mele și prezența indicațiilor pentru transfuzia sîngelui de la donator (componentelor de sînge).

2. Prin prezenta, eu îi încredințez medicului _____

(ulterior Medic) și asistenților lui dreptul să efectueze următoarele investigații:

3. Conținutul acțiunilor medicale indicate mai sus, riscul posibil, complicațiile posibile, de asemenea și alternativele metodei propuse îmi sunt cunoscute.

Mi s-a comunicat că sîngele de la donator se examinează cu utilizarea test-sistemelor certificate imunofermentative la anticorpi contra virusului hepatitei C, anticorpi contra virusurilor HIV/SIDA 1/2, anticorpi contra agentului care provoacă sifilisul, antigenului superficial al hepatitei B (HBs Ag), la alaninaminotransferază, grupa de sînge ABO și Rhesus antigeni.

Însă după transfuzia sîngelui și a componentelor de sînge de la donator, în organismul meu pot să se dezvolte reacții sau complicații, în pofida controlului minuțios la selectarea donatorilor, examinării de laborator a sîngelui lor și toate măsurile posibile de profilaxie, prevăzute de documentele în vigoare.

Din rîndul reacțiilor și complicațiilor pot să fie hemolitice, nehemolitice, febrile, urticărie, anafilactice, insuficiență pulmonară acută, complicații aloimune, trombocitorefractare, boala „transplant contra gazdei” și imunomodulare. Din reacțiile și complicațiile neimune se pot dezvolta complicații hemolitice, septice, circulatorii, metabolice, embolice, supraîncărcarea metabolică cu fier, infecțioase, inclusiv transmiterea virusurilor hepatitei, HIV/SIDA etc).

4. Eu am avut posibilitatea să pun diferite întrebări și la toate întrebările am primit răspunsuri complete.

5. Eu confirm că i-am comunicat medicului tot ce ține de sănătatea mea, l-am informat despre starea fizică și psihologică.

6. Eu înțeleg, că pe parcursul îndeplinirii acțiunilor medicale indicate mai sus pot apărea împrejurări neașteptate, care pot modifica caracterul acțiunilor acordate sau care necesită examinări suplimentare, manipulații, proceduri neindicate în punctul 2. Eu îi încredințez medicului și asistenților lui să ia deciziile respective în conformitate cu judecata lor profesională și să efectueze orice acțiuni medicale, pe care le va considera necesare pentru ameliorarea stării mele.

7. Transfuzia sîngelui de la donator (a componentelor ei) se poate asocia cu utilizarea substituentelor de sînge, a eritropoietinei și a preparatelor de fier și a altor preparate.

8. Eu confirm prin semnătura mea, că am citit și înțeleg tot ce este expus mai sus. Medicul a răspuns la toate întrebările mele.

(Numele, prenumele pacientului și reprezentantului legitim pentru persoanele mai tinere de 15 ani)

Semnătura medicului (numele, prenumele)

Eu refuz transfuzia sîngelui de la donator și/sau a componentelor sanguine prin prezența indicațiilor, ceea ce confirm prin semnătura mea. Mie mi s-au explicat posibilele consecințe ale refuzului.

Semnătura pacientului (sau a reprezentantului legitim pentru persoanele mai tinere de 15 ani)

(Numele și prenumele)

Semnătura medicului (numele, prenumele)

1. 75

Formular nr. 4-diet

Aprobat

prin ord. MS nr. 238 din 31 iulie 2009

Denumirea instituției medico-sanitare _____

**Informație
despre prezența pacienților la alimentație dietetică**

la ora 9⁰⁰ " _____ " _____ an. 20 _____ a zilei curente

în secția _____

pacient total _____

Asigurați
Denumirea dietelor Nr. de pacienți

15 _____
10 _____
9 _____
7 _____
7d _____
5 _____
5a _____
5p _____
5d _____
1 _____
1a _____
0 _____
4 _____
6 _____
8 _____
sonda _____
descărcarea _____

Neasigurați
Denumirea dietelor Nr. de pacienți

15 _____
10 _____
9 _____
7 _____
7d _____
5 _____
5a _____
5p _____
5d _____
1 _____
1a _____
0 _____
4 _____
6 _____
8 _____
sonda _____
descărcarea _____

Șeful secției _____
Sora șefă _____

Verificat:
Statistician _____
Contabil _____

1.74

Denumirea instituției medico-sanitare IMSP SC m. Bălți
Informație despre prezența pacienților la alimentație
după ora 9⁰⁰ a zilei precedente pînă la ora 9⁰⁰ a zilei curente

Formular nr. 12-diet
Aprobat prin ordinul MS
nr. 238 din 31 iulie 2009

“ ” an. 20 (corecția)

Total pacienți, inclusiv:	Au fost	Prezenți	Diferența
Asigurați			
Neasigurați			
Fără alimentare			
Total			

Șef secție _____

Statistician _____

Asistenta medicală șefă _____

Contabil _____

1.76

dieta n N17

Ștampila de antet a instituției medico-sanitare

IMSP Spitalul Clinic Municipal Bălți

Medicul **CENTRUL
CONSULTATIV** tel. _____

R e t e t ă

Data prescrierii rețetei

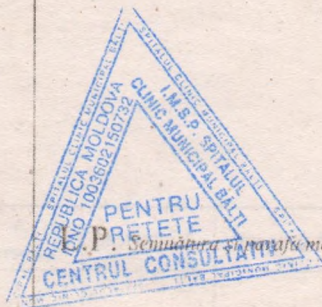
____ " ____ 20 ____

(numele și prenumele bolnavului)

Vîrsta _____ ani

Pret

Rp.: _____



Rețeta e valabilă 30 zile, 2 luni (specificare) _____

CĂLĂUZA MEDICULUI

este obligatorie îndeplinirea tuturor compartimentelor prevăzute în formular:

amprenta ștampilei de antet a instituției medico-sanitare trebuie să fie vizibilă, pentru a fi ușor determinată denumirea instituției. Dacă denumirea instituției medico-sanitare este aplicată de tipar, atunci ștampila de antet nu se aplică;

denumirea comună internațională a medicamentului industrial, conținutul formeii medicamentoase magistrale (denumirile ingredientelor), adresarea către farmacist despre prepararea formeii medicamentoase și eliberarea ei din farmacie se prescrie în limba română sau latină, cît, clar cu cerneală sau pix. Sunt interzise corectările;

se admite prescrierea pe un formular numai a unui medicament din grupa stupefiantelor, psihotropelor sau precursorilor;

se admit numai abrevierile specificate în "Regulile generale de prescriere a medicamentelor";

cantitatea substanțelor lichide se prescrie în mililitri, grame sau picături; a celor solide - în grame sau unități de acțiune;

modul de administrare se scrie în limba română sau în limba vorbită de pacient; nu se admit specificații de ordin general: "Cunoscut", "Conform schemelor", etc.;

semnătura medicului se confirmă cu parafa personală;

specificarea termenului valabilității rețetei se face prin bararea inutilului.

Data	A recepționat	A preparat	A verificat	A eliberat

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ SPITALUL CLINIC ~~MUNICIPAL~~ BĂLȚI

Secția _____

Salonul _____

FIȘA MEDICALĂ
A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR
Nr. _____

Numele _____

Prenumele _____

Sala nr. _____

Secția _____

FIȘA MEDICALĂ
A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR

Pediculoza _____

Prelucrarea sanitară
completă, parțială
s-a efectuat la data _____

Scabie _____

Asistenta medicală de gardă

RW	SIDA	Hepatită virală	Examen fluorografic	Examen oncologic	Analiza excremențelor la helminți

Cu regimul spitalicesc sînt
cunoscut(ă), în caz de încălcare
voi fi externat (ă) acasă

Data _____

Semnătura bolnavului(ei)

denumirea instituției

Secția, salon nr.

FIȘA MEDICALĂ A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR nr.1.
numele, prenumele, patronimicul bolnavului**2. Identificarea bolnavului:**Cetățenia: RM(1) ☐ Străin(2) ☐
țaraSe completează numai pentru bolnavii care dețin număr
de identificare (IDNP)

numărul de identificare (IDNP)

Se completează numai pentru bolnavii străini

numărul actului de identitate sau pașaportului

Se completează numai pentru bolnavii cetățeni ai
RM, care nu dețin număr de identificare

seria

numărul certificatului de naștere

Persoane care dețin acte de identitate provizorii
în conformitate cu HG RM nr.42 din 17.01.1995

seria

numărul formularului Nr. 9

3. Data nașterii: ziua luna anul , vîrsta zile / luni / ani (de specificat)4. Locul de trai
municipiul/raionul sectorul/localitatea strada nr.5. Plătitor servicii medicale: asigurător (1), pacient (2) ☐6. Bolnav asigurat: da (1), nu (2) ☐ 7. Asigurător: CNAM (1), altă companie (2) ☐

specificați denumirea

8. Numărul poliției de asigurare Valabilă pînă la ziua luna anul ora 9. Categoria bolnavului asigurat 10. Locul de muncă, profesia sau funcția
(se completează în cazul cînd Asigurător este CNAM)

pentru elevi – locul de studii, pentru copii – denumirea instituției preșcolare, școlii

11. Grupa sanguină A, B, AB, 0, Rh +/- 12. Sexul M(1), F(2) ☐ 13. Greutatea la naștere grame
se completează doar pentru nou-nascuți

14. Reacții alergice la.....

15. Bolnavul fumează: da(1), nu(2) ☐, consumă zilnic alcool: da(1), nu(2) ☐16. Data internării: ziua luna anul ora 17. Tipul internării: urgent (1), programat (2) ☐

18. Trimis de: serviciul AMU(1), medicul de familie(2), medicul specialist de profil(3), transfer interspitalicesc(4)

..... la cerere (5) ☐

denumirea instituției care a trimis sau transferat bolnavul

19. Internarea peste cîte ore după debutul bolii (traumei): 0-6 ore (1), 7-24 ore (2), peste 24 ore (3) ☐


20. Diagnosticul de trimitere

cod diagnostic

21. Diagnosticul la internare.....

cod diagnostic

22. IDNP medic
semnătura și parașa medicului


cod diagnostic

cod diagnostic

cod diagnostic

26. IDNP medic
semnătura și parafa medicului

.....
semnătura și parafa medicului

denumirea instituției în care a fost transferat bolnavul

29. Starea la externare: vindecat (1), ameliorat (2), fără schimbări (3), agravat (4): decedat (5)

denumirea institutiei în care a fost transferat bolnavul

30. Capacitatea de muncă: restabilită complet (1), scăzută (2), temporar pierdută (3), pierdută total (4), pierdută în legătură cu maladia dată (5), cu alte cauze (de înscris) (6)

32. Nr. zile spitalizate: , inclusiv asigurate de către Asigurător: de la.....pînă la....., contra plată: de la..... pînă la.....

33. Mențiuni cu privire la eliberarea certificatului de concediu medical: nr. de la
pînă la nr. de la pînă la

36. Sfârșitul intervenției chirurgicale principale: ziua

 luna

 anul

 ora

38. Transfer intraspitalicesc:

39. Pentru internați la expertiză – concluzia.....

[illegible]

[illegible]

denumirea institutiei
наименование учреждения

FOAIE DE OBSERVAȚIE A NOU-NĂSCUTULUI nr. _____
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

	Mama Мать	Tata Отец	Copilul Ребенок
Grupa de sînge Группа крови			
Factor Rhesus Резус-принадлежность			

Numele, prenumele mamei _____
Фамилия, имя, отчество матери

Număr de identificare _____ Numărul poliței de asigurare _____
Идентификационный номер № страхового полиса

Vîrsta mamei _____ Naționalitatea (etnia) _____
Возраст матери Национальность (этность)

Adresa la domiciliu _____
Адрес местожительства

Studii: primare, medii incomplete, medii medii speciale, superioare incomplete, superioare
Образование: начальное, незаконченное среднее, среднее среднее специальное, незаконченное высшее, высшее

Starea familială: căsătorie înregistrată, căsătorie neînregistrată, necăsătorită (a specifica)
Семейное положение: брак зарегистрирован, брак не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть)

Serviciul în afara casei pe parcursul sarcinii _____
Работа вне дома во время беременности

Locul de muncă _____
Место работы

Profesia sau funcția _____
Профессия или должность

Condițiile de muncă: favorabile sau nocive. A indica factorii nocivi _____
Условия труда: благоприятные или неблагоприятные. Указать вредные условия

Date despre sănătatea tatălui
Данные о здоровье отца

Vîrsta tatălui _____ Relații de rudenie între soți _____
Возраст отца Родственные связи между супругами

Date antecedente despre familie _____
Предшествующие данные о семье

	Ziua День	Luna Месяц	Anul Год	Ora Час	Min. Мин.
S-a născut Родился					
Internat Поступил					
Externat Выписан					
Decedat Умер					
Transferat Переведен					
Unde Куда					

Registru de internare nr. _____
Приемный журнал

Salonul copilului nr. _____
Палата ребенка

Patul copilului nr. _____
Кровать ребенка

Salonul mamei nr. _____
Палата матери

Patul mamei nr. _____
Кровать матери

Copilul transferat în salonul nr. _____
Ребенок переведен в палату

patul nr. _____
кровать

Data transferării _____
Дата перевода

Anamneza ginecologică și obstetricală
Гинекологический и акушерский анамнез

A cîta graviditate _____, a cîta naștere _____
 Которая беременность _____, которые роды _____
 Naștere la termen – da, nu (a specifica), dacă nu, la _____ săptămîni de gestație
 Роды в срок – да, нет (подчеркнуть), если нет, на _____ неделе беременности
 Naștere: monofetală, multiplă (a specifica), la naștere multiplă s-a născut al cîtelea la număr _____
 Роды: одноплодные, многоплодные (подчеркнуть), при многоплодных родах какой родился по счету _____
 Ruptura membranelor amniotice a avut loc la _____
 Разрыв пузыря состоялся в _____ ora _____ час
 Durata travaliului: <12 ore, 12 - 18 ore, >18 ore (a specifica)
 Продолжительность родовой деятельности: <12 час., 12 - 18 час., >18 час. (подчеркнуть)
 Prezența _____
 Предлежание _____
 Complicații în naștere din partea mamei și copilului _____
 Осложнения в родах со стороны матери и новорожденного _____
 Administrarea: analgezicelor _____, anestheticelor _____, oxitocinelor _____
 Использование: анальгетиков _____, анестетиков _____, окситоцинов _____
 eficacitatea lor _____
 их эффективность _____
 Intervenții chirurgicale _____
 Хирургические вмешательства _____
 Afecțiuni, complicații în perioada sarcinii _____
 Заболевания, осложнения во время беременности _____

Durata nașterii pe perioade: I perioadă _____, II perioadă _____
 Продолжительность родов по периодам: период _____ период _____
 particularitățile evoluției, intervențiile _____
 особенности течения, операции _____
 Perioada alichidiană _____
 Безводный период _____
 Caracteristica apelor fetale _____
 Характеристика околоплодных вод _____

Sex Пол	S-a născut Родился		Născut la termen, prematur Доношен- ный, недо- ношенный	Greuta- tea (masa) în g Вес (масса) в г	Talía, cm Рост, см	Perimetrul Окружность		Asfixie Асфиксия	
	viu живой	mort (a indica – pînă la sau în timpul travaliului) мертвый (указать до начала или во время родовой деятельности)				cranian головы	cutiei toracice грудной клетки	durata продол- житель- ность	măsuri de reanimare меры оживления

Etapele esențiale de reanimare a nou-născutului
Основные этапы оживления новорожденного

Măsuri inițiale: plasarea sub o sursă de lumină radiantă _____, ștergerea copilului _____
Первоначальные мероприятия: помещение под источник лучистого тепла _____, обтирание ребенка _____
Permeabilizarea căilor respiratorii:
Обеспечение проходимости дыхательных путей:
 poziționarea nou-născutului _____, dezobstruarea gurii _____
 позиционирование новорожденного _____, отсасывание содержимого рта _____
 nasului _____, traheei _____, introducerea sondei endotraheale _____
 носа _____ трахеи _____ введение зонда в трахею _____
Menținerea respirației: stimularea tactilă _____, ventilare cu presiune pozitivă _____
Поддержание дыхания: тактильное стимулирование _____, вентиляция с положительным давлением _____
 prin inspirație: a) balon cu mască _____, b) balon cu sondă endotraheală _____
 при вдохе: баллон с маской _____ баллон с эндотрахеальным зондом _____
Menținerea circulației: masaj cardiac extern _____, medicamente: Adrenalină (doza, numărul de administrări) _____
Поддержание кровообращения: наружный массаж сердца _____, медикаменты: Адреналин (доза, кратность введения) _____
 Volumul expanderii (doza, numărul de administrări) _____ Bicarbonat de sodiu (doza, numărul de administrări) _____
 Волеетические препараты (доза, кратность введения) _____ Бикарбонат натрия (доза, кратность введения) _____
 Naloxon (doza, numărul de administrări) _____
 Налоксон (доза, кратность введения) _____
 Respirație autonomă după _____ minute. Oprirea reanimării la _____ minute
 Самостоятельное дыхание после _____ минут. Прекращение реанимации на _____ минуте

Aprecierea stării nou-născutului după scara Apgar
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Timpul după naștere Время после рождения	Bătăile inimii Сердцебиение	Respirația Дыхание	Culoarea epidermei Окраска кожи	Tonusul muscular Мышечный тонус	Reflexe Рефлексы	Aprecierea în puncte Оценка в баллах

Aplicarea pe burta mamei în contact "piele-la-piele" imediat după naștere _____
 Прикладывание на живот матери – контакт «кожа к коже» сразу после рождения _____

Aplicat la sân: în primele 30 minute _____, în primele 2 ore _____, după 2 ore _____
 Приложен к груди: в первые 30 минут _____ в первые 2 часа _____ после 2 часов _____

Malformații congenitale _____
 Врожденные аномалии _____

Traume puerperale _____
 Родовые травмы _____

Profilaxia gonoblenoreei (denumirea medicamentului, ora) _____
 Профилактика гонобленореи (название медикамента, часы) _____

Nașterea asistată de (numele, prenumele și calificarea specialistului și moașei) _____
 Роды принял (ФИО и квалификация специалиста и акушерки) _____

Copilul transferat în secția nou-născuților « _____ » _____ 20 _____, ora _____ min.
 Ребенок переведен в отделение новорожденных _____ час _____ мин.

Starea copilului la transferare din sala de naștere _____
 Состояние ребенка при переводе из род. зала _____

_____, culoarea tegumentelor, caracterul strigătului _____
 _____ цвет кожных покровов, характер крика _____

A predat copilul moașei _____
 Ребенка сдала акушерка _____

A preluat și a prelucrat asistenta medicală _____
 Приняла и провела обработку медсестра _____

Diagnosticul preliminar _____
 Диагноз предварительный _____

Diagnosticul definitiv _____
 Диагноз заключительный _____

Primul examen al copilului în salonul (secția) nou-născuților
Первый осмотр ребенка в палате (отделении) новорожденных

« _____ » _____ 20 _____
data examenului data осмотры

Date generale:

Общие данные:

Starea generală (poziția copilului, caracterul strigătului)

Общее состояние (положение ребенка, характер крика)

Tegumentele

Кожные покровы

Mucoasele vizibile

Видимые слизистые

Bontul ombilical

Пуповинный остаток

Examinarea neurologică:

Неврологическое обследование:

Activitatea motorie spontană: scăzută _____, intensă _____

Спонтанная двигательная активность: снижена _____, повышена _____

Tremor: îndelungat _____, de amplitudine mică _____, de amplitudine înaltă _____

Тремор: длительный _____, низкой амплитуды _____, высокой амплитуды _____

Tonus muscular: distonie musculară _____, hipertonie musculară _____, hipertonie extensorie _____

Мышечный тонус: мышечная дистония _____, мышечная гипертония _____, экстензорная гипертония _____

hipotonie musculară: generalizată _____, locală _____, poziție extensorie a picioarelor _____, retroflexia capului _____

мышечная гипотония: генерализованная _____, локальная _____, вынужденное положение ног _____, выгибание головы _____

Examenul capului:

Обследование головы:

Forma: brachicefalie, dolicocefalie, asimetrie, oxicefalie (a specifica). Configurația _____ Șuturile (cm) _____

Форма: брахицефалия, долихоцефалия, асимметричность, оксикефалия (подчеркнуть). Конфигурация _____ Швы (см) _____

Palparea capului: oase întegre, bosa serosangvină, cefalohematom, hemoragie subaponeurotică,

Пальпация головы: целостность костей, родовая опухоль, кефалогематома, субапоневротическое кровоизлияние,

hernie cerebrală, infiltrate, abcese (a specifica) _____

мозговая грыжа, инфильтраты, абсцессы (подчеркнуть) _____ a indica ce lipsește _____ указать недостающее _____

Starea fontanelor (dimensiuni, proeminența, a specifica și indica): fontanela mare _____, fontanela mică _____, fontanele laterale _____

Состояние родничков (размеры, выпячивания, подчеркнуть и указать): большой родничок _____, малый родничок _____, боковые роднички _____

Reflexe necondiționate: labial, de cercetare, Babkin, de prehensiune, Moro, de apărare, Galant,

Безусловные рефлексы: хоботковый, поисковый, Бабинкина, хватательный, Моро, защитный, Галанта,

Peres, Bauer, de sugere (a specifica) _____

Переса, Бауера, сосательный (подчеркнуть) _____

Simptomatologia oculară patologică: ptoză, nistagmus vertical, rotator, orizontal, lagofthalm, strabism convergent,

Патологическая глазная симптоматика: птоз, нистагм вертикальный, ротаторный, горизонтальный, лагофтальм, косоглазие сходящееся,

strabism divergent, simptom Graefe, simptom "apus de soare", pareza privirii, simptom "ochi de păpușă", mioză,

косоглазие расходящееся, симптом Грефе, симптом «заходящего солнца», парез взора, симптом «кукольных глаз», миоз,

midriază, anizocorie (a specifica, ce lipsește – a indica) _____

мидриаз, анизокория (подчеркнуть, недостающее указать) _____

Convulsii: tonice, clonice, mioclonale, fragmentare (a specifica, ce lipsește – a indica) _____

Судороги: тонические, клонические, миоклональные, автоматизмы (подчеркнуть, недостающее указать) _____

Statutul somatic:

Соматический статус:

Forma cutiei toracice

Форма грудной клетки

Respirația, starea plămînilor, aprecierea după scara Silverman în caz de insuficiență pulmonară

Дыхание, состояние легких, оценка по шкале Сильвермана при дыхательной недостаточности

FR/minut

ЧД/минуту

Cordul (limita, prezența suflurilor, caracterul ritmului)

Сердце (граница, наличие шумов, характер ритма)

_____ , pulsul

пульс

Organele cavității abdominale: ficatul, splina

Органы брюшной полости: печень, селезенка

Eliminarea meconiului

Отхождение мекония

Micțiunea _____
 Мочепускание _____
 Organele genitale externe _____
 Наружные половые органы _____
 Prezența anusului _____
 Наличие ануса _____
 Starea articulațiilor coxofemorale _____
 Состояние тазобедренных суставов _____
 Concluzia și diagnosticul preliminar _____
 Заключение и предварительный диагноз _____

Prescripții și argumentarea lor _____
 Назначения и их обоснование _____

Datele privind supravegherea nou-născutului de către asistenta medicală
Данные наблюдения за новорожденным медицинской сестрой

Data Дата	Ziua de viață День жизни	Temperatura Температура	Greutatea (masa) Вес (масса)	Schimbarea stării Изменение состояния				Activitatea reflexului de sugere Активность сосательного рефлекса	Caracterul scaunului Характер стула	Micțiunea Мочепускание	Timpul căderii bontului ombilical Время отпадения пуповины	Starea plăgii ombilicale Состояние пупочной ранки	Semnătura Подпись
				prezența crizelor de asfixie наличие приступов асфиксии	ochilor глаз	mucosa слизистая	tegumentelor кожных покровов						
	1	d											
		s											
	2	d											
		s											
	3	d											
		s											
	4	d											
		s											
	5	d											
		s											
	6	d											
		s											
	7	d											
		s											

Notă: La nou-născuții prematuri cu greutatea sub 1500 g se va măsura temperatura axială și rectală.
Примечание: У недоношенных новорожденных весом менее 1500 г измеряется аксиальная и ректальная температура

Vaccinarea contra tuberculozei
Противотуберкулезная вакцинация

Data Дата	Ziua vieții День жизни	Doza Доза	Nr. seriei vaccinului № серии вакцины	Termenul valabilității Срок годности	Reacția la vaccin Реакция на прививку	Semnătura Подпись

Vaccinarea nu s-a efectuat (a indica cauza) _____
Вакцинация не проводилась (указать причину)

ALIMENTAȚIA NOU-NĂSCUTULUI (evidență în grame)
ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО (учет в граммах)

[illegible][illegible]

Zilnicul medicului-pediatru
Дневник врача-педиатра

[illegible]

Zilnicul medicului-pediatru

[illegible]

Дневник врача-педиатра

[illegible]

Дневник врача-педиатра

[illegible]

Дневник врача-педиатра

[illegible]

Epicriza
Эпикриз

Starea copilului la externare (transferare)
Состояние ребенка при выписке (переводе)

Recomandări medicului de familie
Рекомендации семейному врачу

Data
Дата

A predat copilul
Передала ребенка

semnătura asistentei medicale подпись медсестры

A preluat copilul
Приняла ребенка

semnătura asistentei medicale подпись медсестры

Certificatul medical constatator al nașterii copilului a primit
Медицинское свидетельство о рождении ребенка получила

semnătura mamei подпись матери

Instituția de asistență medicală primară la locul de trai
Учреждение первичной медицинской помощи по месту жительства

denumirea название

despre externarea copilului este înștiințată
о выписке ребенка извещено

« » 20

Telefonograma a transmis
Телефонограмму передала

, a recepționat
приняла

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MEDICINĂ CLINICĂ

Nr. _____

Salonul _____

FISA MEDICALĂ

A INTRĂRII ÎN STATIONAR

Nr. _____

