Приложение № 4

к Порядку организации медицинской реабилитации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_

**Выписной эпикриз пациента из Медицинской организации, оказывающей помощь по медицинской реабилитации**

Субъект РФ:

Город/район

Название медицинского учреждения полностью:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название структурного подразделения медицинской организации полностью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уровень медицинской организации: 1 2 3

этап реабилитации: 1 2 3

ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата пребывания в МО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ истории болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Персональный номер пациента: *(генерируется автоматически при регистрации в электронной системе мониторинга реабилитации). Это поле обязательно для заполнения, поскольку без номера на последующих этапах не смогут получить доступ к информации о пациенте.*

Количество дней госпитализации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Из них: кол-во дней в РАО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кол-во дней в специализированном отделении по профилю оказываемой медицинской помощи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кол-во дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в специализированном отделении медицинской реабилитации круглосуточного пребывания по профилю нарушения функций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кол-во дней \_\_\_\_\_\_\_ в специализированном отделении медицинской реабилитации (дневной стационар) по профилю нарушения функции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кол-во дней \_\_\_\_\_\_\_ в специализированном отделении медицинской реабилитации (отделение медицинской реабилитации поликлиники) по профилю нарушения функции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кол-во дней \_\_\_\_\_\_\_ в специализированном отделении медицинской реабилитации (отделение медицинской реабилитации санаторно-курортной МО) по профилю нарушения функции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кол-во дней \_\_\_\_\_\_\_ в специализированном отделении медицинской реабилитации (стационар на дому) по профилю нарушения функции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кол-во дней \_\_\_\_\_\_\_ в специализированном отделении медицинской реабилитации (дистанционная телереабилитация) по профилю нарушения функции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анамнез заболевания:**

1. развитие заболевания/состояния
2. развитии ограничения жизнедеятельности связанного с заболеванием или иными причинами и состояниями
3. примененных методов лечения и реабилитации с указанием эффекта от проведенной реабилитации

**Anamnesis vitae**

**(***информация необходимая для анкеты в электронной форме***):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Место рождения |  | | | | | | | | | | |
| Профессиональные вредности | НЕТ | |  | | | | | | | | |
| Да | |
| Образование | Нет | | | | |  | | | | | |
| Начальное | | | | |  | | | | | |
| Среднее | | | | |  | | | | | |
| Высшее | | | | |  | | | | | |
| Неизвестно | | | | |  | | | | | |
| Семейное положение | не был(а) замужем (женат) | | | | | | | |  | | |
| женат (замужем) | | | | | | | |  | | |
| раздельное проживание | | | | | | | |  | | |
| разведен,  вдовец (вдова) | | | | | | | |  | | |
| совместное проживание | | | | | | | |  | | |
| не известно | | | | | | | |  | | |
| Текущая трудовая деятельность | постоянная работа | | | | | | | |  | | |
| временный работник | | | | | | | |  | | |
| неоплачиваемая работа | | | | | | | |  | | |
| студент, | | | | | | | |  | | |
| домохозяйка | | | | | | | |  | | |
| пенсионер | | | | | | | |  | | |
| безработный по состоянию здоровья | | | | | | | |  | | |
| безработный по иной причине | | | | | | | |  | | |
| другое (вписывает) | | | | | | | |  | | |
| не известно | | | | | | | |  | | |
| Заболевания в анамнезе: | НЕТ | |  | | | | | | | | |
| Да | |
| Травмы в анамнезе: | НЕТ | |  | | | | | | | | |
| Да | |
| Оперативные вмешательства в анамнезе: | НЕТ | |  | | | | | | | | |
| Да | |
| Сопутствующие заболевания/ состояния | НЕТ | |  | | | | | | | | |
| ДА | |
| Характерные симптомы заболевания/состояния: | НЕТ |  | | | | | | | | | |
| ДА |
| Другое | | | | | | | | | | |
| Степень артериальной гипертензии |  | | | | | | | | | | |
|
| Семейный анамнез: | НЕТ |  | | | | | | | | | |
| Да |
| Курение | Нет |  | | | | | | | | | |
| Да \_\_\_\_\_\_ шт./сутки | | | | | | | | | | |
| Алкоголизм: | Нет | | |  | | | | | | | |
| Да | | |
| Наркомания и другие зависимости: | Нет | | | | | | | | | | |
| Да, указать тип зависимости | | | | | | | | | | |
| Медикаментозная терапия до поступления в МО: | НЕТ |  | | | | | | | | | |
| ДА |
| другое указать | | | | | | | | | | |
| Значение ШРМ до заболевания/состояния | не известно | 0 | | | 1 | | 2 | 3 | | 4 | 5 |

**Данные клинического обследования при поступлении:**

Обязательно указывается дата и время обследования

**Лабораторные методы исследования:**

Обязательно указывается дата и время обследования

Приводятся результаты всех основных лабораторных исследований

**Инструментальные методы исследования:**

Обязательно указывается дата и время обследования

**Консультации специалистов:**

Обязательно указывается дата и время обследования

**Диагноз клинический:**

**Основной:** …

**Сопутствующий**: …

**Лист индивидуального МКФ-профиля при поступлении:**

Обязательно указывается дата и время обследования

**Диагноз реабилитационный:**

**Цель медицинской реабилитации:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **дата** | **цель** | **Дата постановки цели** | **Отметка о достижении цели (дата)** | |
| **да** | **нет** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Проведенная медицинская реабилитация :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Специалист МДБ | Методы медицинской реабилитации и лечения | Дата начала | Дата завершения |
| Врач ФРМ |  |  |  |
| Врач специалист |  |  |  |
| Кинезиолог |  |  |  |
| Эргофизиолог |  |  |  |
| Клинический психолог |  |  |  |
| Клинический логопед |  |  |  |
| Медицинская сестра |  |  |  |
| Социальный работник |  |  |  |

О**сложнения, которые возникли у пациента:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Осложнение** | Да | | Нет |
| Рецидив заболевания/состояния |  | |  |
| Пролежни |  | |  |
| Пневмония |  | |  |
| Тромбоз глубоких вен (ТГВ) |  | |  |
| Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) |  |  | |
| Сепсис |  |  | |
| Мочевая инфекция |  |  | |
| Острый живот |  |  | |
| Другое: | | | |

**Значение Шкалы Реабилитационной Маршрутизации:**

**Маршрутизация пациента:**

* + Выписан
  + Направлен на 2-й этап 2 уровня
  + Направлен на 2-й этап 3 уровня (обоснование)
  + Направлен на 3-ий этап 2 уровень (обоснование):
    - * + Отделение медицинской реабилитации (ОМР) - дневной стационар
        + Отделение медицинской реабилитации (ОМР) - амбулаторное
        + Отделение медицинской реабилитации (ОМР) – санаторно-куротная МО
        + Отделение медицинской реабилитации (ОМР) – дистанционная реабилитация
  + Направлен на 3-ий этап 1 уровень:
    - * + Отделение медицинской реабилитации (ОМР) - дневной стационар
        + Отделение медицинской реабилитации (ОМР) - амбулаторное
        + Отделение медицинской реабилитации (ОМР) – санаторно-куротная МО
        + Отделение медицинской реабилитации (ОМР) – дистанционная реабилитация
  + Переведен на другое отделение/стационар
  + Направлен на МСЭ
  + Умер

**Рекомендации:**

Медикаментозная терапия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармацевтический препарат | доза | кратность |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Коррекция постуральной функции:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Интенсивность | Кратность | ТСР |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Коррекция функции ходьбы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Интенсивность | Кратность | ТСР |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Коррекция функции верхней конечности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Интенсивность | Кратность | ТСР |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Коррекция функции глотания:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Интенсивность /доза | Кратность | ТСР |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Коррекция функции метаболизма/питания

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| метод | Кратность | ТСР |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Коррекция функции выделения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| метод | Кратность | ТСР |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Коррекция когнитивных функций:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Интенсивность/доза | Кратность | ТСР |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Коррекция психо-эмоционального состояния:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Форма | Кратность | Особенности |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Коррекция коммуникативных функций:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Форма | Кратность | Особенности |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Коррекция функций самообслуживания:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Оборудование | Кратность | ТСР |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Коррекция факторов окружающей среды:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| метод | Оборудование | Кратность | ТСР |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Страховое и юридическое сопровождение:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| форма | Дата назначение | Дата завершения |
| Больничный лист |  |  |
| Направление на КЭК |  |  |
| Направление на МСЭ |  |  |
| Инвалидность: |  |  |
| Группа I |  |  |
| Группа II |  |  |
| Группа III |  |  |

Необходимость проведения дополнительных обследований:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| метод | цель | Рекомендуемые сроки |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Дата :

Лечащий врач:

Члены МДБ:

Врач ФРМ:

Кинезиолог:

Эргофизиолог:

Клинический логопед:

Клинический психолог:

Медицинская сестра:

Социальный работник:

Другие специалисты:

Зав. отд.