№ 17 1000

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Министерство Здравоохранения Республики Молдова

_____
denumirea instituției
наименование учреждения

cod instituț. / код учрежд. [ ][ ][ ][ ], nr sectorului CMF/CS / № участка ЦСВ/ЦЗ [ ][ ]

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ
Formular / Форма nr **039/e**
Aprobat de MS al RM / Утверждена МЗ РМ nr. **828** din **31.10. 2011**

LISTA
DE EVIDENȚĂ A VIZITELOR, CONSULTAȚIILOR ÎN INSTITUȚIA DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ, DISPENSAR, SECȚIA CONSULTATIVĂ ȘI A VIZITELOR LA DOMICILIU
ВЕДОМОСТЬ
УЧЁТА ПОСЕЩЕНИЙ, КОНСУЛЬТАЦИЙ В УЧРЕЖДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДИСПАНСЕРЕ, КОНСУЛЬТАТИВНОМ ОТДЕЛЕ И ПОСЕЩЕНИЙ НА ДОМУ

Pe luna / За месяц [ ][ ], anul / год [ ][ ][ ][ ] a medicului / врача _____,
numele, prenumele / ФИО
număr de identificare / идентификационный номер [ ], codul specialității / код специальности [ ][ ]

Zilele lunii / Числа месяца	Vizite la medic, inclusiv cu scop profilactic / Посещения к врачу, включая профилактические						Din numărul total de vizite la medic – **cu scop profilactic** / Из общего числа посещений к врачу **профилактические**		Vizite efectuate de medic la domiciliu / Посещения, выполненные врачом на дому			Din numărul total de vizite la domiciliu - **cu scop profilactic** / Из общего числа посещений на дому - **профилактические**	
	total / **всего**	inclusiv din rub. 1 / в том числе из гр. 1					**total** / **всего**	inclusiv copii 0 - 17 ani 11 luni 29 zile / в т. ч. детей 0 - 17 лет 11 мес. 29 дн.	**total** / **всего**	inclusiv din rub. 9 / в том числе из гр. 9		**total** / **всего**	inclusiv la copii 0 – 17 ani 11 luni 29 zile / в т. ч. к детям 0 – 17 лет 11 мес. 29 дн.
		persoane cu vîrsta de la 0 ani pînă la 4 ani 11 luni 29 zile	persoane cu vărsta de la 5 ani pînă la 17 ani 11 luni 29 zile	persoane cu vărsta de la 18 ani pînă la 49 ani 11 luni 29 zile	persoane cu vîrsta de la 50 ani şi peste	persoane asigurate застрахованных лиц				la persoane asigurate к застрахованным лицам	la copii 0 – 17 ani 11 luni 29 zile к детям 0 – 17 лет 11 мес. 29 дн.		
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													

№ 17/spate

Zilele lunii Числа месяца	Vizite la medic, inclusiv cu scop profilactic Посещения к врачу, включая профилактические						Din numărul total de vizite la medic – **cu scop profilactic** Из общего числа посещений к врачу - **профилактические**		Vizite efectuate de medic la domiciliu Посещения, выполненные врачом на дому			Din numărul total de vizite la domiciliu - **cu scop profilactic** Из общего числа посещений на дому - **профилактические**	
	total **всего**	inclusiv din rub. 1 в том числе из гр. 1					**total** **всего**	inclusiv copii 0 - 17 ani 11 luni 29 zile в т. ч. детей 0 - 17 лет 11 мес. 29 дн.	**total** **всего**	inclusiv din rub. 6 в том числе из гр. 6		**total** **всего**	inclusiv la copii 0 – 17 ani 11 luni 29 zile в т. ч. к детям 0 – 17 лет 11 мес. 29 дн.
		persoane cu vîrsta de la 0 ani pînă la 4 ani 11 luni 29 zile	persoane cu vărsta de la 5 ani pînă la 17 ani 11 luni 29 zile	persoane cu vărsta de la 18 ani pînă la 49 ani 11 luni 29 zile	persoane cu vîrsta de la 50 ani şi peste	persoane asigurate застрахованных лиц				la persoane asigurate к застрахованным лицам	la copii 0 – 17 ani 11 luni 29 zile к детям 0 – 17 лет 11 мес. 29 дн.		
A	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													
Total Всего													

Semnătura medicului
Подпись врача

N2 18 1000

Ministerul Sănătăţii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova
Министерство Здравоохранения и Социальной Защиты Республики Молдова

Documentaţie medicală

Formular / Форма nr. 089-2/e
Aprobat de MS al RM
Утверждена МЗ РМ nr. 828 din 31.10. 2011

_____
Denumirea instituţiei /Наименование учреждения

Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit caz nou de boală sexual transmisibilă
Извещение о новом случае с установленным диагнозом заболевания передаваемого половым путем

Date generale / Общие данные

1. Nume / 111 Фамилия _____ Prenume / Имя _____ 1
Patronimic / Отчество _____
1.a. Codul personal (IDNP) / Персональный код _____ 1.a.
1.b. Anonim / Анонимно ☐ Da / Да ☐ Nu / Нет 1.b.
2. Sex / Пол ☐ M / м ☐ F / ж 2
3. Mediul de reşedinţă / Место жительства ☐ Urban / Городское ☐ Rural / Сельское 3
4. Data naşterii / Дата рождения ____ / ____ / ____ (zz / дд, ll / мм, aaaa / гггг) 4
5. Studiile / Образование _____ 5
6. Profesia / Профессия _____ 6
7. Statutul civil / Семейное положение ☐ Căsătorit / Состоит в браке ☐ Necăsătorit / Не состоит в браке 7

Descrierea cazului / Описание случая

8. Instituţia de evidenţă / Учреждение учета _____ 8
9. Data depistării cazului / Дата выявления случая ____ / ____ / ____ (zz / дд, ll / мм, aaaa / гггг) 9
10. Diagnosticul definitiv / Заключительный диагноз _____ 10
11. Calea depistării / Путь выявления _____ 11
12. Numărul contacţilor numiţi de bolnav / Число контактов названных больным _____ 12
13. Numărul contacţilor examinaţi / Число обследованных контактов _____ 13
14. Numărul contacţilor care au primit tratament profilactic / Число контактов получивших профилактическое лечение _____ 14
14.1.a. A fost în afara ţării în ultimii 2 ani / Был за границей последние 2 года ☐ Da / Да ☐ Nu / Нет 14.1.a
14.1.b. În ce ţară (ultima) / В какой стране (последняя) _____ 14.1.b
14.1.c. Data revenirii / Дата возвращения ____ / ____ / ____ (zz / дд, ll / мм, aaaa / гггг) 14.1.c
15. Asigurare medicală / Медицинская страховка ☐ Da / Да ☐ Nu / Нет 15
16. Graviditate la momentul depistării / Беременность на момент выявления ☐ Da / Да ☐ Nu / Нет 16
17. Tratament iniţiat / Лечение начато ☐ Da / Да ☐ Nu / Нет 17
17.a. Sursa tratamentului / Оплата лечения (O singură valoare /Только одно значение) ☐ Asigurări medicale / Мед.страхование 17.a
în afara poliţei de asigurare -> / за исключением полюса мед.страх. ☐ Gratis / Бесплатно
☐ Procurat / Платно
18. Spitalizat / Госпитализирован ☐ Da / Да ☐ Nu / Нет 18
19. Testat la HIV / Тестирован на ВИЧ ☐ Da / Да ☐ Nu / Нет 19
20. Comentarii, adresa / Коментарии, адрес 20

21. Data îndeplinirii avizului / Дата заполнения извещения ____ / ____ / ____ (zz / дд, ll / мм, aaaa / гггг) 21
22. Numele şi semnătura medicului / Фамилия и подпись врача _____ 22

№ 19 1000

Ministerul Sănătății
al Republicii Moldova

Documentație medicală
Formular nr. 29

_____
instituția

FOAIE DE PROCEDURI

pe luna _____20 __

Cabinet (salon) _____

Procedura: _____

(pansament, injecții, ventuze, masaj, gimnastică igienică, dehelminizare, acrichinizare etc.; foaia de proceduri se stabilește pentru fiecare procedură aparte)

Nr. crt.	Numele de familie, prenumele	Nr. fișă, foaie clinică de observații sau codul	Număr proceduri prescrise, doza, durata	Data prezentării

N2 20 4000

Ministerul Sănătății al RM
Министерство здравоохранения РМ

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ
Formular / Форма nr. **027/e**
Aprobat de MS al RM / Утверждена МЗ РМ nr. **828** din **31.10. 2011**

_____
denumirea instituției
наименование учреждения

TRIMITERE-EXTRAS*
НАПРАВЛЕНИЕ-ВЫПИСКА

la / в _____
denumirea și adresa instituției unde se trimite
наименование и адрес учреждения, куда направляется

_____

_____

1. Numele, prenumele bolnavului / Фамилия, имя, отчество больного _____

   Număr de identificare / Идентификационный номер _____

2. Data nașterii / Дата рождения _____

3. Adresa la domiciliu / Домашний адрес _____

4. Locul de muncă (funcția), studii / Место работы (должность), учебы _____

5. Data: a) de ambulatoriu: afecțiunii / Дата: по амбулатории: заболевания _____

   trimiterii: / направления: la consultație, investigație, în staționar (a specifica) / на консультацию, исследование, в стационар (подчеркнуть)

   _____

   b) de staționar: / по стационару: internării / поступления _____

   externării (decesului) / выбытия (смерти) _____

6. Diagnosticul complet (afecțiunea de bază, complicații concomitente)
   Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

* Se completează de instituțiile medicale la trimiterea pacientului pentru consultație, investigație, internare, externare (deces) și se prezintă medicului de familie
Заполняется медицинскими учреждениями при направлении пациента на консультацию, исследование, госпитализацию, при выписке (смерти) и представляется семейному врачу

N 20 / 8 boole

7. Anamneza pe scurt, investigații diagnostice, tratamentul efectuat, evoluția bolii, starea sănătății la trimitere, la externare
Краткий анамнез, диагностические исследования, проведенное лечение, течение болезни, состояние при направлении, при выписке

Recomandații curative și de muncă
Лечебные и трудовые рекомендации

"_____" _____ 200__

Medic
Врач numele, prenumele – Ф.И.О. semnătura – подпись

Număr de identificare
Идентификационный номер

20 N22

Forma nr. / Форма № M-17

_____
denumirea contabilității centralizate
наименование центральной бухгалтерии

Aprobată de Ministerul finanțelor al Republicii Moldova
Утверждена Министерством финансов Республики Молдова

REGISTRU
DE EVIDENȚĂ DEPOZITATĂ

КНИГА СКЛАДСКОГО УЧЕТА

Persoana gestionară_____
Материально-ответственное лицо

Depozit Склад	Stelàj Стеллаж	Secția Ячейка	Unitatea de măsură Единица изм.	Prețul Цена		Marcă Марка	Calitatea Сорт	Profilul Профиль	Dimensiunea Размер	Numărul de nomenclatură Номенклатурный номер	Norma de rezervă Норма запаса

Denumirea materialului _____
Наименование материала

Data înscrierii Дата записи	Nr. documentului № документа	Nr. d/o a înscrierii Порядковый № записи	De la cine primit sau cui eliberat От кого получено или кому отпущено	Venit Приход	Consum Расход	Soldul Остаток	Controlul (semnătura și data) Контроль (подпись и дата)