

**АМБУЛАТОРИТ ХӨТЛӨГДӨХ
АНХАН ШАТНЫ БҮРТГЭЛИЙН
МАЯГТЫН ЭМХЭТГЭЛ**

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-1Б

ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ ИЙН БҮРТГЭЛ

Кабинеты нэр _____

Эмгийн нэр _____

[illegible]

154

Эмнэлгийн нэр: _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-2

156

ХАЛДВАРТ ӨВЧИН, ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____ Мэдээлсэн он, сар, өдөр, дугаар

I хэсэг

1. Овог, нэр _____
 2. Регистр:
 3. Нас: сар хоног
 4. Хүйс: Эрэгтэй-1 Эмэгтэй-2
 5. Утас: _____
 6. Ам бүлийн тоо:
 7. Аймаг/хот:
 8. Сум/дүүрэг:
 9. Бар/хороо:
 10. Гэрийн хаяг: _____
 11. Ажлын хаяг (сургууль, цэцэрлэг) _____
 12. Албан тушаал, нийгмийн байдал 13. Хэрвээ хүүхэд бол 14. Боловсрол

Ажилчин	1
Албан хаагч	2
Малчин	3
Тэтгэвэрт	4
Оюутан	5
Хүүхэд (0-15)	6
Ажилгүй	7
Бусад	8

Сургуулийн	1
Цэцэрлэгийн	2
Гэртээ	3
Дотуур байрны	4
Хүүхэд асрах төвийн	5
Бусад	6

Магистр, түүнээс дээш	1
Бакалавр	2
Тусгай дунд	3
Бүрэн дунд	4
Боловсролгүй	5

		Он	Сар	Өдөр	Цаг
15	Шинж тэмдэг илэрсэн				
16	Эмчид үзүүлсэн				
17	Сорьц				

18. Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх Тийм-1 Үгүй-2 19. Хэвтсэн бол он сар өдөр
 19. барсан эсэх Тийм-1 Үгүй-2 20. Нас барсан бол он сар өдөр

Мэдээлсэн эмч: _____

II хэсэг

21. Батлагдсан онош: _____
 22. Онош батлагдсан он сар өдөр

23. Онош тогтоолт

Эмнэлзүйгээр	1
Нян, вирус судлалаар	2
Биохими, иммунологи, серологи	3
Тархвар судлалаар	4
Задлангаар	5
Эмнэлзүй, лаборатори давхар	6
Бусад	7

25. Илрүүлэлт

Хавьтагсдаас	1
Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2
Амбулаториор	3
Өөрөө ирсэн	4
Мэс заслаар	5
Задлангаар	6
Идэвхитэй тандалтаар	7
Түргэнээр	8
Бусад	9

26. Халдварт дамжсан хүчин зүйл

Усаар	1
Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3
Зүү тариур эмнэлгийн багаж хэрэгслээр	4
Хөрсөөр	5
Агаараар	6
Ахуйн хавьтлаар	7
Тодорхойгүй	8
Бусад	9

24. Халдварын эх уурхай

Өвчтөнөөс	1
Нян тээгчээс	2
Мал, амьтанаас	3
Тогтоогдоогүй	4

27. Энэ өвчнөөс сэргийлэх тарилга

Хийлгэсэн	1
Хийлгээгүй	2
Дутуу	3
Тодорхойгүй	4
Нас болоогүй	5

28. Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар
 мөн-1 биш-2

Халдвар судлагч: _____ Их эмч: _____

БЗДХ-ЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого		РД						
		Өвчний хяналтын дугаар:						
1. Эцэг, эхийн нэр:		2. Өөрийн нэр:						
3. Төрсөн он сар өдөр / /	Нас []	4. Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	5. Жирэмсэн: ☐ Тийм ☐ Үгүй					
6. Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ Тоот _____		7. Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:						
8. Боловсрол: ☐ Бага ☐ Дээд ☐ Дунд ☐ Боловсролгүй ☐ Мэргэжлийн-техникийн		9. Нийгмийн байдал: ☐ Ажилчин ☐ Тэтгэвэрт ☐ Ажилгүй ☐ Албан хаагч ☐ Оюутан ☐ Бусад ☐ Малчин ☐ 0-15 насны хүүхэд						
10. Илрүүлэлт ☐ Сайн дураараа ☐ Амбулаторийн хяналт ☐ Урьдчилан сэргийлэх үзлэг ☐ Тандалт ☐ Өвчний учир ☐ Бусад /нэрлэнэ үү		11. Гэр бүлийн байдал: ☐ Гэрлээгүй ☐ Салсан ☐ Гэр бүлтэй ☐ Бэлэвсэн ☐ Хамтран амьдрагчтай						
Эрт үеийн тэмбүү (A51)	Тэмбүү 1-р үе (A51.0)	1.	Трихомониаз (A59)	Шээс бэлгийн замын трихомониаз (59.0)	16			
	Тэмбүүгийн 2-р үе шинэ хэлбэр (A51.3)	2	Шээс бэлгийн замын хламидийн халдвар (A56)	Шээс бэлгийн замын хламидийн халдвар (A56.0)	17			
	Тэмбүүгийн 2-р үеийн дахисан хэлбэр (A51.3)	3	Бэлгийн хөрпөс (A60)	Бэлгийн хөрпөс (A60.0)	18			
	Эрт үеийн далд тэмбүү (A51.5)	4	Өөр бүлэгт ангилаагүй зонхилон бэлгийн замаар дамжих бусад халдвар (A63)	Бэлгийн үү (A63.0) Шээс бэлгийн замын микоплазм, уреоплазмын халдвар (A63.8)	19 20			
Хожуу үеийн тэмбүү (A52)	Зүрх судас, тулгуур эрхтэн болон бусад эрхтний тэмбүү (A52.0)	5	Шээс бэлгийн замын мөөгөнцөр (B37)	Үтрээний мөөгөнцөр (B37.3)	21			
	Мэдрэлийн тэмбүү (A52.1)	6		Тээрхий, шамрангийн мөөгөнцөр (B37.4)	22			
	Тэмбүүгийн 3-р үе (A52.7)	7	Нянгийн гаралтай үтрээний үрэвсэл (N76)		23			
	Хожуу үеийн далд тэмбүү (52.8)	8		Бэлгийн шархлаа (R89)	24			
Төрөлхийн тэмбүү (A50)	Эрт илэрсэн шинэ тэмдэгт төрөлхийн тэмбүү (A50.0)	9	БЗДХ-ын хамшинжийн оношлогоо	Шээсний сувгийн ялгадас (R36)	25			
	Эрт илэрсэн далд төрөлхийн тэмбүү (A50.1)	10		Үтрээний ба умайн хүүзүүний ялгадас (R87.1)	26			
	Хожуу илэрсэн төрөлхийн тэмбүү (A50.5)	11		Үтрээний ялгадас (R87.2)	27			
	Хожуу илэрсэн далд төрөлхийн тэмбүү (A50.6)	12		Хэвлийн доод хэсгийн өвдөлт (R10.3)	28			
Заг хүйтэн (A54)	Заг хүйтэн хүндрээгүй (A54.1)	13			Төмсөг хавдар (N45)	29		
	Заг хүйтэн хүндэрсэн (A54.2)	14			Цавьны булчирхай томрох (R59.0)	30		
	Нярайн нүдний салстын үрэвсэл (A54.3)	15			Нярайн нүдний салстын үрэвсэл (P31.1)	31		
Халдварын эх уурхай				Бэлгийн чиг баримжаа	Гетеросекс	1	Гомосекс	3
Бэлгийн хавьтлаар	Биеэ үнэлэгч	1A			Бисекс	2	Тодорхой бус	4
	Байнгын бэлгийн хавьтал	1B		Онош баталгаажилт				
	Тохиолдлын бэлгийн хавьтал	1C						
Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлсэн		2	Энгийн хурдавчилсан	1	Полимеразын гинжин урвал /PCR/		6	
Эхээс хүүхдэд халдварласан		3	RPR	2	Нойтон түрхэц		7	
Судсаар хар тамхи, мансууруулах бодис тарьж хэрэглэсэн		4	TRNA	3	Наац		8	
Тодорхой бус		5	ФХЗБУ/ELISA	4	Өсгөвөр		9	
Бусад /нэрлэнэ үү/		6	Эмнэл зүй	5				
Тамга	Баталгаажуулсан хүн:							
	Албан тушаал	Нэр	Гарын үсэг					

158

ШИНЭЭР ИЛЭРСЭН СҮРЬЕЭ ӨВЧНИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	
1. Эцэг, эхийн нэр:		2. Өөрийн нэр:	
3. Төрсөн он сар өдөр / /	Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин _____ Тоот _____		8. Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:
Нас []	Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Өвчин эхэлсэн: он сар өдөр / / Эмчид үзүүлсэн: он сар өдөр / / Бүртгэлд авсан: он сар өдөр / /	Эмнэлэгт хэвтсэн: ☐ Тийм ☐ Үгүй Эмнэлэгт хэвтсэн: он сар өдөр / /
Сүрьеэгийн хэлбэр: ☐ Уушгины ☐ Уушгины бус эрхтэний		Онош:	
ХТН: +/-		ӨОУА	
БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй		Өвчтөнг илрүүлсэн байдлыг тэмдэглэ: ☐ Идэвхитэй ☐ Идэвхгүй ☐ Урьдчилан сэргийлэх	
Халдварын эх уурхай: ☐ Халдвартай сүрьеэтэй өвчтөн ☐ Архаг сүрьеэтэй өвчтөн ☐ Тогтоогдоогүй		Оношлогдсон байдал:	
Ам бүл: _____		Насанд хүрсэн	
Хавьтлын үзлэг шинжилгээн хамрагдвал зохих Үзлэг шинжилгээнд хамрагдсан хүний тоо Сорил тавьсан хүүхдийн тоо Сорил 10 мм-ээс дээш эерэг гарсан хүүхдийн тоо Сорил 10 мм-ээс дээш эерэг 0-5 насны хүүхдийн тоо Үүнээс урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан хүүхдийн тоо Хавьтлаас илэрсэн өвчлөлийн тоо		Хүүхэд /0-16 нас/	
ОЭДС-ний мэдээлэл: Эмэнд тэсвэртэй эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй		Эмэнд даслын хэлбэр:	
Урьд өмнө сүрьеэгийн эмчилгээ хийлгэж байсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй		Шинжилгээний дугаар: _____	
Шинжилгээ хийлгэсэн: он сар өдөр / /		Нас барсан огноо: он сар өдөр / / Мэдээлсэн огноо: он сар өдөр / /	
Мэдээлсэн эмч:		Тамга	
Албан тушаал		Нэр	
Гарын үсэг			

ХОРТ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого

РД

Тохиолдлын дугаар:

Бүртгэлийн байдал: Хүлээсэн Баталсан Устгасан

Эцэг, эхийн нэр:

Өөрийн нэр:

Төрсөн он сар өдөр
/ /

4. Нас []

5. Хүйс:

☐ Эрэгтэй

☐ Эмэгтэй

Ажлын газар, албан тушаал

Мэргэжил:

Тогтмол хаяг: Аймаг/хот:

Сум/дүүрэг:

Баг/хороо

Гудамж/Байшин Тоот

Боловсрол:

☐ Бага

☐ Дээд

☐ Дунд

☐ Боловсролгүй

☐ Мэргэжлийн-техникийн

Гэр бүлийн байдал:

☐ Гэрлээгүй

☐ Гэр бүлтэй

Хавдар оношлогдсон огноо:

он сар өдөр
/ /

Хавдрын төлөв:

☐ Байран өмөн - 2

☐ Үсэрхийлсэн

☐ Хортой - 3

Онош:

ӨОУА

Анхдагч хавдрын байрлалын онош:

Бүтэц зүйн онош

М /

Хорт хавдар TNM үе шатны ангиллаар: T – is, 1, 2, 3, 4, X N – 0, 1, 2, 3, X M – 0, 1, X

Эсийн ялгарал:

☐ Өндөр ялгаралтай-1 ☐ Бага ялгаралтай-3

☐ Дунд ялгаралтай-2 ☐ Ялгаралгүй-4

☐ Ялгарлын зэрэг тодорхойгүй-9

Лимфома, лейкогийн эсийн ялгарал:

☐ Т-эсийн – 5, ☐ В-эсийн /pre-B

☐ B-precursor/-6 ☐ Null /non-B/эсийн-7

Анхдагч олон байрлалын хавдар мөн эсэх:

☐ Анхдагч ганц байрлалын хавдар-1

☐ Анхдагч олон байрлалын хавдрын нэг тохиолдол-2

☐ Тодорхойгүй-9

Хос эрхтэнийг хамарсан эсэх:

☐ Баруун-1 ☐ Зүүн-2

☐ Нэг талыг хамарсан боловч ялгаж тусгаагүй-3

☐ Хоёр талын хамарсан-4

☐ Хос эрхтэн бүс-5

Хавдрыг оношилсон шинжилгээ, эмчилгээний мэдээлэл

Бичил харуурын бүс

Бичил харуурын

☐ 0- Нас баралтын гэрчилгээгээр

☐ 1- Эмнэл зүйн бүрдэл шинжээр

☐ 2- Дүрс оношилгоо /КТГ, дуран, рентген, ЭХО, MRI, оношлогооны лапаротом

...../ аль нь болохыг

☐ Лабораторийн оношлуур /цус, хавдрын өвөрмөц маркер, иммунологи...../ аль нь болохыг

доогуур нь зурж-4

☐ 5-Эсийн шинжилгээ

☐ 6-Эдийн шинжилгээ үсэрхийлсэн эдээс /задлан шинжилгээний эд хамаарна/

Хавдрын эмнэл зүйн үе шат: I, II, III, IV ба үүнээс өөрөөр бичигдэх бол: _____				
	Мэс засал	1	Хими+даавар эмчилгээ	8
	Туяа	2	Дархлаа дэмжих эмчилгээ	9
	Хими	3	Даавар эмчилгээ	10
	Мэс засал+туяа	4	Хөнгөвчлөх мэс засал	11
	Мэс засал+хими	5	Бусад хөнгөвчлөх эмчилгээ, тусламж	12
	Туяа+хими+мэс засал	6	Буасд _____	13
	Хими+туяа	7	Эмчилгээнээс татгалзсан	1
Хийгдсэн мэс заслын нэр /Үйлдлийн ОУ-9 ангилалаар тавих, кодлох/				Онош УОУА-9
Мэс засал хийгдсэн эмнэлэг _____				
Холбоо барих утас: _____		Мэдээлсэн огноо: он / сар / өдөр		
Тамга	Мэдээлсэн эмч:			
	Албан тушаал	Нэр	Гарын үсэг	

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-6

Гемодиализ хяналтын карт

Эмнэлгийн нэр, лого

РД			
ЭМД			
Өвчний түүх нээсэн		/ / Он сар өдөр	
Тасгийн нэр			
Өөрийн нэр:			
Эцэг /эх/-ийн нэр			
Төрсөн он сар өдөр / /	Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй Яс үндэс:.....	Гэрлэлтийн байдал: ☐ Гэр бүлтэй ☐ Гэр бүлгүй	Биеийн өндөр: Биеийн жин: Цусны бүлэг: Вирусны маркер: Вакцинжуулалт: ☐ Тийм ☐ Үгүй
Үндсэн захиргаа: Аймаг/хот: Сум/дүүрэг: Утас: Гэрийн.....Ажлын		Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:	
ТӨГСГӨЛИЙН ЭПИКРИЗ			
Үндсэн онош			ӨОУА-10
Дагалдах онош			
Хүндрэл			
Үйлдлийн онош			ҮОУА-9
Бөөр шилжүүлэн суулгасан: он / сар / өдөр Нас барсан: он / сар / өдөр Нийт сеансын тоо		Өвчин эхэлсэн: он / сар / өдөр БАД эхэлсэн: он / сар / өдөр Гемодиализ эхэлсэн: он / сар / өдөр АВ фистул: он / сар / өдөр	
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг		Төвийн эрхлэгч он / сар / өдөр	

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Өвчний түүх:

Амьдралын түүх:

Ам бүл:

Урьд өвчилсөн өвчин эмгэгийн байдал:

Халдварт:

Халдварт бус:

Мэс засал:

АВ ФИСТУЛЫН ТУХАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	
Эцэг /эх/-ийн нэр		Тасгийн нэр	
		Өөрийн нэр:	
Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй Нас	Мэс заслын нэр: АВ фистулын мэс засал		
Клиник онош			Онош
Мэс засал эхэлсэн он сар өдөр цаг минут		Үргэлжилсэн цаг минут	
/ /			
a) End to end			
b) End vein-to-side			
c) Side to side			
d) End artery-to-side vein			
Жич: Дугуйлна уу			
Мэдээгүйжүүлэлт			
Мэс засал хэд дэх удаа	АВ фистул		
	Хүндрэл		
	radiocephalic	brachiocephalic	brachiobasilic
	R..... L.....	R..... L.....	R.... L.....
		Гарсан	Үгүй
Жич: Тийм; R – баруун, L-зүүн; Хүндрэл гарсан бол доор бичнэ үү.			
Тусгай тэмдэглэл			
Мэс засал хийсэн эмч		Сувилагч	

ДИАЛИЗ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ ID

Овог Нэр

Хуурай жин

Диализын оролт /7 хоногт удаа цаг/

Бикарбонатын, ацетатны

Холболт: A-V фистула, дабль гуурс, тунель гуурс, байнгын гуурс

Он сар өдөр / /						
--------------------	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Диализатор ө/жин						
Диализатор д/жин						

Нэмэгдсэн/жин						
---------------	--	--	--	--	--	--

УФ (кг) / ИУФ (кг)						
Беларусь						

Гепарин						
АД/пульс д/емне						

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Клиник шинж тэмдэг						
--------------------	--	--	--	--	--	--

Осуществление						

Эмийн эмчилгээ						
----------------	--	--	--	--	--	--

Эмч						
-----	--	--	--	--	--	--

Сувилагч						
----------	--	--	--	--	--	--

ЭМСаидын 2013 оны 11 сарын 3 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт / 7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр, лого

Эцэг эхийн нэр:		РД		Өөрийн нэр:	
Төрсөн он / сар / өдөр	Нас [] Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Боловсрол: ☐ Бага ☐ Дээд ☐ Дунд ☐ Боловсролгүй ☐ Мэргэжлийн-техникийн			
Нас барсан он / сар / өдөр		Ажлын газар, албан тушаал			
Тогтмол хаяг Аймаг, хот _____ Сум, дүүрэг _____ Баг/хороо _____ Байшин/гудамж _____ Тоот _____		Мэргэжил:			
Нас барсан газар: ☐ Эмнэлэгт ☐ Ор хоног [] ☐ Гэрт ☐ Хээр гадаа ☐ Тээврийн хэрэгсэл ☐ Ажил дээрээ ☐ Бусад		Нас барсан хэлбэр: ☐ Амиа хорлосон ☐ Бусдад хорлогдсон ☐ Үйлдвэрийн осол ☐ Зам тээврийн осол ☐ Бусад осол ☐ Өвчнөөр ☐ Тодорхой бус			
Үхэлд хүргэсэн шалтгаан	а)				
	б)				
	в)				
Үхлийн үндсэн шалтгаан:		ӨУУА-Код			
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдсоноос хойш амьдарсан хугацаа ☐ Жил [] ☐ сар [] ☐ хоног []		Эхийн эндэгдэл мөн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Тийм бол: ☐ Жирэмсэн үе ☐ Төрөх үе ☐ Төрсний дараах үед	Он / сар / өдөр	
Гэрчилгээ олгосон:					
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/	Нэр	Гарын үсэг		
	Гэрчилгээ олгосон эмч:	Нэр	Гарын үсэг		

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-8

ЭМНЭЛГИЙН МАГАДЛАГАА

ЭМД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ 2. Хүйс:(зур) эрэгтэй, эмэгтэй
3. Нас _____ 4. Өвчний түүх (ИЭМД)-ийн дугаар _____
5. Тогтмол хаяг _____
6. Ажлын газар, албан тушаал _____
7. Мэргэжил _____
8. (зур) өвчтэй байсан, өвчтөн асрамжилсан, хөл хоригдсон, эмчид үзүүлсэн, шинжилгээ, ариутгал эмчилгээ, протез хийлгэсэн _____ оны _____ сарын _____ өдрөөс _____ оны _____ сарын _____ өдөр хүртэл (зур) ажлаас, хичээлээс чөлөөлснийг магадлав.
9. Асрамжинд байсан хүний эцэг /эх/-ийн нэр, хэн болох _____
10. Үндсэн онош _____

Тэмдэг _____ он _____ сар _____ өдөр

Ерөнхий эмч _____

Эмчлэгч эмч _____

Маягтын ар тал

СУНГАЛТ

1. _____ оны _____ сарын _____ өдрөөс _____ оны _____ сарын _____ өдөр хүртэл нийт _____ хоногоор сунгав.

Тэмдэг _____ Эмчийн гарын үсэг _____

2. _____ оны _____ сарын _____ өдрөөс _____ оны _____ сарын _____ өдөр хүртэл нийт _____ хоногоор сунгав.

Тэмдэг _____ Эмчийн гарын үсэг _____

3. _____ оны _____ сарын _____ өдрөөс _____ оны _____ сарын _____ өдөр хүртэл нийт _____ хоногоор сунгав.

Тэмдэг _____ Эмчийн гарын үсэг _____

Тайлбар: Маягтыг эмчлэгч эмч олгоно.

Р		ЭМИЙН ЖОР	
Өвчтөний овог	Нэр _____		
Нас	_____	хүйс	_____
Онош	_____		
Рр	_____		
Эмнэлгийн нэр	_____		
Эмчийн нэр, хувийн тэмдэг	_____		
Хаяг, харилцах утас	_____		
	_____ он	_____ сар	_____ өдөр

Ар тал			
ЭМ-ТУН НЬ ТААРВАЛ ЭМ, ТУНГ НЬ ХЭТРҮҮЛБЭЛ ХОР			
Энэхүү жор бичигдсэн өдрөөс хойш 10 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй			
Жорд бичсэн эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан тохиолдолд хүчингүйд тооцно.			
Жорыг дамжуулах, эмийг илүүдэл хэмжээгээр хадгалах нь эмийг зүй бусаар хэрэглэх эрсдэлийг нэмэгдүүлж Таны болон бусдын эрүүл мэндэд халтай.			
Эмчилгээний явцад сөрөг нөлөө илэрвэл эмчид яаралтай хандана уу.			
Гарын үсэг, огноо:	Шалгасан:	Бэлтгэсэн:	Олгосон:
Жор хүлээн авсан:			

АНХААР: Энгийн эмийн жорын маягтыг "Эмийн жорын маягт, жор бичилт" MNS 5376:2011 стандартад заасан загвар, хэмжээтэй хэвлэнэ.

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9Б

P		МАНСУУРУУЛАХ ЭМИЙН ЖОР	
Индекс _____	_____	Нэр _____	_____
Өвчтөний овог _____	_____	Хүйс _____	_____
Нас _____	_____	онош _____	_____
Картын дугаар _____	_____	_____	_____
Rp: _____			
Эмнэлгийн нэр, _____	_____	хаяг, тэмдэг _____	_____
Эмчийн овог _____	_____	Нэр _____	_____
Хаяг, Харилцах утас _____	_____	_____	_____
Эмчийн гарын үсэг _____	_____	_____	_____
Ерөнхий эмчийн гарын үсэг _____	_____	_____	_____
_____ он _____ сар _____ өдөр	_____	_____	_____

Ар тал			
Жор бичих дүрмээс			
Жорын маягтад нэгээс илүү мансууруулах эм бичихгүй.			
Энэхүү жор бичигдсэн өдрөөс хойш 10 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.			
Жорыг мансууруулах эмийн орлого, зарлагын дээгэрт бүртгэнэ.			
Эм хүлээн авсан хүний нэр _____			
хаяг, регистрийн дугаар _____			
гарын үсэг, огноо _____			
Гарын үсэг, огноо _____			
Жор хүлээн авсан:	Бэлтгэсэн:	Шалгасан:	Олгосон:
_____	_____	_____	_____

АНХААР: Мансууруулах эмийн жорын маягт нь үнэт цаас байх бөгөөд ЭМЯ-ны Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хэлтсээс нэгдсэн журмаар хэвлүүлж, түгээнэ.



1Сайдын 2013 оны 11 сарын 45᠔ тоот тушаалаар батл
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-10

ЭМД

РД

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр _____ он _____ сар _____ өдөр _____ Дугаар _____

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ Хүйс: (зур) эр, эм

Зориулалт: (зур) ажилд орох, суралцах, гэр бүл болох, жолоо барих эрх авах,
бусад _____

№	Хийсэн шинжилгээ		Он, Сар, Өдөр	Эмчийн гарын үсэг
	Үзлэг	Онош, дүгнэлт		
1	Дотор			
2	Мэдрэл			
3	Чих, хамар, хоолой			
4	Нүд			
5	Шүд			
6	Мэс засал			
7	Эмэгтэйчүүд			
8	Зүрх, судас			
9	Сүрьеэ			
10	Арьс, харшил			
11	Халдварт			
12	Сэтгэц мэдрэл			
13	Гэмтэл согог			
14	БЗДХӨ			

Ерөнхий эмч (эмнэлэг эрхэлсэн орлогч)-ийн дүгнэлт шийдвэр:

Дүгнэлт, шийдвэр гаргасан _____ он _____ сар _____ өдөр

Амбулаторийн эрхлэгч _____ (тамга)

1627

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.

168

Кабинетын нэр _____

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-11

РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ХЯНАЛТЫН КАРТ

Эмчийн нэр _____ Карт нээсэн _____ он _____ сар _____ өдөр

2-р тал

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

2. Нас _____

3. Хүйс: (зур) эр, эм

4. Төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр

5. Тогтмол хаяг _____

Утас: _____

6. Ажлын газар, албан тушаал: _____

7. Мэргэжил: _____

8. Боловсрол: (зур) бага, дунд, мэргэжлийн болон техникийн дээд, боловсролгүй

9. Хяналтанд авсан шалтгаан (Үндсэн онош) DS: _____

10. Хяналтанд хасагдсан _____ он _____ сар _____ өдөр

Бүлгийн зэрэг: _____

11. Хяналтаас хасагдсан _____ он _____ сар _____ өдөр

Бүлгийн зэрэг _____

12. Хасагдсан шалтгаан: (зур) эдгэрсэн, шилжсэн, нас барсан

Настны эрүүл мэндийн төлөвлөгөө

Үзүүлэлтүүд	Төлөвлөгөө	Хугацаа
Биеийн эрүүл мэнд		
Сэтгэц, танин мэдэхүй		
Үйл ажиллагаа		
Нийгмийн оролцоо		

Хяналтын үечилсэн дүгнэлт

_____ он _____ сар _____ өдөр

Зовиур: _____

Бодит үзлэгээр илэрсэн өөрчлөлт _____

Шинжилгээний өөрчлөлтүүд: _____

Хяналтын үр дүн:

Биеийн байдал: хэвэндээ, сайжирсан, дордсон, сэдэрсэн

Бүлгийн шилжилтийн байдал: (зур) I, II, III, IV, V

ДҮГНЭЛТ: _____

Цаашид хэрэгжүүлэх арга хэмжээ, заалт: _____

Эмчийн нэр: _____

10-15-р тал

Он сар өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Эмчилгээний заалт

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

--	--	--	--	--

Энэ айдан 2013 оны 11 сарын 4-ийн тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн хаягт АМ-12А

ЭМНЭЛЭГ ХЯНАЛТЫН КОМИССООР ОРОГЧДЫН БҮРТГЭЛ

[illegible]

Эмнэлгийн нэр: _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-12Б

172

Эмнэлгийн код:

--	--	--	--	--	--

КОМИССЫН ШИЙДВЭР

Дугаар № _____

Тамга тэмдэггүй, засвартай бол хүчингүй

_____ оны _____ сарын _____ өдөр

_____ аймаг /хот/-ийн _____ сум /дүүрэг/-ын _____ баг

/хэсэг/хороо/-ийн харьяат

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

Ажлын газар: _____

Эргэжил: _____

Онош: _____

Үндэслэн: _____ КОМИССООС ТОГТООХ НЬ:

Маягтын ар тал

Шиидвэр: _____

Комиссын дарга: _____

Тэмдэг

Нарийн бичгийн дарга: _____

Гишүүд: 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13А

Бүртгэлийн код

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЭМД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЭМНЭЛЭГТ ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм
Шилжүүлж буй эмнэлгийн нэр _____
3. Тогтмол хаяг: _____
4. Ажлын газар, албан тушаал: _____
5. Шилжүүлж буй эрүүл мэндийн байгууллагад хийгдсэн шинжилгээ (шинжилгээний гол өөрчлөлтийг бичнэ)

ЦЕШ

ШЕШ

Биохими

Рентген

Бусад

6. Шилжүүлж буй эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээний үр дүн, өвчтөний биеийн байдал

7. Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ.)

Онош: _____

8. Дараагийн шатлалын эмнэлэгт явуулж буй үндэслэл: (зур) 1. онош тодруулах 2. эмчилгээ хийх

Тэмдэг

Ерөнхий эмч

Эмчлэгч эмч

_____ он _____ сар _____ өдөр

ЭМСайдын 2009 оны тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13Б

ЭМНЭЛГЭЭС ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

Эмчилгээ оношлогоо хийлгэсэн эмнэлгийн нэр _____

Онош: _____

Хийгдсэн эмчилгээ:

1

2

3

4

Эмнэлгээс гарах үеийн биеийн байдал: _____

Өвчтөнд өгсөн зөвлөгөө

Эмийн эмчилгээ _____

Эмийн бус эмчилгээ _____

Хүлээн авч буй эрүүл мэндийн байгууллагад өгөх зөвлөмж: _____

Шилжүүлж буй эмчийн нэр Хувийн тамга

_____ он _____ сар _____ өдөр

175

ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙН ХЯНАЛТЫН ХӨТӨЧ КАРТ №

РД
ЭМД

ХС АЙМАГ, СУМ, БАГ, ХОРОО _____
ЭМНЭЛЭГ _____

ХӨТЛӨХ ЗААВАР: Жирэмсэн эмэгтэйд энэ хөтөчийг хөтөлнө.

-(*) тэмдэглэгээтэй хэсгийг нөхөж бичнэ.

-(□) Цагаан байгаа нүд бүрийг заавал үзэж тэмдэглэнэ.

-(**) тэмдэглэгээтэй хэсгийг Тийм бол (Т), Үгүй бол (Ү) гэж. Тодруулах шаардлагатай үзүүлэлтүүдийг эхний хүснэгтэнд байгаа тэмдэглэгээний дагуу тэмдэглэнэ.

-Шаардлага үзлэг шинжилгээг (Чанд авиа. Зүрхний бичлэг. Элэгний шинжилгээ ... гэх мэт) хугацаа харгалзахгүй хийж. Бусад гэсэн хэсгэт эсвэл арын нэмэлт хуудсанд тэмдэглэнэ.

I. ЛАВЛАГААНЫ ХЭСЭГ

1. *Овог _____
дэг /эх/-ийн нэр _____
Нэр _____

2. *Төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр

3. Жирэмсэн эмэгтэйн цусны бүлэг
1-р бүлэг ☐ 2-р бүлэг ☐ 3-р бүлэг ☐ бүлэг ☐
резус бүлэг эерэг ☐ эрэг ☐

4. *Яс үндэс _____

5. *Тогтмол хаяг, эгрийн болон гар утас _____

6. *Ажлын газар. Албан тушаал. Утас _____

7. *Эргэжил _____

8. Боловсролын байдал **

Боловсролгүй ☐
Бага ☐
Дунд ☐
Мэргэжлийн болон техникийн ☐

Дээд ☐
9. Нийгмийн байдал ☐
Нэн ядуу ☐
Ядуу ☐
Боломжийн амьдралтай ☐

10. Ажил эрхлэлт
Ажилчин ☐
Албан хаагч ☐
Малчин ☐
Оюутан сурагч ☐
Тэтгэвэр ☐
Ажилгүй ☐
Бусад ☐
Хувийн хэвшлийн ☐
11. Гэр бүлийн байдал
Нөхөртэй ☐
Хамтран амьдрагчтай ☐
Нөхөргүй ☐

*Ажлын нөхцөл
Ердийн ☐ Хүнд ☐ Хортой ☐
* Ам бүлийн тоо

II. ӨМНӨХ ЖИРЭМСЛЭЛТ, ТӨРӨЛТИЙН БАЙДАЛ*

176

Хэд дэх жирэмслэлт	Он	Жирэмсний төгсгөл (үр хөндөлт, зулбалт, төрөлт алин болохыг бич)	Жирэмсний хүндрэл	Төрөлтийн хүндрэл	Төрсний дараах	Хүүхдийн жин, хүйс, амьд эсэх
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Эрсдлийн бүлэг	Он	Нөлөөлөх хүчин зүйлс	Жирэмсний хугацаа (долоо хоногоор)				
			Анх удаа	20	28	32	36
Огноо							
А. I Эм биологийн хүчин зүйлс		20-иос доош, 30-аас дээш насны тулгар төрөгч					
		5 ба түүнээс олон төрсөн эх					
		150 см ба түүнээс намхан					
		Жирэмсэн биш үеийн биеийн жин 40 кг бага, 80 кг-аас их					
		35-аас дээш насны давтан төрөлт					
		Нэн ядуу жирэмсэн эх					
		Байнга тамхи татдаг, Архи уудаг, Мансууруулах бодис хэрэглэдэг					
		Жирэмслэхээс өмнөх нэг жилд жирэмслэхээс сэргийлэх арга хэрэглэж байсан эсэх (Ерөндөг-Е, Уух эм-У, Тарилга-Т, Суулгац-С, Бэлгэвч-Б, Бусад арга- Б/А, Үгүй- Y гэж тэмдэглэнэ)					

	Өмнөх жирэмслэлт, төрөлт, төрсний дараах үед цус алдаж байсан O20						
	Өмнөх жирэмслэлт, төрөлтийг мэс засал, мэс ажилбараар төгссөн (кесар, хавчуураар төрсөн, умдагны үеэр салсан, бусад)						
Б. Эх барихын үжиг дурдатгал	Өмнөх жирэмсэлтийн үед манаас таталтын урьдал, манаас таталт O15, үжил халдаар O85-O86 -аар хүндэрсэн						
	Зуршсан зулбалт-O03, үр хөндөлт-O04, дутуу төрөлт-O60, умайн гаднах жирэмсэлт-O00, цулцант хураа-O01						
	Ураг, нярай нь эндэж байсан (жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед)						
	Эрхтэн тогтолцооны гажигтай болон оюун санааны эмгэгтэй хүүхэд төрүүлж байсан						
	Эмэгтэйчүүдийн мэс ажилбар хийгдэж байсан-умайн хавдар авахуулсан, хязанд мэс ажилбар хийгдсэн бусад						
	Үргүйдэлтэй байсан N97						
	Нөхөн үржихүйн эрхтний гажиг хөгжил						
Цагтгал	Зүрх судасны өвчин: Артерийн даралт ихсэх өвчин- I10-I15, хэрлэг-I 00 -I 09, төрөлхийн гажиг-Q20-Q28, бусад-I20-I99						
	Амьсгалын замын өвчин: Багтраа- J45, Хатгалгаа-J20-J18, бусад-J00-J99						
	Ходоод элэг цэсны өвчин: Ходоодны шархлаа- K25, элэгний архаг үрэвсэл K73, элэгний хатуурал K74, бусад- K00-K93						
	Бөөр, шээсний замын өвчин N00-N39: Өрөөсөн бөөртэй Q60, гидронефроз-Q61, нефрит- N10-N16, бөөрний хурц ба архаг дутагдал- N17-N19						
	Дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчин: Бамбайн эмгэг E00-E07, Чихрийн шижин E10-E14, Тураал, хоол тэжээлийн дутагдал E40-E46, аминдэм эрдэс бодисын дутагдал E50-E64, бусад E65-E68						

В. Эрхтэн тогтолцооны өвчний дүг	Цусны өвчин: Цус багадлын 2,3-р зэрэг D50-D53, цусны бусад өвчин D55-D77					
	Хөхний болон эмэгтэйчүүдийн өвчин: Хөхний эмгэгүүд N60-N64, дайяруудын үрэвсэл N70, умай умайн хүүзүүний үрэвсэл-N71-N72, эндомиетроз N80, бусад N70-N99					
	Халдварт өвчин: Сүрьеэ-А15-А19; тэмбүү-А51-А52; заг хүйтэн- А54; трихомоназ- А59, хламид-А 70-А74 , элэгний хурц үрэвсэл- В15-В19, бэлгийн эрхтний хомхой- А60, бусад А64					
	Нүдний өвчин H00-H59: холын харалган-2,3-р зэрэг H53, нүдний даралт ихдэлт H40-H42, бусад					
	Сонсголын эрхтний эмгэг: H60-H95					
	Сэтгэцийн өвчин F00-F99					
	Мэдрэлийн өвчин G00-G99					
	Холбогч эдийн өвчин: L00-L99, M00-M99					
	Удамшлын өвчин Q00-Q99					
	Хавдар C00-D48					
	Харшил өгдөг эсэх: Юунд:					
Г.Тухайн жирэмсний үеийн хүндрэлтэй	Жирэмсний эрт үеийн хордлогын хүнд хэлбэр O21					
	Жирэмсний үеийн цус алдалт O20					
	Манас таталтын урьдал O15					
	Ургийн буруу байрлал O21					
	Ургийн гаж хөгжил O35					
	Ихэр жирэмсэн O30					
	Ураг орчмын шингэний ихдэлт O40					
	Ураг орчмын шингэний багадайт					
	Ургийн өсөлтийн саатал P05					
	Ургийн бүтэлт P20					

Биений юмны талаарх асуумж

*Анх хэдэн насанд ирсэн ☐

* Одоо хэд хоноод ирдэг ☐

Хэд хоног үргэлжилдэг ☐

Сүүлийн биений юм хэзээ ирсэн ☐

III. Одоогийн ЖИРЭМСНИЙ ЯВЦ

1 * Хэд дэх жирэмсэн	2 Хяналтанд авсан он, сар, өдөр	3 * Хяналтанд орох үеийн жирэмсний хугацаа	4 *Хичээлд суусан удаа	5 *Онцгой хяналтанд авсан он, сар, өдөр	6 *Онцгой хяналтанд авсан шалтгаан	7 Урьдчилсан төрөх хугацаа	8 *Амралт авсан огноо	9 Жирэмсний төгсгөлийн онош,

IV. ЭНЭ ЖИРЭМСНИЙ ХУГАЦААНД ХИЙГДСЭН ҮЗЛЭГ, ШИНЖИЛГЭЭ

Заавар:

1. Үзлэг хийхийн өмнө үйлдлийн талаар заавал тайлбарлана.
2. Үйлчлүүлэгчийн асуусан асуултанд хариулна.
3. Үзлэг хийхдээ үйлчлүүлэгчийн нууцлалыг хадгалсан орчинд хийнэ.
4. Хэрэв үйлчлүүлэгчид ямар нэг ажилбар хийхээр шийдвэрлэвэл заавал тайлбарлаж, зөвшөөрөл авсан байх шаардлагатай
5. Шаардлагатай тохиолдолд үзлэг, шинжилгээг хугацаа харгалзахгүй шийдвэрлэнэ

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

Жирэмсний явцыг удирдах /шийдвэрлэх төлөвлөгөө	Эмчилгээ 179
Эхний үзлэгээр _____	_____
_____	_____
_____	_____
Үзлэг №2 _____	_____
_____	_____
_____	_____
Үзлэг №3 _____	_____
_____	_____
_____	_____
Үзлэг №4 _____	_____
_____	_____
_____	_____
Үзлэг №5 _____	_____
_____	_____
_____	_____
Үзлэг №6 _____	_____
_____	_____
_____	_____

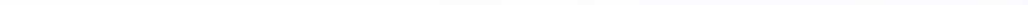
Огноо	Мэргэжлийн чиглэл	Онош	Эмчилгээ	Гарын үсэг
	Дотор			
	Нүд			
	Шүд			
	Мэдрэл			
	Сүрьеэ			
	БЗДХ			
	Бусад			

Илүү тээлт									
Төрөх үеийн өвдөлтийг бууруулах аргууд									
Төрсний дараа үе									
Нярайн асаргаа									
Гэр бүл төлөвлөлт									
Халдварт өвчин илэрсэн бол холбогдох зөвлөгөөг өгөх									
Дараагийн ирэлтийг товлосон хугацаа									
Зөвлөгөө авсан жирэмсэн эхийн гарын үсэг									
Эмчийн гарын үсэг									

ЧАНД АВИАН ШИНЖИЛГЭЭ

	I	II	III	IV
Үзлэгийн дугаар				
Сар өдөр				
Үзүүлэлтүүд				
Ургийн цэвэрүүний дундаж хэмжээ				
Зулай ахар сүүлний хэмжээ /КТР/				
Толгойн хөндлөн хэмжээ /БПР/				
Дунд чөмөгний үрт /ДБК/				
Хэвлийн тойрог				
Толгойн тойрог				
Ургийн бөйрлэл				
Түрүүлсэн хэсэг				
Ургийн зүрхний цохилт				
Эхсийн бөйжилт				
Усны хэмжээ индексээр				
Ясжилтын цэг				
Ургийн эрхтэн тогтолцооны бүтэц зүйн өөрчлөлт				
Хүйн тогтоц				
Онош, онцгой тэмдэглэл				
Бусад эрхтэн				
Эмчийн гарын үсэг				

150



Тэмдэглэл _____

[illegible]

9. Төрсний дараах өдөртөө (зур) : гарсан, шилжсэн

10. Гарх үеийн эхийн биеийн байдал _____

11. Эх, хүүхдэд өгсөн зөвлөгөө: _____

12. Их эмчийн гарын үсэг _____

13. Эмнэлгээс гарсан _____ он _____ сар _____ өдөр

Он, сар, өдөр
Жир. Хугацаа
Биеийн жин

Ургын зүрхний цохилт																																										
Артерийн даралт																																										
Умайн ёроолын өндөр см-ээр																																										
220	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	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42					
200																																										
180																																										
160																																										
150																																										
140																																										
130																																										
120																																										
110																																										
100																																										
90																																										
80																																										
60																																										
40																																										
45																																										
35																																										
30																																										
25																																										
20																																										
15																																										

Умайн ёроолын
өндөр см-ээр

Шинжилгээний хариу

Шээсний ерөнхий шинжилгээ	I	II	III	Цусны ерөнхий шинжилгээ	I	II	III	Үтрээний наалдац	I	II	III
Он, сар, өдөр				Он, сар, өдөр				Он, сар, өдөр			
Хэмжээ				Гемоглобин				Лейкоцит			
Өнгө				Эритроцит				Трихмоноцит			
Цэсний пигмент				Лейкоцит				Гонокок			
Хувийн жин				Тромбоцит				Бактери			
Уураг				Моноцит				Цаваршил, зэрэг			
Эпители эс				СОЭ				Серологийн шинжилгээ			
Бактери								Он, сар, өдөр			
Лейкоцит								Тамбугу			
								ДОХ/ХДХВ/			

Жирэмснийг хянасан: зур (ЗБЗ-ийн эмч, өрхийг эмч)-ийн нэр: _____

57. Эмнэлгээс гарсан, цэвэржсэн, нас барсан (зур)

58. Эмэгтэй дээд шатгалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн: 1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр

60. Ор хоног _____ цаг _____ хоног _____ цаг _____ минут _____ минут

61. Эмгэг анатомийн шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Орсон 2. Ороогүй

62. Эмгэг судлалын шинжилгээний онош _____

УА-10-аар кодлох _____ ӨО

63. Онош тохирсон эсэх: 1. Тохирсон 2. Тохироогүй (зур)

64. Тохироогүй бол:

1. Үндсэн оношоор 2. Дагалдах оношоор 3. Хүндрэлээр (зур)

65. Эх барихын шалтгаантай эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

66. Хожимдол (сонгоно уу): 1. 2. 3

67. Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

68. Биеийн жин: _____ гр, өндөр: _____ см

69. Нярайн байдал: амьд, амьгүй, нас барсан (зур)

70. Амьд бол 1 минутын дараах Алгарын үнэлгээ: _____

71. Амьд бол 5 минутын дараах Алгарын үнэлгээ: _____

72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1 Эмч дуудсан хугацаа _____ сар, _____ өдөр, _____ цаг, _____ минут

72.3 Төрөөн хугацаа _____ сар, _____ өдөр, _____ цаг, _____ минут

72.4 Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа _____

72.5 Эмч очсон хугацаа _____ сар, _____ өдөр, _____ цаг, _____ минут

72.6 Төрөөн хугацаа _____ сар, _____ өдөр, _____ цаг, _____ минут

Мэдээлсэн их эмчийн нэр: _____

Мэдээлсэн он сар өдөр: _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур)
1.1. Хүндэрсэн 1.2. Эндсэн

2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар: (зур) 2.1. Гэрт 2.2. Сумын эмнэлэгт

2.3. Аймаг, хотын эмнэлэгт 2.4. Хувийн эмнэлэгт 2.5. Бусад _____

3. Нас _____

4. Ам бүл: _____

5. Гэр бүлийн байдал: (зур) гэрлээгүй, хамтран амьдрагч, гэрлэсэн, гэрлэсэн/тусдаа, салсан, бэлбэсэн, модорхойгүй _____

6. Боловсрол: (зур) боловсролгүй, бага, дунд, мэргэжлийн болон техникийн, дээд, модорхойгүй _____

7. Нийгмийн байдал: ажилтай, ажилгүй, малчин, оюутан, сурагч, бусад

8. Эмнэлэгт хэвтсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

9. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн биеийн байдал: (зур) хөнгөн, дунд, хүндэвтэр, хүнд, маш хүнд, бусад _____

10. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн: Онош: _____

Хүндрэл: _____

Хавсарсан өвчин: _____

11. Биеийн жин _____ кг 12. Өндөр _____ см

13. Цусны даралт: б _____ з _____ судасны цохилтын тоо _____

14. Хийгдсэн шинжилгээ:

14.1. Цусны ерөнхий шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.2. Шээсний шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.3. Биохимийн шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.4. Хэт авиан шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.5. Рентген шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.6. Зүрхний бичлэг: 1. Тийм 2. Үгүй

14.7. Каоулограмм: 1. Тийм 2. Үгүй

14.8. Компьютер томограф: 1. Тийм 2. Үгүй

14.9. Бусад бичих: _____

15. Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)

16. Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)

17. Өмнөх жирэмслэлт хэдэн онд байсан бэ? _____

- 45.6. Умайн урагдал
- 45.7. Ихэс түрүүлэгч
- 45.8. Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох
- 45.9. Ихэс саатах
- 45.10. Төрөх хүчний гажуудал
- 45.11. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
- 45.12. Ураг орчмын шингэний бөглөрөлт
- 45.13. Хавсарсан өвчин
- 45.14. Бусад (нэрлэ)
46. Цус алдалтын шалтгаан
 - 46.1. Үр хөндөлтийн улмаас цус алдсан
 - 46.2. Умайн гаднах жирэмсэн
 - 46.3. Ихэс түрүүлэх
 - 46.4. Ихэс шигдэх
 - 46.5. Ихэс ховхрох
 - 46.6. Ихсийн хэсэг үлдэх
 - 46.7 Төрөх замын зөөлөн эдийн урагдал
 - 46.8. Умай урагдсан
 - 46.9. Төрсний дараах цус алдалт
 - 46.10. Эх барихын бусад цус алдалт
 - 46.11. Бусад (нэрлэ)
47. Халдвар
 - 47.1. Үр хөндөлттэй холбоотой
 - 47.2. Төрөх үеийн умайн салстын үрэвсэл
 - 47.3. Ургийн шингэн цагаас өмнө гарч халдварлах
 - 47.4. Кесар хагалгааны дараах халдвар
 - 47.5. Умайн хөндийг цэвэрлэснээс үүдэлтэй халдвар
 - 47.6. Пиегонефрит
 - 47.7. Томуу төст өвчин
 - 47.8. Бусад системийн халдвар үрэвсэл/ужил
 - 47.9. Бусад (нэрлэ)
48. Эх хүндэрсэн тохиолдолд ямар нэгэн эрхтэн системийн үйл ажиллагааны алдагдал байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
49. Зүрх судасны үйл ажиллагааны алдагдал
 - 49.1. Шок (зүрх судасны хурц дутагдал)
 - 49.2. Судас нарийстагч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
 - 49.3. Зүрх зогсох

- 26.1^т тусад
27. Одоогийн жирэмсний хүндэрэл:
 - 27.1. Хүндэрэлгүй
 - 27.2. Эрт үеийн хордлого
 - 27.3. Хожуу хордлогын хөнгөн хэлбэр (манас таталтын урьдлын)
 - 27.4. Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр (манас таталтын урьдлын)
 - 27.5. Манас таталт
 - 27.6. Цус алдалт
 - 27.7. Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж
 - 27.8. Ихэс түрүүлэгч
 - 27.9. Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох
 - 27.10. Ураг орчмын шингэний ихдэлт
 - 27.11. Ураг орчмын шингэний багдалт
 - 27.12. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
 - 27.13. Хавсарсан өвчин
 - 27.14. Ургийн эмгэг (бүтэлт, өсөлтийн саатал)
 - 27.15. Бусад (нэрлэ)
28. Жирэмсэн үед тусламж үзүүлсэн газар:
 - 28.1. Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
 - 28.2. Аймаг, хотын эмнэлэгт
 - 28.3. Сумын эмнэлэгт
 - 28.4. Хувийн эмнэлэгт
 - 28.5. Бусад (нэрлэ)
29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
 - 29.1. Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
 - 29.2. Аймаг, хотын эмнэлэгт
 - 29.3. Сумын эмнэлэгт
 - 29.4. Гэрт
 - 29.5. Хувийн эмнэлэгт
 - 29.6. Тээвэрлэх үед
 - 29.7. Бусад
30. Төрөлт удирдсан хүн:
 - 30.1. Эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлийн эмч
 - 30.2. Бусад мэргэжлийн эмч
 - 30.3. Эх баригч
 - 30.4. Бага эмч
 - 30.5. Эмнэлгийн бүс хүн

18. Өмнөх жирэмсний төлөгөл:
 - 18.1. Эрт үеийн зулбалт
 - 18.2. Хожуу үеийн зулбалт (халдварлагдсан, халдварлагдаагүйг зурах)
 - 18.3. Үр хөндөлт
 - 18.4. Умайн гаднах жирэмслэлт
 - 18.5. Дулуу төрөлт
 - 18.6. Гүйцэд төрөлт
 - 18.7. Илүү тээлттэй төрөлт
 - 18.8. Төрөөгүй (шалтгааныг бичих)
19. Өмнөх жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараа болон үр хөндөлттэй холбоотой ямар нэгэн хүндрэл байсан уу? 1. Тийм 2. Үгүй
20. Жирэмсний хяналтанд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
21. Жирэмсний хяналтанд анх орсон хугацаа: долоо хоногээр _____
22. Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн: _____
23. Жирэмсний хяналтанд байсан газар:
 - 23.1 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн төв
 - 23.2 Улаанбаатар хот, ЭХЭМҮТ
 - 23.3 Аймгийн эмнэлэгт
 - 23.4 Сумын эмнэлэгт
 - 23.5 Хувийн эмнэлэгт
 - 23.6 Бат
24. Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин
 - 24.1 Эх барих эмэгтэйчүүд
 - 24.2 Өөр мэргэжлийн их эмч
 - 24.3 Эх баригч
 - 24.4 Бага эмч
25. Жирэмсэн үед жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үеийн тухай эрүүл мэндийн хичээл сургалтанд оролцсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
26. Энэ жирэмсний үе дэх хавсарсан өвчин:
 - 26.1. Хавсарсан өвчингүй
 - 26.2. Халдварт ба шимсгэнт зарим өвчин
 - 26.3. Хавдар
 - 26.4. Цус, цус бүтээх эрхтний өвчин
 - 26.5. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчин
 - 26.6. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин
 - 26.7. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
 - 26.8. Амьсгалын тогтолцооны өвчин
 - 26.9. Хоол шингээх тогтолцооны өвчин
 - 26.10. Шээс, бэлгэсийн тогтолцооны өвчин

- 49.4. Хүнд хэлбэр...-ийн гипоперфузи (пакат>5 ммол/л эсвэл 45 мг/дл)
- 49.5. Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (pH<7.1)
- 49.6. Зүрх, уушгины амилуулалт
50. Амьсгалын эрхтний үйл ажиллагааны алдагдал
- 50.1. Цочмог хөхрөлт
 - 50.2. Таталдсан амьсгал (үхлийн өмнөх амьсгал)
 - 50.3. Амьсгал хэт олшрох (амьсгал нэг минутанд >40 олон)
 - 50.4. Амьсгал хэт цөөрөх (амьсгал нэг минутанд <6 цөөн)
 - 50.5. Хүнд хэлбэрийн гипоксеми (PaO2/FiO2<200 эсвэл O2-ийн ханамж 60 минутас дээш хугацаанд 90%-с бага байх)
- 50.6. Мэдээгүйжүүлэгтэй холбоогүйгээр цагаан мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьж амьсгалуулах
51. Бөөрний үйл ажиллагааны алдагдал
 - 51.1 Шингэн салбэлт эсвэл шээс хөөх эмчилгээнд үр дүнгүй шээс багасах
 - 51.2. Бөөрний цочмог дутагдлын үед диализ хийсэн
 - 51.3. Цочмог хүнд хэлбэрийн азотеми (креатинин>300 ммоль/мл эсвэл 3.5 мг/дл буюу түүнээс их)
 52. Бүлэгнэлт, гематологийн алдагдал
 - 52.1. Бүлэгн үүсэхгүй
 - 52.2. Цус эсвэл улаан эс их хэмжээгээр салбэх (5 нэгжээс дээш)
 - 52.3. Цочмог, хүнд хэлбэрийн ялтсын цөөрөл (50,000 ялтс/мл-с бага)
 53. Элэгний үйл ажиллагааны алдагдал
 - 53.1. Манас таталтын урьдалтай үед шарлах
 - 53.2. Цочмог, хүнд хэлбэрийн хурц гипербилирубинеми (билирубин>100 ммоль/л-ээс 6.0 мг/дл-с их)
 54. Мэдрэлийн үйл ажиллагааны алдагдал
 - 54.1. Удаан хугацаагаар ухаангүй байх (12 цаг болон түүнээс дээш хугацаагаар үргэлжилсэн дугжраа)
 - 54.2. Цус харвалт
 - 54.3. Эпилепсийн байдал/хянаж чадахгүй байгаа таталт
 - 54.4. Бүтэн саажилт (тархмал)
55. Умайн үйл ажиллагааны алдагдал
- 55.1. Умайг авахад хүргэсэн цус алдалт эсвэл халдвар: 1. Тийм 2. Үгүй
56. Клиникийн төгсгөлийн онош: _____

ӨОУА-10-аар кодлох _____

30.6. Төрөлтөн, оролцсон хүнгүй

31. Эхийн жирэмсний үндс (долгоо хоногоор): _____

32. Одоогийн жирэмсний төгсгөл:

32.1. Эрт үеийн зулбалт

32.2. Хожуу үеийн зулбалт (халдварлагдсан, халдварлагдаагүйг зурах)

32.3. Үр хөндөлт

32.4. Умайн гаднах жирэмслэлт

32.5. Дулуу төрөлт

32.6. Гүйцэд төрөлт

32.7. Илүү тээлттэй төрөлт

32.8. Төрөөгүй (шалтгааныг бичих)

33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан өдөр (зур): _____ он _____ сар _____ өдөр

34. Төрөлтийн хэлбэр (ажилбар)

34.1. Төрөх замаар

34.2. Вакум таталт

34.3. Хавчуур

34.4. Кесар хагалгаа

35. Умай алшаах тариа хэрэглэсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

36. Төрөлтийн үед умай алшаах тариаг хэзээ хэрэглэсэн:

36.1. Төрөлтийн 1-р үе

36.2. Төрөлтийн 2-р үе

36.3. Төрөлтийн 3-р үе

36.4. Төрсний дараа

37. Үр хөндөлтийн хэлбэр (ажилбар):

37.1. Эмийн аргаар үр хөндүүлэх

37.2. Умайн хөндийгөөс соруулах

37.3. Умайн хөндийг хусах

38. Мэс засал хийгдсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

39. Мэс засал хийх болсон заалт:

39.1. Үр хөндөлтийн үеийн хүндрэл

39.2. Халдварлагдсан зулбаа

39.3. Умайн гаднах жирэмсэн

39.4. Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр

39.5. Манас таталт

39.6. Цус алдалт (умайн алшилт суларснаас)

39.7. Ихэс түрүүлэлт

39.8. Умайн тулгамдсан урагдал

39. Тавтан кесар хагалгаа

39.10. Төрөх замын саатал

39.11. Ужил халдвар

39.12. Ургийн талын заалттай бол бичнэ үү (_____)

39.13. Бусад (нэрлэ)

40. Төрөх үеийн мэс ажилбар, мэс заслын тусламж:

40.1. Ихэс гардах

40.2. Умайн хөндийг гараар шалгах

40.3. Умайн хөндийг багажаар шалгах

40.4. Төрөх замын зөөлөн эдийн урагдал оёх

40.5. Хавчуур

40.6. Вакуум

40.7. Ураг эвдэх

40.8. Кесар хагалгаа

40.9. Умайг үтрээн дээгүүр авах

40.10. Умайг бүхэлд нь авах

40.11. Бусад (нэрлэ)

41. Цус алдсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

42. Алдсан цусны хэмжээ (мл-р): _____

43. Юүлсэн цусны хэмжээ (мл-р): _____

44. Эх ноцтой хүндэрсэн эсвэл эндсэн үе (зурах)

44.1. Эрт үеийн зулбалт

44.2. Хожуу үеийн зулбалт

44.3. Жирэмсэн үед

44.4. Төрөх үед

44.5. Төрсний дараа

44.6. Өсөлтгүй жирэмсэн

44.7. Умайн гаднах жирэмсэн

44.8. Үр хөндөлтийн үед

44.9. Үр хөндсөний дараа

44.10. Бусад (нэрлэ)

45. Төрөх, төрсний дараах үеийн хүндрэл

45.1. Хожуу хордлогын хөнгөн хэлбэр

45.2. Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр

45.3. Манас таталт

45.4. Цус алдалт

45.5. Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж

105

Эмнэлгийн нэр: _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18

Эмнэлгийн код:

--	--	--	--	--	--

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХ

Эмнэлгийн нэр _____

Нэр _____ Нас: _____ РД

--	--	--	--	--	--	--	--

Тогтмол хаяг: _____

Утас _____
Ажлын газар, албан тушаал _____
Мэргэжил _____

Боловсрол	Бага	1
	Дунд	2
	Мэргэжил-техникийн	3
	Дээд	4
	Боловсролгүй	5

Эмнэлэг	Он	Сар	Өдөр	Цаг
Хэвтсэн				
Үр хөндүүлсэн				
Гарсан				

Гэрлэлтийн байдал	Гэрлэсэн	1
	Гэрлээгүй	2

Ор хоног

--	--	--

Энош	Хэвтэх үеийн	
	Үндсэн	
	Хүндрэлийн	

Биеийн юм _____ насандаа ирсэн _____ хоноод _____ хоног үргэлжилнэ.

Биеийн юмны хэмжээ	Бага	1
	Хэвийн	2
	Элбэг	3
	Өвдөлттэй	4
	Өвдөлтгүй	5

Сүүлийн биеийн юм ирсэн _____ он _____ сар _____ өдөр

Жирэмслэхээс /зур/ хамгаалдаг, үгүй

Хамгаалдаг арга _____

Хэд дэх жирэмслэлт _____ Үүнээс гүйцэд төрсөн хүүхэд _____ зулбасан _____

Үр хөндүүлсэн удаа _____

Сүүлийн жирэмслэлт _____ онд Төгсгөл: /зур/ гүйцэд, дутуу төрсөн, зулбасан, үр хөндүүлсэн

Үр хөндүүлсэн бол шалтгаан _____

Одоогийн үр хөндүүлж буй шалтгаан _____

..... ар тал

Бодит үзлэг (Амьсгал, зүрх судас, хоол шингээх, шээс бэлгийн тогтолцоо)

Үтрээний үзлэг

Онош:

Ураг хөндүүлсэн тухай тэмдэглэл:

Алдсан цус _____ мл. Ажилбарын үргэлжилсэн хугацаа _____

Ажилбарын дараах үе: _____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлэг

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____
2. Нэр _____
3. Нас _____ 4. Хүйс /зур/ Эрэгтэй, Эмэгтэй
5. Яс үндэс _____
6. Тогтмол хаяг _____

7. Брын газар _____

8. Албан тушаал _____

9. Мэргэжил _____ 10. Боловсрол: /зур/ бага, дунд, мэргэжлийн болон
техникийн, дээд, боловсролгүй

10. Карт нээсэн _____ он _____ сар _____ өдөр хаасан _____ он _____ сар _____ өдөр

[illegible]

3-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

4, 16-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

Эмнэлгийн нэр: ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 4-р тоот тушаалаар батлав, AM-21A

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____ овогтой _____ нэр
Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм
Онош _____

Шээсний шинжилгээ

1. Шээсний ерөнхий шинжилгээ
2. Амбуржийн сорил
3. Зимницкийн сорил
4. Ничепоренкогийн сорил
5. Аддис-Каховскийн сорил
6. _____

Эмчийн нэр _____ /...../

200_оны_сарын_өдөр

Ар тал

Зөвлөмж

1. Маш сайн угааж цэвэрлэж хатаасан, өргөн амтай, шилэндээ тохирсон таглаатай, бараан биш шилэнд өглөөний өлөн үед авсан шээсийг хөөсрүүлж сэгсрэхгүй авчирна.
2. Шээсний ерөнхий шинжилгээ өгөхийн өмнө бэлэг эрхтэнээ сайтар угаасны дараа тусгай бэлдсэн шилэндээ шээснийхээ дунд хэсгээс 100-200 мл шээс авна.

Танд баярлалаа

Эмнэлгийн нэр: ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 15-р тоот тушаалаар батлав, AM-21B

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____ овогтой _____ нэр
Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм
Онош _____

- Судасны цусны шинжилгээ
1. Элэгний үйл ажиллагаа (АЛП, АСАТ, Билирубин, тимол, сульма)
 2. Бөөрний үйл ажиллагаа (мочевин, креатинин, үлдэгдэл азот)
 3. Микроэлементүүд (Na, K, Cl, Ca, Fe, Mg, P)
 4. Бусад (сахар, уураг, альбумин, холестерин, липид)
 5. Өвөрмөц /АСЛО, РФ, С реак-уураг, ЛЕ эс/
 6. Иммуны шинжилгээ /IgA, IgM, IgG/
 7. Альфа амилаза
 8. Фермент /КК, ГГТ, ШФ, КФ, ЛДГ/
 9. Коагулограмм /PT, TT, АРТВ, Фибриноген/
 10. Хеликобактери /H pylori/
 11. Серологи /RPR/
 12. Бусад _____

Эмчийн нэр _____ /...../

200_оны_сарын_өдөр

Зөвлөмж

1. Судасны цусны шинжилгээ өгөхдөө урьд орой нь өөх тостой, шарсан хуурсан хоол, архи, тамхи хэрэглэж болохгүй.
2. Өглөө нь өлөн байвал сайн.
3. Тухайн шинжилгээний өмнө рентген, эхо, дурангийн шинжилгээг хийж болохгүй.
4. Шинжлүүлэгч сэтгэл санаа тайван, даарч ядраагүй, эм тариа хэрэглэхгүй байх.

Танд баярлалаа

Эмнэлгийн нэр: ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450-р тоот тушаалаар батлав, AM-21B

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____
Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм
Онош _____ овогтой _____ нэр

- Өндөгний цусны шинжилгээ
1. Ерөнхий шинжилгээ (Лейкоцит, Гемоглобин, СОЭ, Лейкограмм)
 2. Дэлгэрэнгүй (ЦЕШ+Эритроцит, Тромбоцит, Гематокрит)
 3. Цусны урсгал, гоожилт
 4. _____

Эмчийн нэр _____ /...../

_____оны_сарын_өдөр

Ар тал

Зөвлөмж

1. Судасны цусны шинжилгээ өгөхдөө урьд орой нь өөх тостой, шарсан хуурсан хоол, архи, тамхи хэрэглэж болохгүй.
2. Өглөө нь өлөн байвал сайн.
3. Тухайн шинжилгээний өмнө рентген, эхо, дурангийн шинжилгээг хийж болохгүй.
4. Шинжлүүлэгч сэтгэл санаа тайван, даарч ядраагүй, эм тариа хэрэглэхгүй байх.

Танд баярлалаа

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2011 _____ ны 11 сарын
450 тоот тушаалаар батлав.

Ар тал

ЗӨВЛӨМЖ

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинет № _____

_____ овогтой _____ нэр

Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм

РД:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Онош _____

Нян судлалын шинжилгээний сорьц хийгдэх арга:

1. Цусны ариун чанар \бактер судлах\
2. Өтгөн \бактер судлах\
3. Шээс \бичил харах, бактер судлах\
4. Цэр бичил харах, бактер судлах\
5. Шархны идээр \бактер судлах\
6. Нүдний арчдас \бактер судлах\
7. Хамар, залгиурын арчдас \бактер судлах\
8. Хамрын арчдас \бактер судлах\
9. Үтрээний арчдас \бичил харах, бактер судлах\
10. Амны хөндийн арчдас \бактер судлах\
11. Плеврийн шингэн \бичил харах, бактер судлах\
12. Үений шингэн \бичил харах, бактер судлах\
13. Хэвлий хөндийн шингэн \бичил харах, бактер судлах\
14. Чихний арчдас \бактер судлах\
15. Цөс \бактер судлах\
16. Хүйн арчдас \бактер судлах\
17. Задлангийн мат \бичил харах, бактер судлах\
18. Шимэгч хорхой илрүүлэх \бактер судлах\
19. Дисбактериоз \ам, арьс, гэдэсний хэвийн нян \бактер судлах\

Эмч: _____ /сарын үсэг/

200 оны _____ сарын _____ өдөр

Танд баярлалаа

1. Цэрний шинжилгээ авах

Цэрний сорьцыг өглөөгүүр өвчтөнг олон байхад амны хөндийг зайлуулж /ус, содын уусмалаар/ цэвэрлэгээ, ханиалгаар эхний ялгарах цэрийг орхин дараагийн ялгарлаас 2мл-ээс багагүй шилэн саванд авч лабораторид хүргэнэ.

2. Шээсний шинжилгээ авах

Шээсний сорьц авахдаа өглөөний шээсний дунд хэсгээс ариун шилэн саванд 30 мл-ээс багагүй хэмжээтэй авах ба урьдчилан гадна бэлэг эрхтэнийг усаар угаасан байвал зохино.

3. Өтгөний шинжилгээ авах

Өтгөний сорьцыг аль болох өнгөр, залхаг, цус, салстай хэсгээс ариун модон савхаар 1 гр-аас багагүй авч шилэн саванд хадгална.

Урьдчилан хөтөвчийг 1% хлорамины уусмалаар халдваргүйжүүлж дахин ус хийж 30 минут буцалгах ба 2-3 удаа буцалсан усаар зайлж халдваргүйжүүлж бодисын үлдэгдлийг арилгана.

Эмнэлтийн нэр _____ ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын _____
1. тоот тушаалаар батлав.

AM-22Г

ИММУНОЛОГИЙН ШИНЖИЛГЭЭ № _____

Эцэг /эх/ийн нэр _____

Нэр _____

РД Нас_Хүйс: /зур/ эр, эм

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Шинжилгэдэхүүн	Лавлах хэмжээ	Хариу
АСЛО		
Ревтатив фактор		
С улаалжийн уураг		
Фетопротейн		
иммуноглобулин G		
иммуноглобулин A		
иммуноглобулин M		
Hbs Ag		
Hbe Ag		
Hbs Ab		
Anti HCV		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

Эмнэлтийн нэр _____ ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын _____
450 тоот тушаалаар батлав.

AM-22Д

ЦӨСНИЙ ШИНЖИЛГЭЭ № _____

Эцэг /эх/ийн нэр _____

Нэр _____

РД Нас_Хүйс: /зур/ эр, эм

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Шинжилгэдэхүүн	Лавлах хэмжээ	Хариу
Хэмжээ		
Өнгө		
Тунгалаг чанар		
РН		
Хэмжээ		
Өнгө		
Тунгалаг чанар		
РН		
Хэмжээ		
Өнгө		
Тунгалаг чанар		
РН		

Микроскопт:

Шинжилгэдэхүүн	Лавлах хэмжээ	Хариу
Хучуур эс		
Цагаан эс		
Салс		
Холестерин		
Белирубинат		
кальцийн тест		
Хучуур эс		
Цагаан эс		
Салс		
Холестерин		
Белирубинат		
кальцийн тест		
Хучуур эс		
Цагаан эс		
Салс		
Холестерин		
Белирубинат		
кальцийн тест		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

Эмнэлтийн нэр _____ ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын _____
450 тоот тушаалаар батлав.

AM-22Е

ХОНОГИЙН ШЭЭСЭНД УУРАГ ТОДОРХОЙЛОХ

Эцэг /эх/ийн нэр _____

Нэр _____

РД Нас_Хүйс: /зур/ эр, эм

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Хоногийн шээсний хэмжээ, мл	Хоногийн шээсний уураг, грамаар

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

ТАРХИ НУГАСНЫ ШИНГЭНИЙ ШИНЖИЛГЭЭ № _____

Эцэг /эх/ийн нэр _____

Нэр _____

РД Нас_Хүйс: /зур/ эр, эм

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Шинжлэгдэхүүн	Лавлах хэмжээ	Хариу

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тох ушаалаар батлав.
Эмнэлгийн нэр _____ Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-22К

Нян судлалын шинжилгээ

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Нэр _____

Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Нас _____

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Кабинет: _____

Үзлэг, шинжилгээний зорилго тэмдэглэгээ: _____

Жирэмсэн эсэх: /зур/ тийм, үгүй

Шинжилгээ өгөлт: /зур/ анх удаа, давтан

Эмч _____

Шинжлэгдэхүүн		Шээсний сувал	Үмийн хүзүүний сувал	Үтрээ	Шулуун гэдэс	Өсөөр
1	Хучуур эс					
2	Цагаан эс					
3	Салс					
4	Грамм /-/- диплококк					
5	Трихомонус					
6	Флоркокк					
7	Флорпалочик					
8	Мөөг					
9	Түлхүүр эс					
10	Хламид					

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

ЭМ айдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эмнэлгийн нэр: _____ Эрүүл мэндийн бүртгэ- йн маягт АМ-22М

Ийлдэс судлалын шинжилгээ

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Нэр _____

Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Нас _____

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Кабинет: _____

Үзлэг, шинжилгээний зорилго тэмдэглэгээ: _____

Жирэмсэн эсэх: /зур/ тийм, үгүй

Шинжилгээ өгөлт: /зур/ анх удаа, давтан

Эмч _____

Хурдавчил сорил _____

РРР _____

ТРНА _____

Титр _____

Риф _____

ФХЗБУ _____

LgM _____

Lg G _____

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

193

Эмнэлгийн нэр _____ Эмнэлгийн код:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ЭмСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар баглав, Эрүүл мэндийн бүртгэли, маягт АМ 13

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Шинжилгээний төрөл _____

д/д	сар, өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Ирүүлсэн тасаг, кабинет	Шинжилгээний үзүүлэлтүүд															Шинжилгээ хийсэн хүний гарын үсэг																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

Эмнэлгийн нэр _____ ЭМ. Айдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
 Эмнэлгийн код:

--	--	--	--	--	--

 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-24

ҮЙЛ ОНОШИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Сар, өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Ажлын газрын хаяг, ЭМД-ын дугаар	Тогтмол хаяг	Ирүүлсэн тасгийн нэр	Явуулсан эмчийн онош	Илэрсэн өөрчлөлт, дүгнэлт	Төлбөрийн хэлбэр	
										Даатгалаас -1	Хувьцаас-2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

105

Э. Зайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маяг M-25Б

СЭРГЭЭН ЗАСАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

[illegible]

192

Эмнэлтийн нэр _____

Сайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав,
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн ч маягт АМ-26А

ХӨНГӨВЧЛӨХ ЭМЧИЛГЭЭНД ХАМРАГСДЫН БҮРТГЭЛ /АМБУЛАТОРИТ/

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Тогтмол хаяг	Онош	Гэрээр очсон огноо (с/ө/о)	Тусламж үйлчилгээний төрөл		Тайлбар
							Үнэгүй эм олгосон	Бусад	
	1	2	3	4	5	6	10	11	12
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэ: Үйн маягт АМ-265

Эрүүл мэндийн бүртгэ: Чийн маягт АМ-26Б

199

НАСТНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Өдөр тутмын бүтээлч үйл ажиллагаа			Багаж хэрэгсэлтэй ажиллах			Биеийн жингийн индекс	Эрүүл мэндийн бүлэг					Эрүүл мэндийн бүлгийн /эмб/ шилжилт		Сэтгэц ба аягийн эмгэг(F00-F99)	Насны доройтон (R54)	
				Хэвийн	Алдардсан	Хараат	Хэвийн	Алдардсан	Хараат		I	II	III	IV	V	Буурсан /сар, өдөр/	Өссөн /сар, өдөр/			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				

200

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29А

Эмнэлгийн код: _____

ЗҮҮ ТӨӨНӨ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

РД:
ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____
2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй
3. Эмчилгээ эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр, Эмчилгээ дууссан он сар өдөр _____ он _____ сар _____ өдөр
4. Үндсэн онош: _____
5. Эмчилгээний зарчим _____
6. Жор _____
7. Төөнө засал _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал
Б тал

Он сар өдөр			Үндсэн эмчилгээ	Хавсарсан эмчилгээ	Гарын үсэг

Үр дүн: Сайжирсан
Хэвэндээ
Муудсан

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29Б

Эмнэлгийн код: _____

202

ДЭВТЭЭЛГЭ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

РД:
ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____
2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй
3. Эмчилгээ эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр, Эмчилгээ дууссан он сар өдөр _____ он _____ сар _____ өдөр
4. Үндсэн онош: _____
5. Эмчилгээний төрөл _____
- Таван рашаан
 - Барагшуны рашаан
 - халгайн рашаан
 - шимт рашаан
 - циркуляр душ
 - өгсүүр душ
 - шарко
 - саун
 - сүвдан ванн

Эмчлэлтээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29В

Эмнэлгийн код: _____

203

БАРИА ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

РД:

ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

3. Эмчилгээ эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр. Эмчилгээ дууссан он сар өдөр _____ он _____ сар _____ өдөр

4. Үндсэн онош: _____

5. Барианы төрөл: Бүтэн биеийн бариа

7. Хэсэгчилсэн бариа:

Халуун тосон бариа

Толгой, хүзүү, нуруу

Сүүн бариа

Сээр бүсэлхий нуруу

Шөлөн бариа

Гарын/мөр, бугалга, шуу, тохой, сарвууны хэсэг/

Рашаанан бариа

Хөлийн/түнх, гуя, өвдөг, шилбэ, тавхайн хэсэг/

Арвайн бариа

Нүүрний хэсэг

Тайвшруулах

Хөлийн улны хэсэг

Сэргээх

Эмч...гээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Барианы төрөл	Он сар өдөр	Ямар эрхтэнд	Хэдэн удаа	Хугацаа	Гарын үсэг

Үр дүн:

Сайжирсан
Хэвэндээ
Муудсан

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29Г

Эмнэлгийн код: _____

204

ХАТГАХ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

РД:

ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

3. Эмчилгээ эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр, Эмчилгээ дууссан он сар өдөр _____ он _____ сар _____ өдөр

4. Үндсэн онош: _____

5. Эмчилгээний төрөл, талбай, байр: Таван рашаан

Ханасан судасны нэр:

Самнуур:

Шивүүр:

Хатгуур:

Түрэм:

6. Гарсан хүндрэл:

7. Авсан арга хэмжээ:

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр:

Хатгах засал хийхийг зөвшөөрсөн өвчтөний нэр:

**СТАЦИОНАРТ ХӨТЛӨГДӨХ
АНХАН ШАТНЫ БҮРТГЭЛИЙН
МАЯГТЫН ЭМХЭТГЭЛ**

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр, лого

Эцэг /эх/-ийн нэр		РД			
		ЭМД			
		Өвчний түүх нээсэн он сар өдөр / /			
		Тасгийн нэр:			
		Өөрийн нэр:			
Төрсөн он сар өдөр / /	Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Гэрлэлтийн байдал: ☐ Гэр бүлтэй ☐ Гэр бүлгүй		Боловсрол: ☐ Бага ☐ Дээд ☐ Дунд ☐ Боловсролгүй ☐ Мэргэжлийн-техникийн	
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ тоот _____		Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:			
Яаралтай үед холбоо барих Хүний нэр: _____ Утас: _____		Төлбөрийн төрөл: ☐ Төр хариуцсан ☐ 15% ☐ 10% ☐ Өвчтөн хариуцсан		Доод шатлалаас илгээсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	
				Харшлын анамнез: ☐ Эмийн бодис ☐ Хоол хүнс ☐ Бусад	
Хэвтэх үеийн онош					
ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ, ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ЭПИКРИЗ					
Үндсэн онош				ӨОУА-10	
Дагалдах онош					
Хүндрэл					
Үйлдлийн онош (Мэс засал, мэс ажилбар)				ҮОУА-9	
Уламжлалтын онош					
Өвчний төгсгөл: ☐ Эдгэрсэн ☐ Сайжирсан ☐ Хэвэндээ ☐ Дордсон ☐ Нас барсан	Эмнэлгээс: ☐ Гарсан ☐ Шилжсэн ☐ Нас барсан	он сар өдөр / / / / / /	Ор хоног [] хоног [] цаг	Эмчилгээний зардал: (Т)	
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг			Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/		

207

ЕРӨНХИЙ ҮЗЛЭГ			
Биеийн ерөнхий байдал: ☐ Хөнгөн ☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	Ухаан санаа: ☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ступор ☐ Солор ☐ Кома ☐ Бусад	Орчиндоо: ☐ Харьцаатай ☐ Харьцаагүй ☐ Сул	Байрлал: ☐ Идэвхтэй ☐ Идэвхгүй ☐ Албадмал ☐ Хагас суугаа ☐ Хэвтрийн
Арьс салстын байдал:			
а. Арьс салсын өнгө ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	б. Арьсны уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Алдагдсан	в. Арьсны чийглэг байдал ☐ Хэвийн ихэссэн ☐ Багассан	
г. Арьсан дээрх тууралт ☐ Тууралтгүй ☐ Тууралттай	Хаван: ☐ Хавангүй ☐ Хавантай	а. Ерөнхий б. Хэсгийн: ☐ Нүүрэнд ☐ Зовхинд ☐ Хэвлийд ☐ Шилбээр	
Захын тунгалагийн булчирхай: а. Хэмжээ ☐ Хэвийн ☐ Харахад томорсон ☐ Тэмтрэлтээр томорсон	б. Байрлал ☐ Хүзүүний ☐ Суганы ☐ Цавины ☐ Бусад	в. Эмзэглэл ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Эмзэглэлгүй	
Үе мөчний хэлбэр: ☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөгдсөн		Үений хөдөлгөөн: ☐ Идэвхтэй ☐ Идэвхгүй ☐ Хязгаарлагдмал	
ДОТРЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ			
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо			
Харж ажиглах:			
Хамрын амьсгал чөлөөтэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Хөхрөлт байгаа эсэх: Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: ☐ Төвийн ☐ Захын	Амьсгалд туслах булчингууд оролцож байгаа эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Амьсгалын тоо 1 минутанд _____ удаа ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус	Цээжний хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Эмгэг Амьсгалын хэлбэр: ☐ Цээжний ☐ Хэвлийн ☐ Холимог	Цээжний 2 талд амьсгалд жигд оролцох байдал: ☐ Жигд (баруун/зүүн тал) ☐ Хоцорно
Тэмтрэлт:		Тогшилт	
Эмзэглэлтэй эсэх: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй (_____)	Дууны доргион: ☐ Хэвийн Суларсан ☐ Тодорхойлогдохгүй ☐ Хүчтэй болсон	Тогшилтын дуу: ☐ 2 талд ижил ☐ Ижил бус	Хэсэгт тогшилтын дуу: ☐ Бүдгэрсэн ☐ Тодорсон ☐ Дүлий болсон;
Уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан			
Чагналт			
Амьсгал 2 талд: ☐ Ижил ☐ Ижил бус (_____ хэсэгт); Эмгэг амьсгалтай: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (цулцангийн суларсан, цулцангийн ширүүссэн, гуурсан хоолойн эмгэг, стенозын, амьсгал сонсогдохгүй)		Нэмэлт шуугиантай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (нойтон хэржигнүүр, шажигнуур, хуурай хэржигнүүр, гялтангийн шүргэлцэх чимээ _____ хэсэгт) Бронхофони ☐ хэвийн ☐ Тодорсон ☐ Суларсан (_____ хэсэгт)	

Зүрх судасны тогтолцоо			
Зүрх судасны эрсдэлт хүчин зүйлс:		Ажиглалт	
☐ Зохисгүй хооллолт ☐ Хөдөлгөөний хомсдол ☐ Стресс ☐ Таргалалт ☐ Тамхидалт	☐ Архины зохисгүй хэрэглээ ☐ Удамшил ☐ Артерийн гипертензи ☐ Гиперхолестеринеми ☐ Чихрийн шижин	Арьсны хөхрөлттэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Зохын хавантай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Гүрээний венийн Зүрхний оройн түлхэлт: лугшилт: ☐ Ажиглагдана ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана (хүчтэй, дунд, сул) ☐ Ажиглагдахгүй	
Тэмтрэлтээр		Тогшилтоор	
Зүрхний оройн түлхэлт Байрлал: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Хүч: ☐ Дунд зэрэг ☐ Хүчтэй ☐ Сул Шууны артерийн лугшилт Хэмнэл: ☐ Жигд ☐ Жигд бус		Давтамж: _____ /мин Хүчдэл: ☐ Дунд зэрэг ☐ Их ☐ Бага Дүүрэлт: ☐ Дунд зэрэг ☐ Сул 2 талд ижил эсэх: ☐ Ижил ☐ Ижил бус	
Чагналтаар			
Зүрхний авиа: Хэмнэл: ☐ Жигд ☐ Жигд бус Давтамж: _____ /мин I авиа: ☐ Тод; ☐ Бүдгэвтэр (I, IV цэгт); ☐ Бүдэг (I, IV); ☐ Чангарсан (I, IV цэгт) II авиа: ☐ Тод; ☐ Бүдэг (II, III, V цэгт); ☐ Өргөгдсөн (II, III цэгт) III авиа: ☐ Сонсогдоно; ☐ Сонсогдохгүй		☐ Шуугиангүй ☐ Шуугиантай Байрлал: I; II; III; IV; V цэг Систолын (I, II, III, IV, V цэгт) Диастолын (I, II, III, IV, V цэгт) ☐ Үл дамжина ☐ Дамжина _____ Хүч: ☐ Сул; ☐ Дунд зэрэг; ☐ Хүчтэй Перикардын шүргэлцэх чимээ бий эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	
Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцоо			
Харж ажиглах:	Өнгөц тэмтрэлтээр:	Тогшилтоор	Чагналтаар
Хэл өнгөртэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Арьс, салст-чийглэг ☐ Тийм ☐ Үгүй Өнгө _____ Хэвлийн – хэм ☐ Жигд ☐ Жигд бус Хэлбэр _____	Хэвлий эмзэглэлтэй эсэх ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Булчингийн чангарал байгаа эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Хэвлийн хэнгэрэгэн чимээ: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн Ихэссэн хэсэгт тогшилтын дуу ☐ Бүдгэрсэн ☐ Тодорсон ☐ Дүлий болсон	Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Хэвийн ☐ Дүлий
Гүнзгий тэмтрэлтээр:			
Тахир гэдэс – байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөн ☐ Тийм ☐ Үгүй	Өгсөх болон уруудах гэдэс: - Байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй	Хөндлөн гэдэс: Байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөн ☐ Тийм ☐ Үгүй	Цутгалан гэдэс: Байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөн ☐ Тийм ☐ Үгүй
Элэг цөс, дэлүү			
Элэгний шинж тэмдгүүд: ☐ Мэдрэл сульдал ☐ Биж хам шинж ☐ Иммуни-үрэвслийн шинж ☐ Өвдөх хам шинж Хүч _____ Хугацаа []	☐ Шарлах хам шинж ☐ Загатналт ☐ Цусархаг хам шинж ☐ Элэгний их шинж ☐ Элэгний бага шинж	Элэгний хэмжээ тэмтрэлтээр: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (Баруун, зүүн дэлбэн, зур)	Дэлүүний хэмжээ тэмтрэлтээр: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (I, II, III, IV зэрэг, дугуйл)

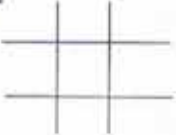
КЛИНИКИЙН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ		
Зовиураас:		0
Асуумжаас:		0
Бодит үзлэгээс:		
Лабораторийн шинжилгээ:		
Үйл оношийн шинжилгээ:		0
Үндсэн онош:		
Дагалдах онош:		
Хүндрэл:		00
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	Он / сар / өдөр

Үзлэг хийсэн өдөр, цаг минут	ҮЗЛЭГИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ	ЭМЧИЛГЭЭ, ХООЛ, СУВИЛГААНЫ ЗААЛТ

Үзлэг хийсэн өдөр, цаг минут	ҮЗЛЭГИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ	ЭМЧИЛГЭЭ, ХООЛ, СУВИЛГААНЫ ЗААЛТ

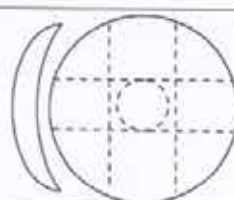
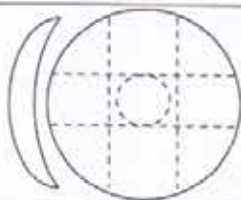
НҮДНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

210

Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа		Арьс салст	
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй		☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бүс _____	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо					
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа		Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)			
Цусны эргэлтийн тогтолцоо					
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____		Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)		Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо					
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй		Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн			
Мэдрэлийн тогтолцоо					
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)			Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй		
Бусад _____ Сэтгэцийн байдал: _____					
НҮДНИЙ ҮЗЛЭГ					
Холын хараа	OD	OS	Ойрын хараа	OD	OS
ph			ph		
Шилээр засарсан эсэх			Нүдний шилтэй		
Нүдний даралт:	OD		OS		
Нулимсны уут:					
Регургитац	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй
Эмгэг ялгадас	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй
Угаагдсан эсэх	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Тийм ☐ Үгүй
Гониоскоп: X X X X					
Өнгө танилт:					
Нүдний хөдөлгөөн:					
Хяларын өнцөг:  			Зовхи:  		
Салст:					

Склер:

Эвэрлэг:



Өмнөд таславч:

Солонгон бүрхэвч:

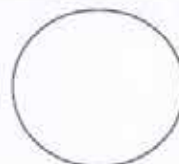
- ☐ Хэвийн
☐ Рубеоз
☐ PXF

Хүүхэн хараа:

- ☐ Хэлбэр
☐ Хэмжээ
☐ Урвал
☐ RAPD

Болор:

- ☐ Сублюксаци
☐ Дислокаци
☐ Бусад



Арын капсул:

Нүдний уг: Шилэнцрийн бүдэгшил

0

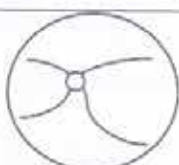
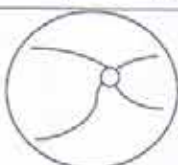
+1

+2

+3

+4

- ☐ Судсууд
☐ Шар толбо
☐ Зах хэсэг
☐ Бусад



Харааны мэдрэлийн диск:



ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Өвчин эхэлсэн хугацаа: он сар өдөр
/ /

Нүдний эмчид анх үзүүлсэн хугацаа:

Нүдний шил тогтмол зүүдэг: Тийм ☐ Үгүй

Нүдний эмчилгээ хийлгэж байсан эсэх:

Нүдний мэс засал хийлгэж байсан эсэх:

Удамшлын анамнез:

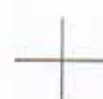
Status preasens objectives

Vis OD = _____ =

стереохараа: (+) (-)

Vis OS = _____ =

Vis OU = _____ =



Refraction

Keratometry

Нүдний хөдөлгөөн

"A" scan

OD

OS

Харах талбай

All
Lens
ACD

ЛСК (см/сек)

OD

OS



A ophthalmica

Нүдний доод даралт:

OD

OS

Хос харааны байдал

☐ Бинокуляр ☐ Зэрэг ☐ Монокуляр

Ухархай

Хүүхэн хараа

Зовхи

Солонгон бүрхүүл

Зовхины салст

Болор

Нулимсны эрхтнүүд

Шилэнцэр

Алимны салст

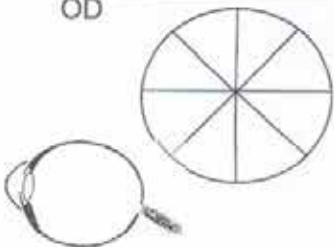
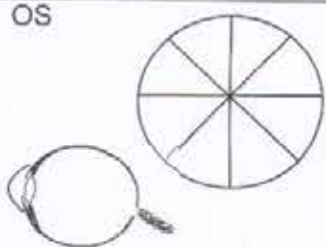
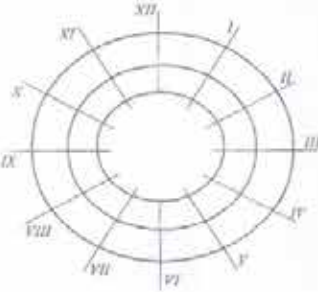
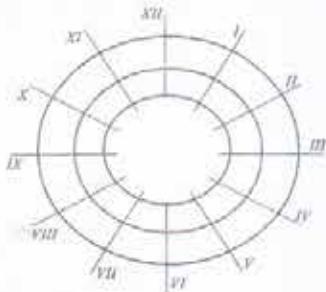
Торлог

Эвэрлэг

Харааны мэдрэлийн хөхлөг

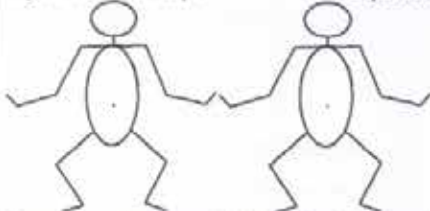
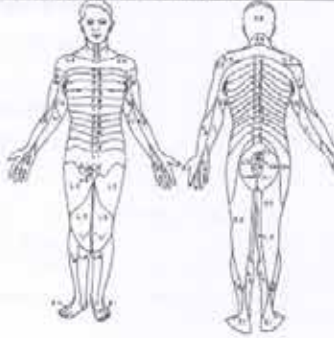
Өмнөд камер

Шар толбо

OD  OS 		211
 		Хяларын өнцөг  Вертикал моторуудын үйл ажиллагаа 
КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он / сар / өдөр

МЭДРЭЛИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

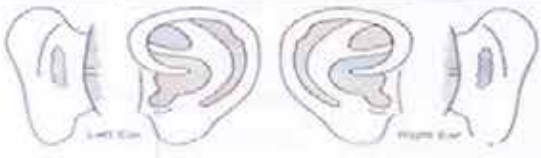
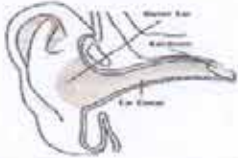
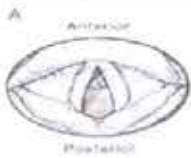
Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст																																							
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____																																							
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо																																									
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)																																								
Цусны эргэлтийн тогтолцоо																																									
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл _____ дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____																																							
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо																																									
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн																																								
Мэдрэлийн тогтолцоо																																									
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)		Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй																																							
Бусад _____ Сэтгэцийн байдал: _____																																									
МЭДРЭЛИЙН ҮЗЛЭГ																																									
Ухаан санааны байдал: ☐ Саруул ☐ Саруул бус: _____ ☐ Баримжаалал алдагдсан: ☐ Цаг хугацааны ☐ Орон зайн ☐ Өөрийн GCS: E _____ V _____ M _____	Сэтгэцийн байдал: ☐ Анхаарал: _____ ☐ Ой тогтоолт: _____ ☐ Тоолох чадвар: _____ ☐ Бүтээх чадвар: _____ ☐ Сэтгэл хөдлөл: _____ ☐ Зан төрх: _____	Хэл ярианы байдал: ☐ Хэвийн ☐ Ойлгохын хэлгүйдэл ☐ Ярихын хэлгүйдэл ☐ Нэрлэхийн хэлгүйдэл ☐ Уншихгүйдэл ☐ Бичихгүйдэл ☐ Давтан хэлэх чадвар ↓																																							
Гавал тархины мэдрэлүүд:																																									
I: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус: Б _____ 3 _____ II: _____ XXX: Б _____ 3 _____ (мм) Харах чадал: _____ Гэрлийн гурвал: _____ Б: _____ 3: _____ Шууд: Б _____ 3 _____ Харааны талбай: _____ Шууд бус: Б _____ 3 _____ Нүдний уг: _____ III-IV-VI: _____ Птоз: Б _____ 3 _____ Нистагм: _____ Диплопи: ☐ Эерэг ☐ Сөрөг ☐ Илрээгүй ☐ Илэрсэн НХБ: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	VII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус VIII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус IX, X: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ☐ Дисфони ☐ Дисфаги XI: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Хэвийн бус бол:</td> <td>Б</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Нүдний анилт</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Духны атираа</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Хамар уруулын нугалаа</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Хэвийн бус бол:</td> <td>Б</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Сонсгол</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Чих шуугих</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Хэвийн бус бол:</td> <td>Б</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Хүүхэн хэлний хазайлт</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Залгиурын рефлекс</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Хэвийн бус бол:</td> <td>Б</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Стерноклейдомастойд</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Трапец хэлбэрт булчин</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Хэвийн бус бол:	Б	3	Нүдний анилт			Духны атираа			Хамар уруулын нугалаа			Хэвийн бус бол:	Б	3	Сонсгол			Чих шуугих			Хэвийн бус бол:	Б	3	Хүүхэн хэлний хазайлт			Залгиурын рефлекс			Хэвийн бус бол:	Б	3	Стерноклейдомастойд			Трапец хэлбэрт булчин		
Хэвийн бус бол:	Б	3																																							
Нүдний анилт																																									
Духны атираа																																									
Хамар уруулын нугалаа																																									
Хэвийн бус бол:	Б	3																																							
Сонсгол																																									
Чих шуугих																																									
Хэвийн бус бол:	Б	3																																							
Хүүхэн хэлний хазайлт																																									
Залгиурын рефлекс																																									
Хэвийн бус бол:	Б	3																																							
Стерноклейдомастойд																																									
Трапец хэлбэрт булчин																																									

V: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус		Хэвийн бус бол: Нүүрний мэдрэхүй Эвэрлэгийн рефлекс Зажлуурын булчингийн хүч	Б 3	XII: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	Хэвийн бус бол: Хэлний хазайлт Хатангиршил/татвалзал Дизартри/анартри	Б 3
Хөдөлгөөний тогтолцоо Булчингийн хүч 			Мэдрэхүйн тогтолцоо 			Өнгөц мэдрэхүй-Өн Гүний мэдрэхүй-Г Температур-Т Өвдөлт-Өв 
Эмгэг рефлекс: ☐ Бөхийх ☐ Гэдийх Булчингийн тонус: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Буурсан ☐ Хэвийн бус: ☐ БГ ☐ БХ ☐ ЗГ ☐ ЗХ						
7. Тэнцвэрийн тогтолцоо Зогсох тэнцвэр: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ____ Явах тэнцвэр: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ____ Шугаман алхалт: Хурдан солигдох хөдөлгөөн: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ☐ Хэвийн ____ ☐ Дисдиадохокинез Ромбергийн сорил: ☐ БГ ☐ БХ ☐ ЗГ ☐ ЗХ ☐ Эерэг ☐ Сөрөг			8. Мэнэнгийн хамшинж: ☐ Дагзны хөшингө: __ хуруу ☐ Кернигийн шинж: Б __ 3 9. Ёзоорын хамшинж: ☐ Ласегийн шинж: Б __ 3 __ ☐ Мацкевичийн шинж: Б __ 3 __ ☐ Сколиоз ☐ Нурууны булчингийн чангарал			
☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус		Б 3	10. Вегетатив үйлийн байдал ☐ Хөлрөлт: _____ ☐ Пигментаци: _____ ☐ Вазомотор урвал: _____ ☐ Симпаталги: _____ ☐ Тэжээрлийн байдал: _____			
11. Бусад шинжүүд:						
12. Байршлын болон клиникийн онош:						

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд Эа хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он / сар / өдөр

ЧИХ ХАМАР ХООЛОЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа		Арьс салст	
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй		☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо					
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа		Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)			
Цусны эргэлтийн тогтолцоо					
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл _____ дүүрэлт _____		Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)		Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо					
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй		Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн			
Мэдрэлийн тогтолцоо					
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)				Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй	
Бусад _____					
Сэтгэцийн байдал: _____					
ЧИХ ХАМАР ХООЛОЙН ҮЗЛЭГ					
Хамрын амьсгал: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай /баруун, зүүн, 2 талд адил/		Гадна хамрын хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Зөв бус		Тэмтрэхэд: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	
Хамрын үүдэвч: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус		Ерөнхий хөндий: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай		Хамрын таславч: ☐ Муруйлтгүй ☐ Муруйсан ☐ Бусад өөрчлөлттэй	
Хамрын салст бүрхүүл: ☐ Ягаан ☐ Улаан ягаан ☐ Хөхөлбий ☐ Цайвар ☐ Бусад		Самалдгууд: ☐ Хэвийн ☐ Хөөнгө ☐ Бусад өөрчлөлттэй Хамрын жим: ☐ Ялгадасгүй ☐ Ялгадастай		Ялгадас: ☐ Хэвийн Эмгэг шинжтэй: ☐ Идээрхэг ☐ Ногоон ☐ Үнэртэй ☐ Өтгөн ☐ Бусад өөрчлөлттэй	
 Normal Хэвийн Moderate Дунд Severe Хүнд Obstructive Бөглөрөлт					
Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал:					

Баруун, зүүн чих:			
Гадна чихний хэлбэр:	Тэмтрэхэд:	Хөхлөг сэртэн:	Тэмтрэхэд:
☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	☐ Хэвийн ☐ Хавантай	☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй
			
Чихний гадна суваг:	☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай ☐ Ялгадасгүй ☐ Ялгадастай: (идээрхэг, үнэртэй, ногоон)	Сувгийн хана:	
☐ Хэвийн ☐ Нарийссан (төрөлхийн, олдмол)		☐ Хэвийн ☐ Цулхийсэн (аль хана)	
Хэнгэргэн хальс:	☐ Цооролтын байрлал ☐ Цооролтын хэмжээ Хэнгэргэн хөндийн салст:		
☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ☐ Бусад ☐ Сувдан саарал ☐ Улаан	☐ Цайвар ягаан ☐ Улаан ☐ Эмгэг өөрчлөлт		
Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал: _____			
Хөглүүрийн сорил:	Сонсголын бичлэг:	Ам ангайлт:	Зөөлөн тагнай:
☐ Ринне ☐ Вебер ☐ Желле ☐ Вальсальва	_____ _____ Зэрэг: _____ _____	☐ Чөлөөтэй ☐ Хязгаарлагдсан Хүүхэн хэл: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Тагнайн гүйлс: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон ☐ 1-р зэрэг ☐ 2-р зэрэг ☐ 3-р зэрэг ☐ Бусад өөрчлөлт
	Архаг үрэвслийн шинж:	Лакуны байдал:	Залгиурын хажуу хана:
	☐ Зак ☐ Гисс ☐ Преображенский ☐ Бусад	☐ Хэвийн ☐ Өргөссөн Залгиурын ар хана: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Шувтан хонхрын байдал: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус
Төвөнхийн гадна үзлэг:	Нуржигнах:	Халхавч мөгөөрс:	Утгуур мөгөөрс:
☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус	☐ Чимээтэй ☐ Чимээгүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Төвөнхийн салст:	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Дууны туслах хөвчүүд:
Тэмтрэхэд:	Төвөнхийн шууд бус тольдолтоор:	☐ Цайвар ягаан ☐ Улаан ☐ Цайвар	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Жинхэнэ хөвч:
☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	Амьсгалын үйл ажиллагаа:		☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус
☐ Чөлөөтэй ☐ Саалтай			
	Дууны өнгө:	Дууны хөвчийн доод зайн байдал:	ЦМХоолой цагираг:
	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Фонаци хийх үед: (Дууны хөвчүүд бүрэн гадаргуугаар шүргэлцэнэ) Дууны хөвчүүдийн үйл ажиллагааны хямрал:	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус ☐ Өнгө Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал:	Бусад: _____

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он / сар / өдөр

АРЬСНЫ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

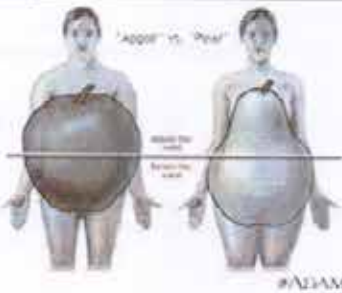
Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа		Арьс салст	
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй		☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо					
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа		Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)			
Цусны эргэлтийн тогтолцоо					
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл _____ дүүрэлт _____		Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)		Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо					
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй		Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн			
Мэдрэлийн тогтолцоо					
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)			Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй		
Бусад _____					
Сэтгэцийн байдал: _____					
Арьс, салст, дайвруудын үзлэг:					
Арьсны хүрэлцэх мэдрэхүйн байдал: ☐ Мэдэрч байна ☐ Мэдрэхгүй байна					
Арьсны байдал:					
Арьсны өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Улаан цоохор		☐ Хэвийн бус ☐ Зэвхий саарал ☐ Шар		☐ Шарангуй ☐ Хүрэн ☐ Харласан	
☐ Хөхөрсөн ☐ Цайж алагласан ☐ Хүрэл шиг					
Уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Алдагдсан		Арьсны халуун: ☐ Хэвийн ☐ Халуун ☐ Хүйтэн		Чийглэг байдал: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Багассан	
Хэсэг газрын үзлэг					
Тууралтын онцлог					
Өнгө: ☐ Ягаан ☐ Улаан ☐ Цагаан ☐ Цайвар бор		☐ Бор ☐ Хар ☐ Хөх ☐ Саарал ☐ Шар		Хүрээ: ☐ Хил хязгаар нь тод ☐ Тод бус (well defined) (ill-defined)	
☐ Хэлбэр: ☐ Дугараг ☐ Зууван ☐ Олон талт ☐ Олон цагирагт		☐ Зоос хэлбэрийн ☐ Могой хэлбэрийн ☐ Шугаман			
Тэмтрэхэд: ☐ Тогтоц нь ☐ Зөөлөн		☐ Хатуувтар ☐ Нягт хатуу ☐ Бамбалзсан		☐ Даргар ☐ Халуун ☐ Хүйтэн	
☐ Хөдөлгөөнтэй ☐ Хөдөлгөөнгүй		☐ Эмзэглэлтэй ☐ Эмзэглэлгүй			

Эмх цэгц, хэв маяг болон тархалт Тоо хэмжээ: ☐ Нэг ☐ Олон тууралт		Эмх цэгц: ☐ Бүлэглэсэн ☐ Тархсан Нягтрал: ☐ Байгаа ☐ Байхгүй	
Тархац: Тэлэлт: ☐ Дангараа ☐ Нэг хэсэг (хэсэгчилсэн) ☐ Хэсэг газрыг хамарсан ☐ Бүх биеэр тархсан	Байрлалт ☐ 2 талд тэгш ☐ Тэгш бус ☐ Өртсөн хэсэгт ☐ Даралттай хэсэгт	☐ Хурууны завсар ☐ Энд тэнд ☐ Blaschko-н шугам дагуу	
Өвчлөлтэй холбогдолтой түүх (Удамшлын болоод бодисын солилцооны өвчний түүх)			
1. Чихэрийн шижинтэй эсэх _____			
2. Даралт ихтэй эсэх _____			
3. Харшил (ялангуяа эмийн) _____			
4. Эм хэрэглэлт, байнга уудаг болон одоо ууж байгаа _____			
5. Хорт зуршил (архи, тамхи) _____			
6. Атофийн түүх (астма, чонон хөрвөс, экзем) _____			
7. Гэр бүлийн өвчлөлийн түүх _____			
8. Нийгмийн идэвх сонирхол _____			
9. Бэлгийн хавьтлын түүх _____			
КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ			
Үндсэн онош			
Дагалдах онош			
Хүндрэл			
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ	
Эмчийн нэр: _____		Гарын үсэг _____ он / / сар / өдөр	

ДОТООД ШҮҮРЭЛ СУДЛАЛЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

217

Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа		Арьс салст																												
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй		☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____																												
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо																																
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа		Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)																														
Цусны эргэлтийн тогтолцоо																																
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____		Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)		Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____																												
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо																																
Хэл: ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй		Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр: ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн																														
Мэдрэлийн тогтолцоо																																
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)			Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй																													
Бусад _____																																
Сэтгэцийн байдал: _____																																
ДОТООД ШҮҮРЭЛ СУДЛАЛЫН ҮЗЛЭГ																																
		Зовиур:		Бамбайн томролын зэрэг: ☐ 0 зэрэг (Харагдахгүй, тэмтрэгдэхгүй) ☐ 1-р зэрэг (Харагдахгүй, тэмтрэгдэнэ) ☐ 2-р зэрэг (Харагдана, тэмтрэгдэнэ)																												
Нүдний бүлгийлт: Нүдний шинж: ☐ Крауссийн шинж ☐ Грефийн шинж ☐ Кохерийн шинж ☐ Мебиусийн шинж		☐ Штельвагийн шинж ☐ Дельримплийн шинж ☐ Еленикийн шинж ☐ Розенбахийн шинж ☐ Боткиний шинж ☐ Жоффрагийн шинж		Марийн шинж _____ Цахилгаан бүхээгний шинж _____ Дермографизм (улаан, түргэн тогтвортой) _____																												
(Экзофтальмометрээр) 		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Үзүүлэлт</th> <th>Хариу</th> <th>Хэвийн хэмжээ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Чөлөөт Т3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Чөлөөт Т4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нийт Т3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нийт Т4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TSH</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TR-Ab</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TG-Ab</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TPO-Ab</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Үзүүлэлт	Хариу	Хэвийн хэмжээ	Чөлөөт Т3			Чөлөөт Т4			Нийт Т3			Нийт Т4			TSH			TR-Ab			TG-Ab			TPO-Ab		
Үзүүлэлт	Хариу	Хэвийн хэмжээ																														
Чөлөөт Т3																																
Чөлөөт Т4																																
Нийт Т3																																
Нийт Т4																																
TSH																																
TR-Ab																																
TG-Ab																																
TPO-Ab																																
Бамбайн хэт аван шинжилгээ: 		Бамбайн цөмийн изотоп шинжилгээ: Бамбайн эсийн шинжилгээ:																														

Чихрийн шижингийн үзлэг					
Чихрийн шижингийн эрсдэлт хүчин зүйлс: ☐ Тарган удам ☐ ЧШ-гийн удам ☐ Жин (хамгийн их) ☐ Гепатит ☐ Панкреатит ☐ Жирэмсний ЧШ ☐ 4 кг дээш хүүхэд ☐ Архи ☐ Тамхи ☐ Хоолны дэглэм: сайн / дунд / муу ☐ Хөдөлгөөн: сайн / дунд / муу			Оношлогдсон он: Хэрэглэдэг эмийн бэлдмэл:		
Бие бялдарын үзүүлэлт: ☐ Жин _____ кг ☐ Өндөр _____ см ☐ Биеийн өөхний хэмжээ _____ % ☐ (эр<25%; эм<30%) ☐ Бүсэлхийн тойрог _____ см ☐ (Ази - эр<94см; эм<80см) ☐ (Европ - эр<102см; эм<88см)					
Биеийн жингийн индекс (БЖИ) _____ кг/м ²					
Жингийн дутагдал	Хэвийн жинтэй	Жингийн илүүдэл	Таргалалтын I зэрэг	Таргалалтын II зэрэг	Таргалалтын III зэрэг
<18кг/м ²	18-24.9кг/м ²	25-29.9 кг/м ²	30-34.9 кг/м ²	35-39.9 кг/м ²	40кг/м ²
Чихрийн шижингийн хяналт					
Өөрийн хяналт:					
Өлөн үеийн глюкоз (<6.0 ммоль/л)					
Хоолны дараах глюкоз (<8.0 ммоль/л)					
Эмчийн хяналт:					
HbA _{1c}%					
Эрүүл 4-6%	Сайн <6.5%	Дунд 6.5-7.5%	Муу 7.5%<		
Anti- GAD/IA2 _____			Глюкозын ачаалалтай сорил:		
			☐ Өлөн үеийн глюкоз _____ ммоль/л ☐ 2 цагийн дараах глюкоз _____ ммоль/л		
Чихрийн шижингийн хүндрэл Нүд: _____					
Зүрх: _____					
Өөх тосны үзүүлэлтүүд	Хариу		Хэвийн хэмжээ		
Холестерол			< 4ммоль/л		
БНЛП			< 2ммоль/л		
ИНЛП			эр<1.0ммоль/л		
			эм<1.2ммоль/л		
Триглицерид			< 1.7ммоль/л		
ИНЛП-с бусад			< 3.3ммоль/л		
Холест/ИНЛП			< 5 ммоль/л		
CRP.....<5.0мг/л					

Зүрх судасны вегетатив невропати:

Бөөр:

Үзүүлэлтүүд	Хариу	Хэвийн хэмжээ	Микроальбуминурийн шинжилгээ	
Сахар				< 20
Кетон				20-200
Уураг				200
Цагаан эс			Креатинин	
Улаан эс			АКХ	< 2.5/эр/
Цилиндр			(Альбумин / Креатинины харьцаа)	< 3.5/эм/

Хөл:



Арьсны өнгө:

- ☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөлттэй
 Арьс хуурайшилт:
☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөлттэй
 Хумсны байдал:
☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөлттэй
 Хөлийн хэлбэр
☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөлттэй

Дараах өөрчлөлт илэрсэн эсэх:

- ☐ Эвэр
☐ Үрэвсэл
☐ Зузаарал
☐ Шарх
☐ Хагарал
☐ Ампутаци

Хөлийн судасны лугшилт: a. pedis dorsalis:

- ☐ Хэвийн ☐ Сул
☐ Тэмтрэгдэхгүй
 a. tibialis posterior:
☐ Хэвийн ☐ Сул
☐ Тэмтрэгдэхгүй

Хөлийн мэдрэхүй: /тэмдэглэ/

Доргионы:	Хүрэлцэхүйн:	Температурын:	Өвдөлтийн:	Монофиламент:
☐ Хэвийн	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн	☐ Хэвийн
☐ Сул	☐ Сул	☐ Сул	☐ Сул	☐ Сул
☐ Тэмтрэгдэхгүй	☐ Тэмтрэгдэхгүй	☐ Тэмтрэгдэхгүй	☐ Тэмтрэгдэхгүй	☐ Тэмтрэгдэхгүй

Шагай, Бугалганы индекс: ☐ Баруун: ☐ Зүүн:Борвины рефлекс: ☐ Баруун: ☐ Зүүн:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд

Хийгдэх шинжилгээ

Яаралтай хийгдэх эмчилгээ

Эмчийн нэр:

Гарын үсэг

он / сар / өдөр

ГЭМТЛИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

219

Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа		Арьс салст	
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй		☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо					
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа		Чагналтаар:		☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)	
		☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн			
Цусны эргэлтийн тогтолцоо					
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____		Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)		Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо					
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй		Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн			
Мэдрэлийн тогтолцоо					
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)			Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй		
Бусад _____					
Сэтгэцийн байдал: _____					

АНХАН ШАТНЫ ҮЗЛЭГ БОЛОН СЭХЭЭН АМЬДРУУЛАХ

A	Амьсгалын зам болон хүзүү нуруу	
Амьсгалын зам чөлөөтэй	Тийм/үгүй	
Амьсгалж байгаа байдал	Тийм/үгүй	
Эрүү нүүрний гэмтэл	Тийм/үгүй	
Эмчилгээ:		
Хүзүү, нурууны үнэлгээ:		
Хүзүү нурууны хөдөлгөөн хорих	Тийм/үгүй	

B Амьсгалын болон цээжинд өгөх үнэлгээ				
Амьсгал	Тусламжтай	Өөрөө	Амьсгалын аппарат	Тийм/үгүй
Цээж рүү нэвтэрсэн гэмтэл		☐ Тийм ☐ Үгүй	Хэмжээ:	
Үзлэг:				
Эмчилгээ:				

С Цусны эргэлт болон гэмтлийн шаталбар /оноо				
Анхан шатны үзлэг				
Судасны лугшилт				
Цусны даралт				
Амьсгалын хэмжээ				
Амьсгалын байдал	Хэвийн	Өнгөц	Тасалданг	
Калилларын дүүрэх хугацаа	<2 сек	>2 сек	байхгүй	
Температур				
Мөчний хэлбэр алдагдсан				
Гадагш цус алдалт				

Хүндрэл болон чадвар алдалт	
Глазго-ийн кома шаталбар	
GCS ____ /15	
Хүүхэн хараа	
Баруун	Зүүн
Хэмжээ	Хэмжээ
Хариу урвал	Хариу урвал

Глазго-ийн ком/шаталбар /оноо/		
Нүд нээх	Аяндаа	4
	Ярихад	3
	Өөтгөхөд	2
	Зүүгээр хатгахад	1
Хэл яриа	Орон зай хугацааны баримжаатай	5
	Ойлгомжтой гэхдээ будилсан	4
	Тохиороогүй үг хэлэх	3
	Ойлгомжгүй авиа гаргах	2
	Ярихгүй, дуу гаргахгүй	1
Хөдөлгөөний хариу үйлдэл	Заавараар хөдөлгөөн хийх	6
	Өөтгөхөд цочруулд хэсэг газрын хөдөлгөөн хийх	5
	Өөтгөхөд татганах хариу өгөх	4
	Өөтгөхөд ятйх хариу өгөх	3
	Өөтгөхөд тэнийх хариу өгөх	2
	Өөтгөхөд ямар ч хариу өгөхгүй	1
Оноо	13-15 хөнгөн	
	9-12 дунд	
	3-8 хүнд	

ЯТТасагт хийсэн эмчилгээ: ☐ Тийм ☐ Үгүй			

ХОЁР ДАХЬ ШАТНЫ ҮЗЛЭГ



Толгой, нүүр болон хүзүү
Нүд: Чихний хэнгэрэг:
Цээж
Хэвлий
Шээсний зам:
Аарцаг



292

Хярган
Шээсний сүв
Шулуун гэдэсний үзлэг
Бүдүүн гэдэсний рефлекс
Үтрээний үзлэг

Нугас, нуруу

Мэдрэлийн рефлекс	R
Biceps	
Triceps	
Supinator	
Knee	
Ankle	
Plantar	

Баруун	Дээд мөч	Зүүн
Ясны гэмтэл	Ясны гэмтэл	
Үений гэмтэл	Үений гэмтэл	
Судасны лугшилт	Судасны лугшилт	
Хүч	Хүч	
Тонус	Тонус	

L	Мэдрэлийн рефлекс
	Biceps
	Triceps
	Supinator
	Knee
	Ankle
	Plantar

Баруун	Доод мөч	Зүүн
Ясны гэмтэл	Ясны гэмтэл	
Үений гэмтэл	Үений гэмтэл	
Судасны байдал	Судасны байдал	
Хүч	Хүч	
Тонус	Тонус	

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд
ба хам шинжүүд

Хийгдэх шинжилгээ

Яаралтай хийгдэх эмчилгээ

Эмчийн нэр:

Гарын үсэг

өдөр

он

сар

/ /

УЛАМЖЛАЛТЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

221

Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо			
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа		Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)	
Цусны эргэлтийн тогтолцоо			
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо			
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн		
Мэдрэлийн тогтолцоо			
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)		Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй	
Бусад _____			
Сэтгэцийн байдал: _____			
Өвөрчлөл:			
☐ Хий ☐ Шар ☐ Бадган ☐ Хий шар хавсарсан		☐ Хий бадган хавсарсан ☐ Шар бадган хавсарсан ☐ Хий, шар, бадган хурсан	Цог сүлд: ☐ Сайн ☐ Дунд ☐ Буурсан
	Хий	Шар	Бадган
Үзэх шинжилгээ			
Нүүр царай	☐ Хуурай ширүүн ☐ Бор хүрэн хар, хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Бусад	☐ Зөөлөн чийглэг хөлс ихтэй, тослог ☐ Улаа бутарсан шар, шаргал өнгөтэй ☐ Бусад	☐ Сэлхэрсэн ☐ Цайвар өнгөтэй ☐ Бусад
Нүд	☐ Цагаан нүд хөхөлбөр ☐ Харц тогтворгүй ☐ Олон анивчина ☐ Нулимс гоожно ☐ Бусад	☐ Цагаан нүд улаан, шар, шаргал ☐ Махан ургацагтай ☐ Харц ширүүн ☐ Шар ус, нуух гоожно ☐ Бусад	☐ Цагаан нүд цагаан, цайвар ☐ Өөхөн ургацагтай ☐ Харц дөлгөөн ☐ Зовхи сэлхэрнэ ☐ Бусад
Чих	☐ Хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Шуугина загатнана ☐ Бусад	☐ Улаан шар өнгөтэй ☐ Шар ус өгрий булаг гоожно ☐ Бусад	☐ Цагаан өнгөтэй ☐ Хулхи ихтэй ☐ Бусад
Хамар	☐ Хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Хамар битүүрэх	☐ Хамар улайх, цус гарах, хуурайших	☐ Хамраас ялгадас гарах, хамрын үзүүр цайх

	☐ Үнэр мэдрэхгүй болох ☐ Бусад	☐ Бусад	☐ Бусад
Уруул	☐ Хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Муруйна ☐ Чичирч таталдана ☐ Бусад	☐ Улбар шаргал өнгөтэй ☐ Хатаж хуурайшина хагарна ☐ Цус гарна ☐ Бусад	☐ Цайвар өнгөтэй ☐ Өнгөртэй, өрөмтэй ☐ Ялбарна, шүүс гоожино ☐ Бусад
Хэл	☐ Улаан, хөхөлбөр, ягаан өнгөтэй ☐ Хуурай ширүүн ☐ Өнгөргүй ☐ Хийн гүвдрүүтэй ☐ Хөшүүн охор богино үзүүр нарийн, хэл чулчирна хэлгийрнэ таталдана ☐ Эхүүн амтагдана ☐ Бусад	☐ Улаавтар өнгөтэй ☐ Нимгэн зузаан шаргал шар өнгөртэй ☐ Улаан бэржрүү гүвдрүүтэй ☐ Хар толбо зураастай ☐ Давслаг гашуун амтагдана ☐ Бусад	☐ Цайвар ягаан өнгөтэй ☐ Том ☐ Чийглэг зөөлөн ☐ Нимгэн зузаан цайвар өнгөртэй, зах ирмэгээрээ шүдний оромтой ☐ Ам заваарна ☐ Амтлаг амтагдана ☐ Бусад
Баас	☐ Шингэн ☐ Хөөс ихтэй ☐ Хоргослож хатна ☐ Бусад	☐ Шар өнгөтэй ☐ Цус өгрийн хольцтой ☐ Өмхий үнэртэй ☐ Бусад	☐ Цайвар шаргал өнгөтэй ☐ Эс шингэсэн идээ ундаа салсын хольцтой ☐ Наалдамтгай ☐ Исгэлэн үнэртэй ☐ Бусад
Шээс	☐ Хөхөлбөр өнгөтэй ☐ Ус адил тунгалаг ☐ Үнэр уур багатай ☐ Хөөс том, дуутай хагарч арилна ☐ Дээрээ бутарсан нарийн ширхэглэг язмагтай ☐ Хувирсаны сүүлд хөхөлбөр өнгөтэй, тунгалаг ☐ Бусад	☐ Шар, улбар шар, улаан өнгөтэй ☐ Үнэр уур ихтэй, уур нь удаан арилна ☐ Хөөс нь жижиг түргэн арилна ☐ Зузаан өрөмтэй ☐ Дундаа хөвсөн зузаан бөөгнөрсөн язмагтай ☐ Хувирсаны сүүлд шар улбар хүрэн өнгөтэй өтгөн ☐ Бусад	☐ Цайвар шар өнгөтэй ☐ Үнэр уур багатай ☐ Хөөс нь жижиг удаан арилна, савны хананд наалдана ☐ Доороо нарийн бөөгнөрсөн тунасан язмагтай ☐ Хувирсаны сүүлд цайвар шар өнгөтэй, шингэн ☐ Бусад
Хөлс	☐ Бага хэмжээтэй ☐ Бусад	☐ Их хэмжээтэй, үнэрлэг ☐ Бусад	☐ Дунд зэрэг ☐ Бусад
Үс	☐ Бор хар өнгөтэй ☐ Хар ☐ Хуурай ☐ Буржгар ☐ Бусад	☐ Шаравтар ☐ Тослог ☐ Зөөлөн улаан, эрт бууралтсан ☐ Бусад	☐ Бараан, гялалзсан ☐ Тослог ☐ Даахирсан ☐ Бусад
Шүд	☐ Дорсгор иржгэр ☐ Том ☐ Эцэнхий буйлтай	☐ Шарласан ☐ Тослог ☐ Зөөлөн буйлтай	☐ Цагаан ☐ Хатуу ☐ Бусад

222

	☐ Бусад	☐ Бусад	
Хумс	☐ Хөхрөх ☐ Хувхайрах ☐ Зузаарах ☐ Хатуу болох ☐ Бусад	☐ Шарлах ☐ Харавтар зураас тогтох ☐ Бусад	☐ Цайх ☐ Цагаан толбо, дусал адил бусаар гарах ☐ Бусад
Хүрэлцэх шинжилгээ			
Бэлчир орон	Өврийн бэлчир		
	☐ Хар цагааны завсар ☐ Бусад	☐ Гэдэсний дээд ☐ Гэдэсний доод ☐ Бусад	☐ Аюулхайн ☐ Галын илч буурсан ☐ Бэтгийн ☐ Давсагны ☐ Бусад
	Арын бэлчир		
	☐ Th1 – Хий ☐ Th6 – Амин судас ☐ Th7 – Зүрх ☐ L4 – Олгой ☐ Бусад	☐ Th2 – Шар ☐ Th9 – Элэг ☐ Th10 – Цөс ☐ L5 – Гэдэс ☐ Бусад	☐ Th3 – Бадган ☐ Th11 – Дэлүү ☐ Th12 – Ходоод ☐ S1 – Давсаг ☐ Бусад
Хаван, хавдар	☐ Хуурай, ширүүн, хүйтэн, ихсэж багасах нь түргэн ☐ Бусад	☐ Өвчин эмзэглэл ихтэй, халуун ☐ Бусад	☐ Хүйтэн, өвчин эмзэглэл бага, тогтвортой ☐ Бусад
Арьс	☐ Хуурай ☐ Ширүүн ☐ Хүйтэн ☐ Бусад	☐ Зөөлөн ☐ Тослог ☐ Бүлээн, халуун ☐ Бусад	☐ Өөхлөг ☐ Тослог ☐ Хүйтэн ☐ Бусад
Асуух шинжилгээ			
Өлсөх	☐ Тогтмол бус ☐ Бусад	☐ Их ☐ Бусад	☐ Бага ☐ Бусад
Ундаасах	☐ Тогтмол бус ☐ Бусад	☐ Их ☐ Бусад	☐ Бага ☐ Бусад
Нойр	☐ Өнгөц сэрэмтгий ☐ Их зүүдлэнэ, хар дарна ☐ Бусад	☐ Шөнө унтаж чадахгүй ☐ Өдөр нойр их хүрнэ ☐ Бусад	☐ Нойр их ☐ Алжааж нойрмоглоно ☐ Бусад
Яриа	☐ Түргэн ☐ Олон үглэнэ ☐ Бусад	☐ Хурц ширүүн, түрэмгий ☐ Бусад	☐ Удаан алгуур ☐ Үг дуу цөөн ☐ Бусад
Галбир	☐ Туранхай ☐ Бусад	☐ Дунд зэрэг ☐ Бусад	☐ Тарган ☐ Бусад
Биеийн идэвхи	☐ Хөдөлгөөн түргэн ☐ Бусад	☐ Дунд зэрэг ☐ Бусад	☐ Хөдөлгөөн удаан ☐ Бусад
Оюуны идэвхи	☐ Санаж сэдсэн, идэвхитэй ☐ Бусад	☐ Түрэмгий ухаалаг ☐ Бусад	☐ Амгалан, удаан ☐ Бусад
Мөн чанар	☐ Дан ☐ Хавсарсан ☐ Хурсан	☐ Дан ☐ Хавсарсан ☐ Хурсан	☐ Дан ☐ Хавсарсан ☐ Хурсан

	☐ Бусад	☐ Бусад	☐ Бусад
Судас			
УАУ-ны онош /код/			
Эмчилгээний зарчим			
КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ			
Үндсэн онош			
Дагалдах онош			
Хүндрэл			
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ	
Эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг _____ он / / сар / / өдөр			

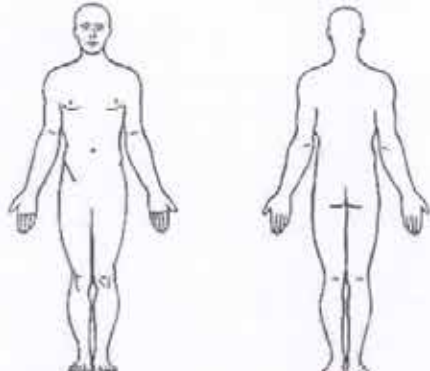
993

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо		
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)	
Цусны эргэлтийн тогтолцоо		
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____/_____/_____ Зүүн талд _____/_____/_____
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо		
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн	
Мэдрэлийн тогтолцоо		
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)		Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй
Бусад _____		
Сэтгэцийн байдал: _____		
ЭХ БАРИХ, ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ҮЗЛЭГ		
Анхны биений юм хэдэн настайд ирсэн ☐ ☐ Биений юмны мөчлөгийн хоног ☐ ☐ Биений юмны үргэлжлэх хугацаа ☐ ☐ Биений юмны хэмжээ: бага, дунд, их /зур/ Сүүлийн биений юм хэзээ ирсэн: _____ Цэвэршсэн: /зур/ тийм, үгүй Хэдэн онд _____ Жирэмслэлтийн тоо ☐ үүнээс төрсөн ☐ зулбасан ☐ үр хөндүүлсэн ☐ ☐ Эх барих, эмэгтэйчүүдийн тусгайлсан үзлэг: _____ _____ _____ _____		

Тольны үзлэг: PV _____		
КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
Эмчийн нэр: Гарын үсэг он сар өдөр / /		

ЦУСНЫ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа		Арьс салст	
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй		☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо					
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа		Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)			
Цусны эргэлтийн тогтолцоо					
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл _____ дүүрэлт _____		Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)		Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо					
Хэл ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй		Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн			
Мэдрэлийн тогтолцоо					
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)			Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй		
Бусад _____					
Сэтгэцийн байдал: _____					
Цус судлалын эмчийн үзлэг					
			Зовиур: _____ _____ _____		
			Биеийн жин /Kg/: _____ Биеийн өндөр /Cm/: _____ Биеийн гадаргуу / м²/: _____		
Арьсан дээрх тууралтын хэлбэр: ☐ Цэгчилсэн гүвдүүт тууралт ☐ Цэврүүт тууралт ☐ Толбон тууралт ☐ Шалбархайт болон тав тогтсон ☐ Сорви ☐ Хөхрөлт ☐ Цус хуралт ☐ Цус харвалт ☐ Холимог тууралт ☐ Тууралтгүй		Үсний байдал: ☐ Хэвийн ☐ Хугарамтгай Хумсны байдал: ☐ Хэвийн ☐ Хугарамтгай		(Тууралтын байрлалыг зурагт тэмдэглэх) 	

Хумсны байдал: ☐ Хэвийн ☐ Хугарамтгай	Амны хөндий: Хэл/ <u>Өнгө:</u> ☐ Ердийн ☐ Цайвар ☐ Улаан ☐ Ягаан	<u>Хөхлөг:</u> ☐ Ердийн ☐ Хатингаршсан ☐ Томорсон	<u>Тууралт:</u> ☐ Тууралттай ☐ Шарх ☐ Улайлт ☐ Яр ☐ Газрын зураг
Бөөрөлзгөнө хэл <u>Өнгө:</u> ☐ Ердийн ☐ Улайсан ☐ Цайсан ☐ Хөхөлбий	<u>Шарх:</u> ☐ Шархтай ☐ Шархгүй	Буйл: <u>Эмзэглэл</u> ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	<u>Тууралт:</u> ☐ Тууралттай ☐ Тууралтгүй
Тунгалагийн булчирхайн байдал:			
Нягт: ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Гадаргуу: ☐ Барзгар ☐ Гөлгөр		Хөдөлгөөн: ☐ Хөдөлгөөнтэй ☐ Хөдөлгөөнгүй Эмзэглэл: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй	
Дэлүүний хэмжээ ☐ Хэвийн ☐ 1 зэргээр томорсон. ☐ 2 зэргээр томорсон. ☐ 3 зэргээр томорсон. ☐ 4 зэргээр томорсон. ☐ Дэлүү мэс заслаар авагдсан.			
Шинжилгээ:			
Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ:		Лейкограмм:	
Огноо		огноо	
WBC		Blasts	
PLT		Basophil	
RBC		Eosinophil	
HGB		Promyelocyte	
HCT		Myelocyte	
MCV		Metamyelocyte	
MCH		Bands	
RET		Neutrophil	
RET-He		Lymphocyte	
		Monocyte	
Дүгнэлт: _____			
Миелограмм:			
Огноо		Дүгнэлт: _____	
Бласт		_____	
Бүх нейтрофиль		_____	
Бүх эритроид эс		_____	
Лимфоцит		_____	
Плазмоцит		_____	
Мегакариоцит		_____	
Цито химийн урвал			
	Эерэг	Сөрөг	Огноо
MPO			APTT
PAS			PT
DAB			INR
NS			TT
			Fibrinogen
Биохими			
Огноо		Дүгнэлт: _____	
Нийт билирубин		_____	
Шууд бус билирубин		_____	
Алат		_____	
Асат		_____	
Шүлт Фосфатаза		_____	

ИДГ			
Кальци			
Кали			
Креатинин			
Төмөр			
Ферритин			
Төмөр хол/ чадвар			
Витамин В12			
Фолийн хүчил			
Бактер, вирус, маркерийн шинжилгээ:			Дүгнэлт:
Шээсэнд:			
Огноо			Дүгнэлт:
Сахар			
pH			
Уураг			
Цагаан эс			
Улаан эс			
Хувийн жин			
гемосидерин			
Бенс-жонс уураг			
Гемоглобин			
Цусанд:			
Огноо			Дүгнэлт:
Кумбсын шууд урвал			
Кумбсын шууд бус урвал			
Бусад(PCR, молекул генетик цитогенетик, урсгал цитометр):			Дүгнэлт:
Иммунологи			
Огноо			Дүгнэлт:
IgG			
IgM			
IgA			
Үйл онош:			
Цусны бусад эмгэг өөрчлөлтүүд:			
Эмнэл зүйн онош:			
Зөвлөгөө, эмчилгээ:			
Эмчийн нэр:		Гарын үсэг:	он / сар / өдөр

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он / сар өдөр

Сэтгэл хөдлөлийн хүрээ (сэтгэл хөдлөлийн байдал, сэтгэл гутрал, сэтгэл хөөрөл, сэтгэлийн тохироо алдагдах)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. On the right side, there are two small circular punch holes, one near the top and one near the bottom, suggesting it was part of a binder or folder. The paper appears slightly aged or off-white.

Зориг эрмэлзлэлийн хүрээ (сэтгэл зориггүйдэл, катотоник шинжүүд, гэнэтийн үйлдэл, дон, дурууд)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. On the right side, there are two binder holes punched through the paper. The top edge of the paper has some faint, illegible markings, possibly from a previous page or a header. The overall appearance is that of a clean, unused piece of stationery.

Ухамсарт ухааны хүрээ (ухаан дэмийрэн, зүүдчилэн, бүрийтэн, будангуйран, нойрмоглон балартах)
Хам шинжийн онош
Эмчилгээ сувилгааны заалт

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд
ба хам шинжүүд

Хийгдэх
шинжилгээ

Яаралтай хийгдэх эмчилгээ

Эмчийн нэр:

Гарын үсэг

он / сар / өдөр

ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ЭРХТНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд	☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо		
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар: ☐ Уушги цулцангийн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)	
Цусны эргэлтийн тогтолцоо		
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо		
Хэл: ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр: ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал _____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн	
Мэдрэлийн тогтолцоо		
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)		Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй
Бусад _____ Сэтгэцийн байдал: _____		
ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ТОГТОЛЦООНЫ ҮЗЛЭГ		
Зовуурь:		
Өвчний эхлэл явц:		
Эрсдэлт хүчин зүйлс:		
☐ Архи ☐ Тамхи (хайрцаг/жил _____) ☐ Бусад хорт зуршил ☐ Ажлын таагүй нөхцөл	☐ Стресс ☐ Харшил ☐ Удамшил ☐ ХБЭ-ны эмгэгээр өвдөж байсан ☐ Хэвлийд мэс засал хийлгэсэн	☐ Хавсарсан хүнд эмгэг ☐ Шарласан ☐ Хоолны дэглэм ☐ Бусад
Хийсэн эмчилгээ:		
Харж ажиглах: Хэл өнгөртэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Арьс, салст-чийглэг ☐ Тийм ☐ Үгүй Өнгө _____	Хэвлийн – хэм ☐ Жигд ☐ Жигд бус Хэлбэр _____	Тэмтрэлт: Өнгөц тэмтрэлт – хэвлий эмзэглэлтэй эсэх ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Булчингийн чангарал байгаа эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй
Гүнзгий тэмтрэлт:		
Тахир гэдэс – байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн	Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй	Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй Цутгалан гэдэс - байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй

Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй Өгсөх болон уруудах гэдэс - байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй		Хөндлөн гэдэс - байрлал ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн		Тогтоц ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй ☐ Тийм ☐ Үгүй	
Тогшилт: Хэвлийн хэнгэрэгэн чимээ: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн		Ихэссэн хэсэгт тогшилтын дуу ☐ Бүдгэрсэн ☐ Тодорсон ☐ Дүлий болсон		Чагналт: Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Хэвийн ☐ Дүлий	
Хэвлийн рентген шинжилгээ КТГ, хэт авиан шинжилгээ					
Дурангийн шинжилгээ:					
Улаан хоолой ☐ Салстын өнгө _____ ☐ Хаван _____ ☐ Z шугам _____		☐ Хөдөлгөөн _____ ☐ Шалбархай – хэмжээ _____ ☐ Тоо _____		☐ Байрлал _____ ☐ Хэлбэр _____ ☐ Өнгөр _____	
Ходоод: Амсар - салстын өнгө _____ Хаван _____ Хөдөлгөөн _____ Шалбархай – хэмжээ _____ Хэлбэр _____ Өнгөр _____ Тоо _____ Байрлал _____		Их бие - салстын өнгө _____ Хаван _____ Хөдөлгөөн _____ Шалбархай – хэмжээ _____ Хэлбэр _____ Өнгөр _____ Тоо _____ Байрлал _____		Антрум - салстын өнгө _____ Хаван _____ Хөдөлгөөн _____ Шалбархай – хэмжээ _____ Хэлбэр _____ Өнгөр _____ Тоо _____ Байрлал _____	
Дээд гэдэс Салстын өнгө _____ Хаван _____ Хөдөлгөөн _____		Шалбархай – хэмжээ _____ Хэлбэр _____ Өнгөр _____ Тоо _____		Байрлал _____ Фатер хөхлөг _____ Цэс ялгаралт _____	
Нр тодорхойлох:					
Рн-метрийн шинжилгээ:					
Лабораторийн шинжилгээ:					
Цитологи/гистологийн шинжилгээ:					
Бусад шинжилгээ:					
Эмнэлзүйн онош:					
Эмчилгээ/зөвлөгөө:					
Зөвлөгөө өгсөн эмч:					

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ		
Үндсэн онош		
Дагалдах онош		
Хүндрэл		
Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд	Хийгдэх шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
Эмчийн нэр:	Гарын үсэг	он / сар / өдөр

ЗҮРХНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа		Арьс салст	
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүн ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ухаангүй		☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо					
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа		Чагналтаар:		☐ Хэржигнүүртэй ☐ Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)	
		☐ Уушги цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн			
Цусны эргэлтийн тогтолцоо					
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл _____ дүүрэлт _____		Тогшилтоор: Зүрхний хил ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (зүүн, баруун)		Чагналтаар: Зүрхний авиа ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Хэм жигд ☐ Жигд бус ☐ Хэм алдалттай АД баруун талд ____ / ____ Зүүн талд ____ / ____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо					
Хэл: ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй		Хэвлийн үзлэг: ☐ Өнгөц тэмтрэлтээр ☐ Гүн тэмтрэлтээр ☐ Эмзэглэлтэй (байрлал ____) ☐ Ердийн ☐ Зөөлөн гялтан цочрол үгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн			
Мэдрэлийн тогтолцоо					
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)			Рефлексүүд: ☐ Хадгалагдана ☐ Хадгалагдахгүй		
Бусад _____					
Сэтгэцийн байдал: _____					
Анамнез					
Зовиур, өвчний түүх: _____					
Зүрх судасны эрсдэлт хүчин зүйлс:					
☐ Зохисгүй хооллолт ☐ Хөдөлгөөний хомсдол ☐ Стресс ☐ Таргалалт ☐ Тамхидалт			☐ Архины зохисгүй хэрэглээ ☐ Удамшил ☐ Артерийн гипертензи ☐ Гиперхолестеринеми ☐ Чихрийн шижин		
Бодит үзлэг					
Ажиглалт			Чагналт		
Арьсны хөхрөлт бий эсэх: ☐ Үгүй ☐ Тийм _____ Захын хаван бий эсэх: ☐ Үгүй ☐ Тийм _____			Артерийн даралт хэмжилт: ☐ Баруун талд: ____ / ____ мм.муб ☐ Зүүн талд: ____ / ____ мм.муб		
Гүрээний венийн лугшилт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана (хүчтэй, дунд, сул)			Зүрхний авиа Хэмнэл: ☐ жигд ☐ жигд бус Давтамж: ____ / мин I авиа: ☐ тод; ☐ бүдгэвтэр (I, IV цэгт); ☐ бүдэг (I, IV); ☐ чангарсан (I, IV цэгт) II авиа: ☐ тод; ☐ бүдэг (II, III, V цэгт); ☐ өргөгдсөн (II, III цэгт)		
Зүрхний оройн түлхэлт: ☐ Ажиглагдана ☐ Ажиглагдахгүй					

Тэмтрэлт Зүрхний оройн түлхэлт Байрлал: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Хүч: ☐ дунд зэрэг ☐ хүчтэй ☐ сул Шууны артерийн лугшилт Хэмнэл: ☐ жигд ☐ жигд бус Давтамж: _____ /мин Хүчдэл: ☐ дунд зэрэг ☐ их ☐ бага Дүүрэлт: ☐ дунд зэрэг ☐ сул 2 талд ижил эсэх: ☐ ижил ☐ ижил бус Тогшилт Зүрхний (харьцангуй) хил хязгаар: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон (дээд, баруун, зүүн хил)	III авиа: ☐ сонсогдоно; ☐ сонсогдохгүй ☐ Шуугиангүй ☐ Шуугиантай: Байрлал: I; II; III; IV; V цэг Систолын (I, II, III, IV, V цэгт) Диастолын (I, II, III, IV, V цэгт) ☐ Үл дамжина ☐ Дамжина _____ Хүч: ☐ сул; ☐ дунд зэрэг; ☐ хүчтэй Перикардын шүргэлцэх чимээ бий эсэх ☐ Үгүй ☐ Тийм
Хийгдсэн шинжилгээний үр дүн:	
Зүрхний цохилтын байдал: Давтамж: _____ Хэмнэл: _____ Хориг: _____ Томрол: _____ Үхжил, гэмтэл: _____ Ишеми: _____	
Бусад шинжилгээ:	
Зүрхний хэт авиан шинжилгээ:	
Эмнэл зүйн онош	
Зөвлөгөө, эмчилгээ	
Эмчийн нэр, гарын үсэг: _____ / _____	

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд
ба хам шинжүүд

Хийгдэх
шинжилгээ

Яаралтай хийгдэх эмчилгээ

Эмчийн нэр:

Гарын үсэг

он сар өдөр

ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ, ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ЭПИКРИЗ

232

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй _____ Нас _____

_____ оны _____ сарын _____ -нд _____

оношоор эмнэлэгт _____ хоног хэвтэж эмчлүүлэв.

Нийт хэрэглэсэн эмийн зардал (Т): нийт дүн _____ тасагт _____

_____ хагалгаанд _____ мэдээ алдуулалтанд _____

Биеийн байдал	Ирэх үед	Гарах үед
Хөнгөн		1
Дунд	1	2
Хүндэвтэр	2	3
Хүнд	3	4
Маш хүнд	4	5

Хийгдсэн шинжилгээ			
Эмнэл зүйн	1	Гэрлийн	8
Биохими	2	ЭКГ	9
Нян судлал	3	ЭХО	10
Вирус	4	Уян дуран	11
Эд, эсийн	5	Компьютер	12
Иммунологи	6	Соронзон томографи	13
Бусад	7	Хийгдээгүй	14

Шинжилгээний өөрчлөлтүүд /зөвхөн өөрчлөлт бүхий шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг бичнэ/ _____

Цусны ерөнхий шинжилгээ: _____

Цусны биохимийн шинжилгээ: _____

Вирус, маркерийн шинжилгээ: _____

Хийгдсэн эмчилгээ	Эмийн	1
	Эмийн бус	2
	Мэс заслын	3
	Бусад	4

Бусад эмчилгээ

Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн эсэх - тийм, үгүй /зур/

Мэс заслын эмчилгээ - хийсэн, үгүй /зур/ Мэс заслын нэр _____

Шарх эдгэрэлт - анхдагчаар, хоёрдогчоор /зур/

Мэс заслын дараах хүндрэл - байсан, үгүй /зур/ Хүндрэлийн нэр _____

Эмчлэгч эмч _____
_____ он _____ сар _____ өдөр

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ХЭРЭГЛЭСЭН ЭМИЙН ХУУДАС

[illegible]

232

[illegible]

глав. 231

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1А/Б Хавсралт 2

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АМИН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: _____

Өвчний түүх № _____ Нас: _____ Хүйс: _____ Тасаг: _____

Free:

Огноо										
Тусан хоног										
Илүү засал хийлгэсэний дараах өдөр										
Цаг минут										
Пульс (P)	Амьсгал (R)	Халуун (T ⁰ C)								
150	55	40,5								
140	50	40								
130	45	39,5								
120	40	39								
110	35	38,5								
100	30	38								
90	25	37,5								
80	20	37								
70	15	36,5								
60	10	36								
50	5	35,5								
45	0	35								
Цусны даралт										
Хрол №										
Биеийн жин										
Ялгаруулалтын давтамж /хэдэн		Өтгөн								
		Шээс								
		Өглөөний ээлж								
Сувилагчийн гарын		Өдрийн ээлж								
		Оройн ээлж								

Эхлүүлэгчийн овог, нэр: _____ Өвчний түүх № _____ Нас: _____ Хүйс: _____ Тасаг: _____ Өрөө: _____

ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА											
6. өдөр тутмын сувилгаа	Уян зүү	Тавьсан/сольсон									
		Бэхэлгээ хийсэн									
	Уурсны арчилгаа	Хийх шаардлагагүй									
		Хийгдсэн									
	Бургуй хийсэн	Цэвэрлэх бургуй/ тосон									
		Эмчилгээний бургуй									
		Хий гаргах гуурс									
	Хэсэгчилсэн асаргаа	Халуун жин тавьсан									
		Хүйтэн жин тавьсан									
		Халуун бигнүүр тавьсан									
		Хүйтэн бигнүүр тавьсан									
		Гич тавьсан									
	ЭМБ/Зөвлөгөө өгөх	Бумба тавьсан									
		Өөрт нь зөвлөгөө өгсөн									
	Нөхөн сэргээх	Гэр бүлд нь зөвлөгөө өгсөн									
		Дасгал хөдөлгөөн хийлгэсэн									
	Байрлал	Иллэг массаж хийсэн									
		Сольсон /цаг/									
	Ариун цэвэр	Солих шаардлагагүй									
		Цагаан хэрэглэл сольсон	СУ (сувилагч) Ө (эмчлүүлэгч өөрөө) СА (сахиур)								
Үс самнасан											
Сахал хуссан											
Хувцас сольсон											
Хөл гарын хумс авсан											
Амны хөндий, шүд угаасан											
Хооллосон											
Аюулгүй байдал	Онцгой анхаарах тэмдэг										
	Унаж бэртэхээс сэргийлэх										
	Орны хашлага										
	Тэргэнцэр, таяг										
Нэмэлт	Шинжилгээнд авч явсан										
	Өрөө тасаг, шилжүүлсэн										
7. Сувилгааны асуудал - #	1. Амьсгал/Зүрх судас										
	2. Хоол боловсруулах										
	3. Шээс ялгаруулалт										
	4. Арьс										
	5. Мэдрэл, сэтгэхүйн байдал										
	6. Өдөр тутмын сувилгаа										
8. Үнэлгээ хийсэн сувилагч	Огноо/цаг										
	Нэр /товчлохгүй/										
9. Үнэлгээг давтан хийх хугацаа, нийт давтамжийн талаар ахлах сувилагчийн тэмдэглэл	Огноо/цаг										
	Нэр /товчлохгүй/										

Хуудсыг хөтлөх заавар:

Тэмдэглэгээ		Хөтлөх заавар	
У хэсэгт дараах гурван тэмдэглэгээнээс хамаарахыг тавина.	✓	Тийм	Тийм* гэж үнэлсэн асуудал бүрийг сувилгааны төлөвлөгөөнд оруулна. Ангилал бүрээс нэг асуудалтай бол тэрхүү асуудал бүрээр эмчлүүлэгчийн зовиурыг багасгах сувилгааны ажлын төлөвлөлтийг СТ-3 хуудсанд тэмдэглэж хэрэгжүүлж, дүгнэнэ.
	X	Үгүй	Үгүй* бол сувилгааны төлөвлөгөөнд орох асуудал биш гэж үзэх тул сувилгааны төлөвлөгөөнд энэ чиглэлээр хийх ажил төлөвлөгдөхгүй гэж ойлгоно.
	/	Хамаарахгүй	Тухайн үнэлгээний асуулт эмчлүүлэгчид хамаарахгүй бол бол тэр бүлгийг бүхэлд нь (/ташуу зураас татан хамаатуулахгүй орхиж болно.
#		Асуудлын дугаар	Тухайн бүлэг асуудлыг үнэлж, түүний ард буй сувилгааны асуудлаас тохирох нэг асуудлыг сонгон авч "Сувилгааны асуудал" ангилалын арын тохирох хүснэгтэнд тэмдэглэнэ. Ж-нь: Ханиалгалт, цэртэй гэж үнэлсэн бол "Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан" гэсэн асуудлыг сонгон " #3 " тэмдгийг тохирох нүдэнд тавина.
Эмчлүүлэгчийн ариун цэврийн хэсгийг дараах		СУ	Сувилагч хийсэн
		Ө	Эмчлүүлэгч өөрөө хийсэн
		СА	Сахиур хийсэн
.		Өвдөлттэй бол өвдөлт үнэлэх хуудсыг сонгомлоор авч тухайн эмчлүүлэгчид хэрэглэнэ	
		Арьсны байдал өөрчлөлттэй гэж үнэлвэл цооролтын удирдамжийг /нэрийг магадлах/ баримтлан сувилах төлөвлөгөөг боловсруулна.	
		Шингэний балансыг үнэлэх хуудсыг сонгомлоор авч тухайн эмчлүүлэгчид хэрэглэнэ	
Саарал хүснэгт		Хэвийн үзүүлэлтийг тодруулав.	

237

СМ-2-Хавсралт-12

СУВИЛГААНЫ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмчлүүлэгчийн нэр:

Өвчний түүх №

Нас:

Хүйс:

Тасаг:

Өрөө:

Огноо / цаг	Асуудлын дугаар #	Сувилах төлөвлөгөө	Хэрэгжүүлэлт/Дүгнэлт
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:

ШИНГЭНИЙ БАЛАНС ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:

Өвчний түүх №

Нас:

Хүйс:

Тасаг:

Өрөө:

Огноо	Биед орсон шингэн / ml хэмжих нэгж/					Биеэс гарсан шингэн / ml хэмжих нэгж/				
	Хэрхэн	Өглөө	Өдөр	Орой	Тус бүрийн хэмжээ	Хэрхэн	Өглөө	Өдөр	Орой	Тус бүрийн хэмжээ
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					Нийт хэмжээ				
Сувилагчийн гарын үсэг										
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					Нийт хэмжээ				
Сувилагчийн гарын үсэг										
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					Нийт хэмжээ				
Сувилагчийн гарын үсэг										
Сувилагчийн гарын үсэг										

*Сувилагч энэ хүснэгтийг өөрөө хөтлөх буюу, эмчлүүлэгчийн ар гэрийнхэнд хэрхэн хөтлөх тухай мэдлэг олгож, хөтлөх аргыг зааварчилна.

ӨВДӨЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:

Өвчний түүх №

Нас:

Хүйс:

Тасаг:

Өрөө:

Сар/Өдөр					
Мэс заслын дараах хоног					
Цаг					
Өвдөлтийн байрлал					
Өвдөлтийн хүч*	1 – бага				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10 – маш хүчтэй				
Ямар өвдөлт байгаа вэ? (Жишээ нь чинэрч өвдөх, атгаж өвдөх/					
Өвдөлтийн давтамж	Босч явах үед	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Дандаа	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Өвдөөд унтаж чадахгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
Өвдөлт, үйл ажиллагааны байршлаар	Хооллоход	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Ялгаруулалтын үед	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Сууж/босоход	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Бусад хөдөлгөөн				
Эмийн бус аргууд	Халуун жин				
	Хүйтэн жин				
	Зүү				
	Дасгал				
	Массаж				
	Физик эмчилгээ				
	Бусад				
Өвдөлт намдаах эмийн тун, хэрэглэх зам					
Сувилагчийн гарын үсэг	Өглөөний ээлж				
	Өдрийн ээлж				
	Оройн ээлж				

* Өвдөлтийн хүчийг үнэлэхдээ өвчтөнөөс асуухаас гадна хавсаргасан өвдөлтийн хүч үнэлэх хуудсыг ашиглаж болно.

Гемодиализ хяналтын карт

Эмнэлгийн нэр, лого

Эцэг /эх/-ийн нэр		РД			
		ЭМД			
		Өвчний түүх нээсэн		/ / / Он сар өдөр	
		Тасгийн нэр			
		Өөрийн нэр:			
Төрсөн он сар өдөр / / /	Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй Яс үндэс:.....	Гэрлэлтийн байдал: ☐ Гэр бүлтэй ☐ Гэр бүлгүй	Биеийн өндөр: Биеийн жин: Цусны бүлэг: Вирусны маркер: ... Вакцинжуулалт: ☐ Тийм ☐ Үгүй		
Үндсэн захиргаа: Аймаг/хот: Сум/дүүрэг: Утас: Гэрийн.....Ажлын.....		Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:			
төгсгөлийн эпикриз					
Үндсэн онош					ӨОУА-10
Дагалдах онош					
Хүндрэл					
Үйлдлийн онош					ҮОУА-9
Бөөр шилжүүлэн суулгасан: он сар өдөр / / /		Өвчин эхэлсэн: он сар өдөр / / /			
Нас барсан: он сар өдөр / / /		БАД эхэлсэн: он сар өдөр / / /			
Нийт сеансын тоо		Гемодиализ эхэлсэн: он сар өдөр / / /			
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг		АВ фистул: он сар өдөр / / /			
		Төвийн эрхлэгч он сар өдөр / / /			

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Өвчний түүх:

Амьдралын түүх:

Ам бүл:

Урьд өвчилсөн өвчин эмгэгийн байдал:

Халдварт:

Халдварт бус:

Мэс засал:

АВ ФИСТУЛЫН ТУХАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	
Эцэг /эх/-ийн нэр		Тасгийн нэр	
		Өөрийн нэр:	
Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй Нас	Мэс заслын нэр: АВ фистулын мэс засал		
Клиник онош			Онош
Мэс засал эхэлсэн он / сар / өдөр		цаг минут	
		Үргэлжилсэн цаг минут	
a) End to end			
b) End vein-to-side			
c) Side to side			
d) End artery-to-side vein			
Жич: Дугуйлна уу			
Мэдээгүйжүүлэлт			
Мэс засал хэд дэх удаа	АВ фистул		Хүндрэл
Жич: Тийм; R – баруун, L – зүүн; Хүндрэл гарсан бол доор бичнэ үү.			
Тусгай тэмдэглэл			
Мэс засал хийсэн эмч		Сувилагч	

C

10

ЭРЧИМТ ЭМЧИ. ЭЭНИЙ ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

едер

H3D

Үндсэн онош

Цагалдах онош, хавсарсан онош:

дэх өдөр

дэх өдөр

1987

Мас заслын нэр

243

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭГЧ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ, МЭДЭЭ АЛДУУЛАЛТЫН ЯВЦ
СЭРЭЭХ ҮЕИЙН ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ нэр _____		Тасаг _____							
РД _____	нас _____ эрэгтэй, эмэгтэй	Өвчний түүх № _____							
Клиникийн онош: _____									
Төлөвлөгөөт, яаралтай. Төлөвлөж байгаа хагалгаа _____									
Мэдээгүйжүүлэлтийн өмнөх үзлэг		Үзсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут							
Анамнез: ☐ Харшил _____ Зовиур _____ Урьд өвчилсөн өвчин _____ Урьд хийгдсэн хагалгаа, мэдээгүйжүүлэлт _____ ☐ гормон, ☐ цус, ☐ сийвэн хийлгэж байсан. Гаж нөлөө _____ айнга хэрэглэдэг эмийн бодис: _____ Удмын онцлог байдал _____ ☐ Жирэмсний хугацаа _____		☐ Тамхи татдаг ☐ < 10 жил ☐ > 10 жил Архи ☐ Байнга хэрэглэдэг ☐ Үе үе хэт хэрэглэдэг							
Бодит үзлэг АД: _____ Зүрхний цохилт _____ Амьсгалын тоо _____ Жин _____ то _____ Таргалалт: ☐ хэвийн ☐ туранхай ☐ тарган ☐ хэт тарган ☐ дегидратацтай Арьс салстын өнгө _____ Зүрх _____ Ууц _____ Мэдрэл _____ Бусад өвчин _____ ☐ ам ангайлт < 2 хуруу Маллампати I II III IV ☐ хүзүүний хөдөлгөөн муу Эрүү бамбайн зай ☐ < 6 см ☐ 6 см ☐ нуруу сээрний хэлбэр алдагдсан Шүд ☐ хиймэл ☐ хөдөлгөөнтэй ☐ дорсгой									
Лабораторийн шинжилгээнүүд Цус: Ht _____ Hb _____ Эр _____ Лей _____ Гром _____ Эртх _____ ЭКГ _____ Шээс: Х/ж _____ Уураг _____ бусад _____ Эрдэс: Na _____ Креатинин _____ ГОТ _____ K _____ сахар _____ ГПТ _____ Цээжний рентген _____ CL _____ Билирубин _____ Бүлэгнэлт: ABP _____ APPT _____ Тр хугацаа _____ Фибр _____ Бусад шинжилгээ _____ Биеийн байдал: ASA ангиллаар I II III IV V E Эрсдэл: I II III IV V									
Урьдчилсан эмжүүлэлт Урьд орой нь: _____ Хагалгааны өмнө _____ 1 _____ 1 _____ 2 _____ 2 _____ 3 _____ 3 _____ 4 _____ 4 _____ Эмч: _____ Эмч: _____		Мэдээгүйжүүлэлтийн төлөвлөгөө ☐ Ерөнхий ☐ Бүсчилсэн ☐ Давсарсан ☐ Бусад ☐ Интубац төвөгтэй Шаардагдах нэмэлт хэрэгсэл _____ <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Цусны бүлэг</th></tr></thead><tbody><tr><td>Захиалга</td><td>Цус</td></tr><tr><td></td><td>Сийвэн</td></tr></tbody></table> Мэдээгүйжүүлэлтийн тухай тайлбарлаж өгсөн (ар гэр, эмчлүүлэгч) Гарын үсэг _____		Цусны бүлэг		Захиалга	Цус		Сийвэн
Цусны бүлэг									
Захиалга	Цус								
	Сийвэн								
Мэс заслын дараах онош _____ Хийгдсэн мэс засал _____									

ҮЭСЭН _____ ЦАГ _____ МИНУТ

Хүлээн авсан _____

245

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1 Хавсралт 6

Өвчний түүхийн № _____

МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй Нас _____

Төлөвлөсөн мэс заслын нэр _____

Клиник оношийн үндэслэл ба мэс заслын өмнөх дүгнэлт _____

Мэс заслын өмнө хийгдсэн шинжилгээний /өөрчлөлт бүхий үзүүлэлтүүд/ _____

Мэс заслын эмчилгээний төлөвлөгөө _____

Мэс засал эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ миҮргэлжилсэн цаг _____ минут _____
Мэс заслын бичлэг _____

Мэс заслын бэлтгэл, гарч болох хүндрэл түүнээс сэргийлэх _____

Мэс заслын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ _____

Мэс заслын шархны арчдас авсан эсэх: Тийм, Үгүй /зур/ _____

Мэс заслын дараах онош _____

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр: (зур)

ерөнхий: эндотрахеал хошуувч, төвөнхийн хошуувч

бүсчилсэн: нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс

Мэс засал: (зур) цэвэр, бохир

Оёдол тавьсан утас _____

Мэс заслын өмнө хэрэглэсэн антибиотикийн тухай _____

Мэс заслын үед хэрэглэсэн антибиотикийн тухай _____

Мэс заслын дараа хэрэглэсэн антибиотикийн тухай _____

Мэс засал хийсэн эмч:

1. _____

2. _____

3. _____

Мэдээгүйжүүлэгч эмч:

1. _____

Сувилагч:

1. _____

2. _____

3. _____

Сувилагч:

1. _____

Эмчлэгч эмч _____

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр _____

Эмч эхийн нэр _____ РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Нэр _____ Нас _____ Хүйс _____

Тогтмол хаяг _____

ХАЯТ-ийн тасаг нэгжид ирсэн огноо: _____

цаг хугацаа: _____

Эрэмбэлэн ялгалт хийсэн цаг хугацаа: эхэлсэн: _____

дууссан: _____

Өвчний товч дурьдатгал _____

Эмнэлгийн яаралтай тусламжийн эрэмбэлэл

Амин үзүүлэлтүүд		Амин үзүүлэлтүүдийн өөрчлөлтүүд			
Өвчтөнд үнэлгээ яаралтай тусламж үзүүлж эхлэх хугацаа		2-5 минут	10 минут	30-60 минут	120 минут гарч буцах
Төв мэдрэлийн систем, ухаан санааны байдал		Ухаангүй, өвтгөхөд сэргэнэ	Ухаангүй дуудахад сэргэнэ. Догшрол	Орчиндоо харьцаа сул, самуурсан	Ухаантай, хэвийн харьцаатай
Амьсгалын зам		Боогдсон, хаагдсан	Бачуурсан, хяхнасан	Уухилсан, шуугисан	Чөлөөтэй
Амьсгалын тоо 1 минутанд		>50	35-49	24-34	Хэвийн 12-24
		<8	9-10	11-14	
Лугшилтын тоо 1 минутанд	олширсон	>180	140-179	111-140	Хэвийн 60-110
	цөөрсөн	<40	41-50	51-60	
Систопийн даралт мм.рт.ст	нэмэгдсэн	>200	180-199	150-179	Хэвийн 90-149
	буурсан	<60	61-75	76-89	
Sat O2					
Биеийн хэм					

Эрэмбийн ангилал:

улаан-А

шар-В

ногоон-С

цагаан-Д

Эрэмбэлэн ангилалтын үнэлгээ /дугуйл/:

А	В	С	Д
---	---	---	---

Эрэмбэлэн ялгалт хийсэн сувиалгч:
Их эмч:

гарын үсэг
гарын үсэг

/нэр/
/нэр/

247

Цаг минут	Эмчийн тэмдэглэл	Авсан арга хэмжээ, тусламж үйлчилгээ
100		

248

МЭС ЗАСЛЫН ӨМНӨХ ДУГНЭЛТ

Тасаг _____

Өвчний түүхийн дугаар _____

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ нэр _____ нас _____

.үйс: эрэгтэй, эмэгтэй /зур/ Цусны бүлэг _____

Эмчилгээний төлөвлөгөө:

Эмч нарын зөвлөгөөний онош, шийдвэр: _____

Зөвлөх эмчийн гарын үсэг: _____

Эмчлэгч эмчийн гарын үсэг: _____

Эмчийн гарын үсэг: _____

Мэс заслын үед болон дараа гарч болох эрсдэл: _____

Мэс засал эмчилгээний заалт: _____

Мэс заслын өмнөх онош: _____

мэс заслыг төлөвлөгөөт журмаар _____ оны _____ сарын _____-ны өдөр төлөвлөв.

Мэс засалч эмч: _____

Туслах эмч: _____

Туслах эмч: _____

Мэдээгүйжүүлгийн эмч: _____

Мэс заслын сувилагч: _____

Мэдээгүйжүүлгийн сувилагч: _____

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ /хүүхдийн/

Эмнэлгийн нэр _____
Өвчний түүхийн № _____

РД	
ЭМД	
Өвчний түүх нээсэн он сар өдөр / /	
Тасгийн нэр:	
Өөрийн нэр:	

Эцэг /эх/-ийн нэр:	Төрсөн он сар өдөр / /	Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй Жин [] Өндөр []	Эцгийн боловсрол: ☐ Бага ☐ Дээд ☐ Дунд ☐ Боловсролгүй ☐ Мэргэжлийн-техникийн	Эхийн боловсрол: ☐ Бага ☐ Дээд ☐ Дунд ☐ Боловсролгүй ☐ Мэргэжлийн-техникийн
Тогтмол хаяг:	Аймаг/хот:	Сум/дүүрэг:	Баг/хороо	Утасны дугаар: Эцгийн Эхийн Гэрийн
Тудамж/Байшин	тоот	☐ Сургууль ☐ Цэцэрлэг ☐ Яслид явдаггүй ☐ Явдаг ☐ Хаана явдаг		

Цусны бүлэг	Бүлэг		Төлбөрийн хэлбэр: ☐ Төр хариуцсан ☐ 15% ☐ 10% ☐ Өвчтөн хариуцсан	Доод шатлалаас илгээсэн эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй		
	Тодорхойлсон лаборант					
	Шалгасан эмч					
	Сар, өдөр					
	Он	Сар	Өдөр	Цаг	Хэвтэлт: ☐ Анх ☐ Давтан	Харшлын анамнез: ☐ Эмийн бодис ☐ Хоол хүнс ☐ Бусад
Өвчин эхэлсэн						
Эмчид үзүүлсэн						
Эхлэлт хэвтсэн						
Эмнэлгээс гарсан						
Өвчний төгсгөл: ☐ Эдгэрсэн ☐ Сайжирсан ☐ Хэвэндээ ☐ Дордсон ☐ Нас барсан	Эмнэлгээс: ☐ Гарсан ☐ Шилжсэн ☐ Нас барсан	он	сар	өдөр	Ор хоног [] хоног [] цаг	Эмчилгээний зардал: т

Онош	ӨОУА-10 код	Огноо
Явуулсан эмнэлэг/ байгууллагын нэр		
Явуулсан эмчийн онош		
Хүлээн авсан эмчийн онош		
Үндсэн онош		
Хүндрэл		
Хянагдсан өвчний онош		
Хийгдсэн ажилбар, мэс засал	ӨОУА-9 код:	
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг	Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/	

Үзлэг эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Хүлээн авсан эмчийн үзлэг	Хоол, эмчилгээ, сувилгаа, шинжилгээний заалт

Хүлээн авсан эмчийн гарын үсэг _____

ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

250

Өндөр (см) [] Жин (кг) [] Биеийн жингийн индекс (кг/м2) []	Цусны даралт (ммуб) Систолийн даралт [] Диастолын даралт []	
Х гэх үеийн зовиур:		
Өвчний түүх:		
Хэвтэхээс өмнө хийгдсэн эмчилгээ /гэрээр хийсэн эмчилгээ/:		
Амьдралын түүх:		
Ахуйн нөхцөл: ☐ Орон сууцанд ☐ Гэрт ☐ Бусад		Ам бүл _____ хэнтэйгээ амьдардаг
Урьд өвчилсөн өвчин, эмгэгийн байдал:		
Халдварт: ☐ Улаан бурхан _____ онд ☐ Салхин цэцэг _____ онд ☐ Гахайн хавдар _____ онд ☐ Гепатит А _____ онд ☐ Гепатит В _____ онд ☐ Гепатит С _____ онд ☐ Гэдэсний халдварт өвчнөөр өвдсөн эсэх _____ онд ☐ Сүрьеэ өвчнөөр өвдсөн эсэх _____ онд ☐ Уушигны _____ онд ☐ Булчирхайн _____ онд ☐ Гэдэсний _____ онд ☐ Бусад _____ онд ☐ Бусад _____ онд	Мэс засал, мэс ажилбар хийлгэсэн эсэх: ☐ тийм ☐ үгүй Тийм бол Ямар эрхтэнд _____ Хэдэн удаа _____ Хэдэн онд _____ Хүндрэл: ☐ гарсан ☐ үгүй	Осол гэмтэл, хордлого: _____ Одоогийн осол гэмтлийн шалтгаан: _____
Халдварт бус:		
Тархвар зүйн асуумж: ☐ Ойрын 6 сарын хугацаанд халдварт өвчтэй хүнтэй ойр байсан эсэх ☐ Ойрын 6 сарын дотор гадаад оронд зорчсон эсэх (хаашаа, ямар хугацаагаар)		
Удамшлын анамнез: Удамшлын өвчин: _____		

Охидын анамнез: Анхны сарын тэмдэг хэдэн настайд ирсэн: _____ Сарын тэмдгийн үргэлжлэх хугацаа: _____ Сүүлийн сарын тэмдэг хэзээ ирсэн _____		Сарын тэмдгийн мөчлөгийн хоног: _____ Сарын тэмдгийн хэмжээ: /зур/ бага, дунд, их _____	
Хорт зуршил: Тамхи татдаг эсэх: ☐ Тийм Өдөрт хэдэн ширхэг: _____ ☐ үгүй			
Эцэг /эх/ архи уудаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй		Эцэг /эх/ тамхи уудаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	
Хүүхдийн дэргэд тамхи татдаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй			
Удаан хугацаагаар, байнга хэрэглэж байсан эмийн тухай _____ Хэдий хугацаагаар хэрэглэж байгаа _____			
Хооллолтын байдал: ☐ Хөхөөр ☐ Тэжээвэр /юугаар/ _____ ☐ Холимог ☐ Ердийн хоол	Хооллох үед зовиуртай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол ямар зовиур илэрдэг _____	Өдөрт хэдэн удаа хооллодог Тогтмол цагт хооллож чаддаг эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Цагаан хоолтон эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Голчлон хэрэглэдэг хоол, хүнс: ☐ Махан ☐ Гурилан ☐ Ногоо ☐ Жимс жимсгэнэ ☐ Сүү цагаан идээ ☐ Халуун ногоо ☐ Дарсан давсалсан бүтээгдэхүүн ☐ Бусад
Үзлэг эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут			
БОДИТ ҮЗЛЭГИЙН ХЭСЭГ			
Ерөнхий үзлэг:			
Биеийн ерөнхий байдал: ☐ Хөнгөн ☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд SatO_2 _____ FiO_2 _____	Ухаан санаа: ☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Ступор ☐ Сонор ☐ Кома ☐ Бусад	Орчиндоо: ☐ Харьцаата ☐ Харьцаагүй ☐ Сул	Байрлал: ☐ Идэвхтэй ☐ Идэвхгүй ☐ Албадмал ☐ Хагас _____ угаа ☐ Хэвтрийн ☐ Бусад
Царайны илрэл: ☐ Хэвийн ☐ Айсан ☐ Сандарсан ☐ Цочсон ☐ Гутарсан ☐ Шаналсан ☐ Цонхийсон ☐ Улайсан	☐ Хөхөрсөн ☐ Ядрангуй шаргалтсан ☐ Хавагнасан ☐ Баг өмссөн мэт, гиппократын ☐ Корвизорын ☐ Акромегалийн ☐ Бусад	Биеийн галбир: ☐ Зөв ☐ Зөв биш Зөв: ☐ Астеник ☐ Гиперстеник ☐ Нормостеник	Зөв биш эмгэг: ☐ Тал саатай ☐ Бөгтөр ☐ Гэдгэр ☐ Оцгор ☐ Бусад
Марианы байдал: ☐ Ердийн ☐ Таргандуу ☐ Тарган ☐ Хэт тарган туранхайвтар ☐ Туранхай ☐ Эцэнхий ☐ Яс арьс болтлоо турсан			
Хэсэгчилсэн үзлэг: Толгойн хэлбэр: _____ хэмжээ: _____			
Гавлын ясжилт: ☐ Хэвийн ☐ Зөөлөн	Зулай: ☐ Битүүрсэн ☐ Битүүрээгүй (тайван, хонхор, дүүрэнгэ, пульсацитай)	Зулайн хэмжээ: _____ см Заадсууд: ☐ Нийлсэн ☐ Салсан ☐ Давхардсан	
Дагзны булчингийн хөшингө илэрсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй			
Нүүрний хэлбэр: ☐ Хэвийн ☐ Дугуй сар шиг ☐ Зөв бус ☐ Бусад	Хөмсөг: ☐ Ердийн ☐ Өтгөн ☐ Шингэн ☐ Халцарсан /арын гуравны нэг нь ургаагүй/ ☐ Огт хөмсөггүй ☐ Бусад	Зовхи: ☐ Хэвийн ☐ Хавантай ☐ Арьс нь харласан ☐ Зовхины орчим Ксантомтой ☐ Дээд, доод зовхи унжсан	Нүд: ☐ Хэвийн ☐ Нүд мэдэгдэхүйц бүлти _____ эн ☐ Нүд солир ☐ Нистагм илэрсэн ☐ Хонхор ☐ Нулимстай ☐ Бусад
Нүдний салстын өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус цэнхэр ☐ Цайвар ☐ Шарангуй ☐ Улаан	Хүүхэн хараа: ☐ Хэвийн ☐ Нарийссан ☐ Өргөссөн ☐ Хоёр талд ижил биш Гэрлийн урвал: _____		Хамар: хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Зөв биш Хэмжээ: ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус Муруйлттай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй

Уруулын өнгө: ☐ Ягаан ☐ Улаан ягаан ☐ Хөхөлбөр ☐ Цайвар ☐ Бусад _____		Уруулын чийгшилт: ☐ Чийглэг ☐ Омголтсон ☐ Хуурай ☐ Бусад _____		Уруул, тагнайн сэтэрхийтэй эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (баруун, зүүн, 2 талд)	
Амны хөндий:					
Хэл: Өнгө: ☐ Ердийн ☐ Цайвар ☐ Ягаан ☐ Улаан		Өнгөр ☐ Өнгөргүй ☐ Өнгөртэй /нимгэн, зузаан/ ☐ Хэсэгчилэн арилсан ☐ Өнгө нь цайвар ☐ Бохир ☐ Бусад _____		Хөхлөг: ☐ Ердийн ☐ Хатингаршсан ☐ Томорсон	
				Тууралт: ☐ Тууралтгүй ☐ Яр ☐ Шарх ☐ Улайлт	
Буйл: Өнгө: ☐ Ердийн ☐ Улайсан ☐ Цайвар ☐ Хөхөлбий		☐ Шархлаагүй ☐ Шархалсан		☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Тууралтгүй ☐ Тууралттай	
Хатуу, зөөлөн тагнай: Өнгө: ☐ Ердийн ☐ Тууралттай ☐ Улайсан ☐ Шарлалттай ☐ Цайсан		Гүйлсэн булчирхай: ☐ Үрэвссэн ☐ Үрэвсээгүй Хэмжээ: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон		Дууны өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Сул ☐ Сөөнгө ☐ Дуу гарахгүй ☐ Бусад _____ Шүд: _____	
Арьс салстын байдал:					
Хамар уруулын гурвалжин: ☐ Хэвийн ☐ Хөхрөлттэй (төвийн, захын цайвар хөхрөлт)		Арьсны өнгө: ☐ Хэвийн ☐ Цайвар шар ☐ Цайвар ягаан ☐ Шар ☐ Нимбэгэн шар ☐ Улаан шар		Уян хатан чанар: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан ☐ Алдагдсан	
		☐ Ногоон шар ☐ Бараан саарал ☐ Цайж алагласан ☐ Хүрэл шиг ☐ Улаан цоохор ☐ Зэвхий саарал ☐ Бусад _____		Арьсны чийглэг байдал: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Хуурайшсан ☐ Хогжруутсан ☐ Гуужсан ☐ Сайртсан	
Арьсан дээрх тууралт: ☐ Цэвэр тууралтгүй ☐ Тууралттай (улаан, толбон, гүвдрүүт, цэврүүт, бэлцрүүт, товруут, зангилаат, цусархаг шалбархай, тав, хайрс, ан цав, цууралт, цэгэн, одлог, үү, сорви, гемангиом, атером, хөхрөлт, бусад _____ Тууралтын байршил: _____					
Арьсан доорх өөхөн эдийн хөгжил: ☐ Хэвийн ☐ Сул ☐ Их		Арьсан доорхи судасны байдал: ☐ Ердийн ☐ Ялимгүй харагдана ☐ Тод харагдана ☐ Өргөсч бүдүүрсэн ☐ Бусад _____		Хаван: ☐ Хавангүй ☐ Хавантай: Ерөнхий хэсгийн: ☐ Нүүрэнд ☐ Зовхинд ☐ Хэвлийд ☐ Шилбээр ☐ Хуухнаг	
Захын тунгалгийн булчирхайн байдал:					
Хэмжээ: ☐ Хэвийн ☐ Харахад томорсон ☐ Тэмтрэлтээр томорсон		Байрлал: ☐ Хүзүүний ☐ Суганы ☐ Цавины ☐ Бусад _____		Нягт: ☐ Зөөлөн ☐ Хатуу	
				Гадаргуу: ☐ Барзгар ☐ Гөлгөр	
				Хөдөлгөөн: ☐ Хөдөлгөөнтэй ☐ Хөдөлгөөнгүй	
				Эмзэглэл: ☐ эмзэглэлгүй ☐ эмзэглэлтэй	
Арьсны дайврууд: Үс _____ Хумс _____					
Булчингийн хөгжил: ☐ Ердийн ☐ Сул ☐ Хатингаршсан ☐ Сайн ☐ Жигд бус		Булчингийн чангарал: ☐ Хэвийн ☐ Сул ☐ Чангарсан ☐ Хэт чангарсан		Булчингийн хүч, хөдөлгөөн: 06, 16, 26, 36, 46, 56 Булчингийн чангарлын байршил: _____	
Гуур эрхтний тогтолцоо:					
Үе мөчний хэлбэр: ☐ Хэвийн ☐ Өөрчлөгдсөн ☐ Үений орчим хавдаж улайсан ☐ Хөдөлгөх буюу дарахад өвддөг			Үений хөдөлгөөн: ☐ Идэвхитэй ☐ Чөлөөтэй ☐ Идэвхигүй ☐ Хязгаарлагдмал		
аль үеэнд _____			аль үеэнд _____		

ХҮҮХДИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Харж ажиглах:

Хамар сарталзах шинж: ☐ Илэрсэн ☐ Илрээгүй Хамрын амьсгал: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай ☐ Амаар амьсгалж байгаа	Хөхрөлт байгаа эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: ☐ Төвийн ☐ Захын	Цээж хонхолзох шинж: ☐ Илрээгүй ☐ Сул илэрсэн ☐ Тод илэрсэн Цээжний хэлбэр: ☐ Зөв ☐ Эмгэг	Цээжний 2 талд амьсгалд жигд оролцох байдал: ☐ Жигд (баруун/зүүн тал) ☐ Хоцорно
---	--	---	---

Хамарт ялгадастай эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол ямар: _____	Амьсгал авалт саадтай: ☐ Тийм ☐ Үгүй Амьсгал гаргалт саадтай: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Амьсгалын тоо 1 минутанд _____ удаа ☐ Хэм жигд Цэрний шинж байдал: _____ ☐ Жигд бус Ханиалгалтын байдал: _____
---	--	--

Тэмтрэлт:

Цээжээр эмзэглэх: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй (_____) Уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан	Дууны доргион: ☐ Хэвийн Суларсан ☐ Тодорхойлогдохгүй ☐ Хүчтэй болсон	Тогшилтын дуу: ☐ 2 талд ижил ☐ Ижил бус	Хэсэгт тогшилтын дуу: ☐ Бүдгэрсэн ☐ Тодорсон ☐ Дүлий болсон
--	--	---	---

Чагналт

Амьсгал 2 талд: ☐ Ижил ☐ Ижил бус (_____ хэсэгт); Эмгэг амьсгалтай: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (цулцангийн суларсан, цулцангийн ширүүссэн, гуурсан хоолойн эмгэг, стенозын, амьсгал сонсогдохгүй)	Нэмэлт шуугиантай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол: (нойтон хэржигнүүр, шажигнуур, хуурай хэржигнүүр, гялтангийн шүргэлцэх чимээ _____ хэсэгт) Бронхофони ☐ Хэвийн ☐ Тодорсон ☐ Суларсан (_____ хэсэгт)
---	--

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Харж ажиглахад: Зүрхний оройн түлхэлт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана	Гүрээний судасны лугшилт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана	Чамархайн судасны лугшилт: ☐ Ажиглагдахгүй ☐ Ажиглагдана
--	---	--

Хурууны үзүүр: ☐ Хэвийн ☐ Бөмбөрийн дохиур мэт ☐ Бусад _____	Тэмтрэлтээр: Зүрхний оройн түлхэлт: ☐ Хэвийн ☐ Хэлбийсэн байрлал (_____)	Түлхэлтийн хүч: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Багассан
--	---	---

Гүрээний судасны лугшилт: ☐ Хэвийн ☐ Түргэссэн ☐ Удааширсан	Гол судасны лугшилт: ☐ Хэвийн ☐ Сул ☐ Ихэссэн	Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа хүчдэл дүүрэлт _____
--	--	---

Тогшилтоор: Зүрхний хил: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон	Аль тийш хазайсан: ☐ Зүүн ☐ Баруун Хэмжээ _____	Чагналтаар: Зүрхний авиа: ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр	Хэм: ☐ Жигд ☐ Жигд бус Хэм алдалттай хэлбэр нь _____
--	---	--	--

ЗЦТ _____ минутанд АД баруун талд _____ / _____ АД зүүн талд _____ / _____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Амны үнэр: ☐ Хэвийн ☐ Иссэн жимс ☐ Элэгний ☐ Ацетон ☐ Үмхий	Хэвлийн үзлэг: ☐ Ердийн ☐ Цардгар ☐ Мэхгэр ☐ Хэвлийн тойрог _____ см	Хэвлийд асцит бий эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Хэвлий: ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Эмзэглэлгүй Өвдөлтийн байрлал: _____	Хүйн байдал: _____
---	--	---	--------------------

Элэгний бага шинжүүд: ☐ Хэлний үзүүр улайсан [], Алга улайсан [] ☐ Гарын алганы зураас тодорсон [] ☐ Өнгөц вен өргөссөн [] ☐ Одлог тууралт [] Гинекомасти []	Ходоод тэмтрэлт, тогшилтоор: Ходоодны доод хил: ☐ Хэвийн ☐ Агшсан ☐ Сунасан (1, 2, 3-р зэрэг)	Нугалуур: ☐ Тэмтрэгдэнэ ☐ Тэмтрэгдээгүй Хэмжээ нь: ☐ Ердийн ☐ Томорсон
--	--	--

Их, бага махиа: ☐ Тэмтрэгдэнэ ☐ Тэмтрэгдээгүй Менделийн шинж []		Элэгний хэмжээ тэмтрэлтээр: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон ☐ Хавирганы нумнаас доош ____ см Элэгний ирмэг ☐ Хурц ☐ Мохوو		Дэлүүний хэмжээ: ☐ Хэвийн ☐ Томорсон ____ см	
Цэсний өвдөлтийн үед илрэх хам шинжүүд: ☐ Кера [] см, ☐ Мерфи [] см, ☐ Мюсси [] см ☐ Ортнера [] см ☐ Василенко [] см			Нойр булчирхайн өвдөлтийн үед илрэх хам шинжүүд: ☐ Воскресенского [] см ☐ Мейо-Робсона [] см ☐ Тернера [] см ☐ Губергрицкого [] см ☐ Джаниледзе [] см		
Гэдэс тэмтрэлтээр: Тахир гэдэс: Хэлбэр: ☐ Бортгон ☐ Өөр Гадаргуу: ☐ Гөлгөр ☐ Барзгар		Хэмжээ: ☐ Хэвийн ☐ Агшсан ☐ Томорсон		Нягтрал: ☐ Хатуу ☐ Зөөлөн ☐ Эмзэглэлтэй	
Хошного: ☐ Хэвийн онгойсон ☐ Битүү		Баас: ☐ Хэвийн ☐ Шингэн баана ☐ Хатна		Суулгах: ☐ Усархаг ☐ Салсттай ☐ Цусны судалтай ☐ Залхагтай ☐ Хоолны боловсроогүй үлдэгдэлтэй	
Баасны тоо: хоногт ____ удаа					
Мэдрэлийн тогтолцоо					
12 хос мэдрэлээс гарсан өөрчлөлт /дугуйл/ I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII		Үнэрлэх мэдрэмж: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан ☐ Ялгахгүй		Сонсголын мэдрэмж: Сонсох чадавхи: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Буурсан	
Хүүхэн хараа: ☐ Өргөссөн ☐ Ердийн ☐ Нарийссан		Рефлекс: ☐ Хэвийн ☐ Арефлекс ☐ Гиперрефлекс ☐ Гипорефлекс ☐ Эмгэг рефлекс ☐ Клонус илэрсэн		Мэдрэхүйн хүрээний өөрчлөлт: ☐ Илрээгүй ☐ Илэрсэн Өнгөц мэдрэхүй: ☐ Алдагдаагүй ☐ Алдсан	
Гүний мэдрэхүй: ☐ Алдагдаагүй ☐ Алдсан (парастезия, анестезия, гипостезия, гиперстезия, бусад _____)					
Хэт хөдөлгөөнтөх хам шинж: ☐ Илрээгүй ☐ Илэрсэн (гиперкинезия, тремор, тик, хороя, атетоз, нүүрний татвалзал, бусад _____)			Тэнцвэрийн сорилд: ☐ Алдахгүй ☐ Алдана		Менингитийн шинж: ☐ Илрээгүй ☐ Илэрсэн
Вегетатив мэдрэлийн систем: _____ Сэтгэцийн байдал: _____ Бусад: _____					
Шээс бэлгэсийн тогтолцоо					
Бөөр: ☐ Тэмтрэгдэхгүй ☐ Тэмтрэгдэнэ ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Эмзэглэлгүй		Пастернацкийн шинж: Баруун талд [] Зүүн талд []		Хоногийн шээсний гарц: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Багассан	
Шээсний өнгө: ☐ Сүрлэн шар ☐ Улаан шар ☐ Өнгөгүй ☐ Тунадастай ☐ Тунадасгүй, Тоо ____ олон, цөөн					
Шөнө шээдэг эсэх: ☐ Үгүй ☐ Тийм Тоо ____		Шээхэд: ☐ Давсаг шээсний сүв эмзэглэх ☐ Үгүй ☐ Шээс дүлүүлж гардаг ☐ Үгүй		Гадна бэлэг эрхтний хөгжил: ☐ Зөв ☐ Зөв биш	
Шээс: ☐ Тасалддаг ☐ Үгүй					
Давсаг тэмтрэгдэх: _____ Эргийн хоёрдогч шинж тэмдэг илэрсэн эсэх: _____					
Хүснэгт эрхтэн, тогтолцоо					
Бамбай булчирхай: ☐ Тэмтрэгдэхгүй ☐ Тэмтрэгдэнэ /зур/ (зөөлөн, хатуу, эмзэглэлтэй, эмзэглэлгүй)		☐ Томроогүй ☐ Томорсон (0, I, II зэрэг)			
Хэсэг газрын үзлэг /Status localis/ _____ _____ _____					

ЭМНЭЛЗҮЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

Зовиураас: _____ Асуумжаас: _____ Бодит үзлэгээс: _____ Шинжилгээний дүгнэлтээс: а/ Лабораторийн шинжилгээ: Цусны ерөнхий шинжилгээ: _____ Шээсний ерөнхий шинжилгээ: _____ Цусны биохимийн шинжилгээ: _____ Вирүс, маркерийн шинжилгээ: _____ Бусад шинжилгээ: _____ б/ Үйл оношийн шинжилгээ: Чанд авиан шинжилгээ: _____ Дурангийн шинжилгээ: _____ Рентген шинжилгээ: _____ Бусад шинжилгээ: _____ Клиникийн урьдчилсан онош: _____ Хүндрэл: _____ Дагалдах онош: _____	Эмчилгээ сувилгааны төлөвлөгөө		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> Ялган оношлох эмгэг ба хам шинжүүд: 1 2 3 4 </td> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> Шинжилгээний төлөвлөгөө: 1 2 3 4 </td> </tr> </table>	Ялган оношлох эмгэг ба хам шинжүүд: 1 2 3 4	Шинжилгээний төлөвлөгөө: 1 2 3 4	
Ялган оношлох эмгэг ба хам шинжүүд: 1 2 3 4	Шинжилгээний төлөвлөгөө: 1 2 3 4		
Хоол тэжээл 1. Хоол № _____ 2. Зөвшөөрөгдөх _____ 3. Хориглох _____	Дэглэм Хэвтрийн [] ердийн [] Эмч, сувилагчийн хяналт: Байнга [] Ердийн [] Сахиур: /зур/ шаардлагатай [] үгүй []		

Эмчийн нэр _____
Он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут _____

253

Сар, өдөр	Үзлэгийн тэмдэглэл	Эмчилгээ, хоол сувилгааны заалт

КЛИНИКИЙН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

Зовиураас: _____

Асуумжаас: _____

Бодит үзлэгээс: _____

Шинжилгээний дүгнэлтээс:

а/ Лабораторийн шинжилгээ:

Цусны ерөнхий шинжилгээ: _____

Шээсний ерөнхий шинжилгээ: _____

Цусны биохимийн шинжилгээ: _____

Вирус, маркерийн шинжилгээ: _____

Бусад шинжилгээ: _____

б/ Үйл оношийн шинжилгээ:

Чанд авиан шинжилгээ: _____

Дурангийн шинжилгээ: _____

Рентген шинжилгээ: _____

Бусад шинжилгээ: _____

Клиникийн онош

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

Эмчийн нэр _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ, ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ЭПИКРИЗ

254

Биеийн байдал	Гарах үед
Хөнгөн	1
Дунд	2
Хүнд-этэр	3
Хүнд	4
Маш хүнд	5

Хийгдсэн шинжилгээ			
Эмнэл зүйн	1	Гэрлийн	8
Биохими	2	ЭКГ	9
Нян судлал	3	ЭХО	10
Вирус	4	Уян дуран	11
Эд, эсийн	5	Компьютер томографи	12
Иммунологи	6	Соронзон томографи	13
Шимэгч хорхойн өндөг үзэх	7	Хийгдээгүй	14

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош:

Хийгдсэн ажилбар, мэс засал: _____

Картанд тэмдэглэл хөтөлсөн эсэх /зур/: тийм, үгүй

Цаашид мөрдвөл зохих дэглэм, хяналтын талаархи зөвлөгөө /тодорхой бичнэ үү/

Шилжсэн /зур/: аймаг, дүүргийн эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, бусад _____

Хяналт /зур/: харьяа өрхийн, сумын, аймгийн эмч, холбогдох мэргэжлийн эмч ба бусад _____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

[illegible]

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: _____

Өвчний түүх № _____ Нас: _____ Хүйс: _____ Тасаг: _____

Өрөө:

Огноо		
Тогтсон хонгор		
Мэс засал хийлгэсэний дараах өдөр		
Цаг минут		
Пульс (P)	Амьсгал (R)	Халуун ($T^{\circ}C$)
150	55	40,5
140	50	40
130	45	39,5
120	40	39
110	35	38,5
100	30	38
90	25	37,5
80	20	37
70	15	36,5
60	10	36
50	5	35,5
45	0	35
Цусны даралт		
Хоол №		
Биеийн жин		
Ялгаруулалтын давтамж /хэдэн	Өтгөн Шээс	
Сувилагчийн гарын	Өглөөний ээлж	
	Өдрийн ээлж	
	Оройн ээлж	

ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА

ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА											
6. Өдөр тутмын сувилгаа	Уян зүү	Тавьсан/сольсон									
	гуурсны арчилгаа	Бэхэлгээ хийсэн									
		Хийх шаардлагагүй									
	Бургуй хийсэн	Хийгдсэн									
		Цэвэрлэх бургуй/ тосон									
		Эмчилгээний бургуй									
	Хэсэгчилсэн асаргаа	Хий гаргах гуурс									
		Халуун жин тавьсан									
		Хүйтэн жин тавьсан									
		Халуун бигнүүр тавьсан									
		Хүйтэн бигнүүр тавьсан									
	ЭМБ/Зөвлөгөө өгөх	Гич тавьсан									
		Бумба тавьсан									
	Нөхөн сэргээх	Өөрт нь зөвлөгөө өгсөн									
		Гэр бүлд нь зөвлөгөө өгсөн									
	Байрлал	Дасгал хөдөлгөөн хийлгэсэн									
		Иллэг массаж хийсэн									
	Ариун цэвэр	Сольсон /цаг/									
Солих шаардлагагүй											
Цагаан хэрэглэл сольсон		СУ (сувилагч) Ө (эмчлүүлэгч өөрөө) СА (сахиур)									
Үс самнасан											
Сахал хуссан											
Хувцас сольсон											
Хөл гарын хумс авсан											
Амны хөндий, шүд угаасан											
Хооллосон											
Аюулгүй байдал	Онцгой анхаарах тэмдэг										
	Унаж бэртэхээс сэргийлэх										
	Орны хашлага										
	Тэргэнцэр, таяг										
Нэмэлт	Шинжилгээнд өвч явсан										
	Өрөө тасаг, шилжүүлсэн										
7. Сувицлаганы асуудал - #	1. Амьсгал/Зүрх судас										
	2. Хоол боловсруулах										
	3. Шээс ялгаруулалт										
	4. Арьс										
	5. Мэдрэл, сэтгэхүйн байдал										
	6. Өдөр тутмын сувилгаа										
8. Үнэлгээ хийсэн сувилагч	Огноо/цаг										
	Нэр /товчлохгүй/										
9. Үнэлгээг давтан хийх хугацаа, нийт давтамжийн талаар ахлах сувилагчийн тэмдэглэл	Огноо/цаг										
	Нэр /товчлохгүй/										

Хуудсыг хөтлөх заавар:

Тэмдэглэгээ		Хөтлөх заавар	
Ү хэсэгт дараах гурван тэмдэглэгээнээс хамаарахыг тавина:	✓	Тийм	Тийм* гэж үнэлсэн асуудал бүрийг сувилгааны төлөвлөгөөнд оруулна. Ангилал бүрээс нэг асуудалтай бол тэрхүү асуудал бүрээр эмчлүүлэгчийн зовиурыг багасгах сувилгааны ажлын төлөвлөлтийг СТ-3 хуудсанд тэмдэглэж хэрэгжүүлж, дүгнэнэ
	X	Үгүй	Үгүй* бол сувилгааны төлөвлөгөөнд орох асуудал биш гэж үзэх тул сувилгааны төлөвлөгөөнд энэ чиглэлээр хийх ажил төлөвлөгдөхгүй гэж ойлгоно.
	/	Хамаарахгүй	Тухайн үнэлгээний асуулт эмчлүүлэгчид хамаарахгүй бол бол тэр бүлгийг бүхэлд нь (/)ташуу зураас татан хамаатуулахгүй орхиж болно
#		Асуудлын дугаар	Тухайн бүлэг асуудлыг үнэлж, түүний ард буй сувилгааны асуудлаас тохирох нэг асуудлыг сонгон авч "Сувилгааны асуудал" ангилалын арын тохирох хүснэгтэнд тэмдэглэнэ. Ж-нь: Ханиалгалт, цэртэй гэж үнэлсэн бол "Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан" гэсэн асуудлыг сонгон " #3 " тэмдгийг тохирох нүдэнд тавина.
Эмчлүүлэгчийн ариун 4-ийн хэсгийг дараах	СУ	СУ	Сувиллагч хийсэн
	Ө	Ө	Эмчлүүлэгч өөрөө хийсэн
	СА	СА	Сахиур хийсэн
*-	Өвдөлттэй бол өвдөлт үнэлэх хуудсыг сонгомолгоор авч тухайн эмчлүүлэгчид хэрэглэнэ		
	Арьсны байдал өөрчлөлттэй гэж үнэлвэл цооролтын удирдамжийг /нэрийг магадлах/ баримтлан сувилах төлөвлөгөөг боловсруулна.		
	Шингэний балансыг үнэлэх хуудсыг сонгомолгоор авч тухайн эмчлүүлэгчид хэрэглэнэ		
Саарал хүснэгт	Хэвийн үзүүлэлтийг тодруулав		

СУВИЛГААНЫ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмчлүүлэгчийн нэр: Өвчний түүх № Нас: Хүйс: Тасаг: Өрөө:

гноо / цаг	Асуудлын дугаар #	Сувилах төлөвлөгөө	Хэрэгжүүлэлт/Дүгнэлт
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:
			Сувилагчийн нэр:

ШИНГЭНИЙ БАЛАНС ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:

Өвчний түүх №

Нас:

Хүйс:

Тасаг:

Өрөө:

Огноо	Биед орсон шингэн / ml хэмжих нэгж/					Биеэс гарсан шингэн / ml хэмжих нэгж/				
	Хэрхэн	Өглөө	Өдөр	Орой	Тус бүрийн хэмжээ	Хэрхэн	Өглөө	Өдөр	Орой	Тус бүрийн хэмжээ
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					Нийт хэмжээ				
Сувилагчийн гарын үсэг										
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					Нийт хэмжээ				
Сувилагчийн гарын үсэг										
	Амаар					Шээсээр				
	Гуурсаар					Өтгөнөөр				
	Судсаар					Гуурсаар				
	Бусад					Бусад /бөөлжүүлэх/				
	Нийт хэмжээ					Нийт хэмжээ				
Сувилагчийн гарын үсэг										

*Сувилагч энэ хүснэгтийг өөрөө хөтлөх буюу, эмчлүүлэгчийн ар гэрийнхэнд хэрхэн хөтлөх тухай мэдлэг олгож, хөтлөх аргыг зааварчилна.

ӨВДӨЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:

Өвчний түүх №

Нас:

Хүйс:

Тасаг:

Өрөө:

Сар/Өдөр					
Мэс заслын дараах хоног					
Цаг					
Өвдөлтийн байрлал					
Өвдөлтийн хүч*	1 – бага				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10 – маш хүчтэй				
Ямар өвдөлт байгаа вэ? /Жишээ нь чинэрч өвдөх, атгаж өвдөх/					
Өвдөлтийн давтамж	Босч явах үед	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Дандаа	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Өвдөөд унтаж чадахгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
Өвдөлт, үйл ажиллагааны байршлаар	Хооллоход	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Ялгаруулалтын үед	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
	Сууж/босоход	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй	Тийм / Үгүй
Эмийн бус аргууд	Бусад хөдөлгөөн				
	Халуун жин				
	Хүйтэн жин				
	Зүү				
	Дасгал				
	Массаж				
	Физик эмчилгээ				
Бусад					
Өвдөлт намдаах эмийн тун, хэрэглэх зам					
Сувилагчийн гарын үсэг	Өглөөний ээлж				
	Өдрийн ээлж				
	Оройн ээлж				

* Өвдөлтийн хүчийг үнэлэхдээ өвчтөнөөс асуухаас гадна хавсаргасан өвдөлтийн хүч үнэлэх хуудсыг ашиглаж болно.

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маяг СТ-1 Хавсралт 4

car _____ едәр

Үндсэн онош

Дагалдах онош, хавсарсан онош:

Эрчимт эмчилгээний _____ дэх өдөр

Мэс зэслын дараах _____ дэх өдөр

Билгийн жилийн	/кг/
----------------	------

Мэс заслын нэр

262

Шинжилгээ:

Эмчлүүлэгч _____
Нас.....
Хүйс/зүйр/ эрэгтэй, эмэгтэй

Хориглох зүйл _____
Харшил _____

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

		Д/д		цаг		09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	Дүн	
Шахуурга																															+ /орсон/ Судсаар
Дуслаар																															Амаар Нийт - /гарсан/ Шээс Бөөлжилт Өтгөн Гуурсаар Бусад
Судсаар																															Нийт Шингэний баланс Эмчилмэдэгдэх хяналтын хялсаар АДД Пульс Сагс
Булчин, арьсан дор																															Баланс төлөвлөлт
Амаар																															Баланс төлөвлөлт
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																															Баланс төлөвлөлт

Хариулсан сувилагч

Эмчилгээний эмч

Эмчилгээний эмч

Хариуцсан сувилагч
Эмчлэгч эмч:

Эмчлүүлэгчийн эмч:

263

ЭМСийдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1 Хавсралт 5А

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭГЧ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ, МЭДЭЭ АЛДУУЛАЛТЫН ЯВЦ СЭРЭЭХ ҮЕИЙН ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ нэр _____		Тасаг _____							
РД _____	нас _____ эрэгтэй, эмэгтэй	Өвчний түүх № _____							
Клиникийн онош: _____									
Төлөвлөгөөт, яаралтай. Төлөвлөж байгаа хагалгаа _____									
Мэдээгүйжүүлэлтийн өмнөх үзлэг		Үзсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут							
Анамнез: ☐ Харшил _____ Зовиур _____ Урьд өвчилсөн өвчин _____ Урьд хийгдсэн хагалгаа, мэдээгүйжүүлэлт _____ ☐ гормон, ☐ цус, ☐ сийвэн хийлгэж байсан. Гаж нөлөө _____ айна хэрэглэдэг эмийн бодис: _____ Удмын онцлог байдал _____ ☐ Жирэмсний хугацаа _____		☐ Тамхи татдаг ☐ < 10 жил ☐ > 10 жил Архи ☐ Байнга хэрэглэдэг ☐ Үе үе хэт хэрэглэдэг							
Бодит үзлэг АД: _____ Зүрхний цохилт _____ Амьсгалын тоо _____ Жин _____ t0 _____ Таргалалт: ☐ хэвийн ☐ туранхай ☐ тарган ☐ хэт тарган ☐ дегидратацтай Арьс салстын өнгө _____ Зүрх _____ Ууш _____ Мэдрэл _____ Бусад өвчин _____ ☐ ам ангайлт < 2 хуруу ☐ хүзүүний хөдөлгөөн муу ☐ нуруу сээрний хэлбэр алдагдсан Маллампати I II III IV Эрүү бамбайн зай ☐ < 6 см ☐ 6 см Шүд ☐ хиймэл ☐ хөдөлгөөнтэй ☐ дорсгой									
Лабораторийн шинжилгээнүүд Цус: Ht _____ Hb _____ Эр _____ Лей _____ Гром _____ Эртх _____ ЭКГ _____ Шээс: Х/ж _____ Уураг _____ бусад _____ Эрдэс: Na _____ Креатинин _____ ГОТ _____ K _____ сахар _____ ГПТ _____ CL _____ Билирубин _____ Цээжний рентген _____ Бүлэгнэлт: АВР _____ АРРТ _____ Тр хугацаа _____ Фибр _____ Бусад шинжилгээ _____ Биений байдал: ASA ангиллаар I II III IV V E Эрсдэл: I II III IV V									
Урьдчилсан эмжүүлэлт Урьд орой нь: _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Эмч: _____		Хагалгааны өмнө 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Эмч: _____							
Мэдээгүйжүүлэлтийн төлөвлөгөө ☐ Ерөнхий ☐ Бүсчилсэн ☐ Хавсарсан ☐ Бусад ☐ Интубац товогтэй ☐ Шаардагдах нэмэлт хэрэгсэл _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Цусны бүлэг</th> </tr> <tr> <td>Захиалга</td> <td>Цус</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Сийвэн</td> </tr> </table> Мэдээгүйжүүлэлтийн тухай тайлбарлаж өгсөн (ар гэр, эмчлүүлэгч) Гарын үсэг _____		Цусны бүлэг		Захиалга	Цус		Сийвэн
Цусны бүлэг									
Захиалга	Цус								
	Сийвэн								
Мэс заслын дараах онош _____ Хийгдсэн мэс засал _____ _____									

Үзсэн ____ цаг ____ минут

Шилжсэн ☐ тасагт ☐ эрчимт эмчилгээнд ☐ Хүлээн авсан ☐

264

Өвчний түүхийн № _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1 Хавсралт 6

МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй Нас _____

Төлөвлөсөн мэс заслын нэр _____

Клиник оношийн үндэслэл ба мэс заслын өмнөх дүгнэлт _____

Мэс заслын өмнө хийгдсэн шинжилгээний /өөрчлөлт бүхий үзүүлэлтүүд/ _____

Мэс заслын эмчилгээний төлөвлөгөө _____

Мэс засал эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ миҮргэлжилсэн цаг _____ минут _____
Мэс заслын бичлэг _____

Мэс заслын бэлтгэл, гарч болох хүндрэл түүнээс сэргийлэх _____

Мэс заслын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ _____

Мэс заслын шархны арчдас авсан эсэх: Тийм, Үгүй /зур/ _____

Мэс заслын дараах онош _____

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр: (зур)

ерөнхий: *эндотрахеал хошуувч, төвөнхийн хошуувч*

бүсчилсэн: *нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс*

Мэс засал: (зур) *цэвэр, бохир*

Оёдол тавьсан утас _____

Мэс заслын өмнө хэрэглэсэн антибиотикийн тухай _____

Мэс заслын үед хэрэглэсэн антибиотикийн тухай _____

Мэс заслын дараа хэрэглэсэн антибиотикийн тухай _____

Мэс засал хийсэн эмч:

1. _____

2. _____

3. _____

Мэдээгүйжүүлэгч эмч:

1. _____

Сувилагч:

1. _____

2. _____

3. _____

Сувилагч:

1. _____

Эмчлэгч эмч _____

Эцэг

РД

Мэдээ

ОНОШ

СӨ-д сэлбэсэн цус, ш	Тэмдэглэл
Шингэн	
Цус	
Плазм	

Нийт

СӨ-ний сувилагч

266

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр _____

Эцэг эхийн нэр _____ РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Нэр _____ Нас _____ Хүйс /зур/: эрэгтэй, эмэгтэй

Тогтмол хаяг _____

ХАЯТ-ийн тасаг нэгжид ирсэн огноо: _____

цаг хугацаа: _____ Ор хоног:

--	--	--

Эрэмбэлэн ялгалт хийсэн цаг хугацаа: эхэлсэн: _____ Цаг:

--	--

дууссан: _____

Өвчний товч дурьдатгал _____

Бодит үзлэг

Д/д	Цаг	Параметрууд							
1	О	Цог байдал							
2	Зүрхний	цохилт							
3	Амьсгалын	тоо							
4	Артерийн	даралт							
5	Биеийн	хэм							
6	Sat O ₂								
7	Fi O ₂								

Эмнэлгийн яаралтай тусламжийн эрэмбэлэл

А. Яаралтай шинж	В. Тулгамдсан шинж
- Амьсгал бөглөрөх - Төвийн хөрөлт - Амьсгалын хямралын хүнд хэлбэр - Хялгасан судасны дүүрэлт 3 сек-ээс удааших - Судасны цохилт олширсон ба цөөрсөн - Ухаангүй - Талттай - Тулгалтаас гадна - Унтаарах - Нүд хонхойх - Арьсны хуниас маш удаан арилах	2 сар хүртэлх өвчтэй нярай - Өндөр халуунтай - Гэмтэлтэй буюу яаралтай мэс заслын өвчинтэй - Хувхай цайсан - Хордолттой - Хүчтэй өвдөлттэй - Амьсгал хямралтай - Цочромтгой эсвэл унтаарсан - Хүнд тураал 2 хөлийн хаван - Түлэгдэлтийн буюу хөлдөлтийн хүнд хэлбэр

Эрэмбийн ангилал:

улаан-А

шар-В

ногоон-С

цагаан-Д

Эрэмбэлэн ангилалтын үнэлгээ /дугуйл/:

А	В	С	Д
---	---	---	---

Авсан арга хэмжээ болон яаралтай тусламж

№	Эмийн нэр	Хэмжих нэгж	Тоо	Үнэ	Нийт үнэ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Яаралтай тусламж үзүүлсэн эмч: _____
сувилагч: _____

Нарийн мэргэжлийн эмч нарын үзлэг, эмч нарын хамтарсан үзлэг шинжилгээ	Шийдвэр

Эмнэлгийн нэр: _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-2

267

ХАЛДВАРТ ӨВЧИН, ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

Мэдээлсэн он, сар, өдөр, дугаар

--	--	--	--	--	--

I хэсэг

1. Овог, нэр: _____
2. Регистр: _____
3. Нас: _____ сар _____ хоног _____
4. Хүйс: Эрэгтэй-1 Эмэгтэй-2
5. Утас: _____
6. Ам бүлийн тоо: _____

7. Аймаг/хот: _____
8. Сум/дүүрэг: _____
9. Баг/хороо: _____
10. Гэрийн хаяг: _____
11. Ажлын хаяг (сургууль, цэцэрлэг) _____

12. Албан тушаал, нийгмийн байдал 13. Хэрвээ хүүхэд бол 14. Боловсрол

Ажилчин	1
Албан хаагч	2
Малчин	3
Тэтгэвэрт	4
Оюутан	5
Хүүхэд (0-15)	6
Ажилгүй	7
Бусад	8

Сургуулийн	1
Цэцэрлэгийн	2
Гэртээ	3
Дотуур байрны	4
Хүүхэд асрах төвийн	5
Бусад	6

Магистр, түүнээс дээш	1
Баклавар	2
Тусгай дунд	3
Бүрэн дунд	4
Боловсролгүй	5

		Он	Сар	Өдөр	Цаг
15	Шинж тэмдэг илэрсэн				
16	Эмчид үзүүлсэн				
17	Сорьц				

18. Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх Тийм-1 Үгүй-2 19. Хэвтсэн бол он сар..... өдөр
19. Нэг тарсан эсэх Тийм-1 Үгүй-2 20. Нас барсан бол он сар..... өдөр

Мэдээлсэн эмч: _____

II хэсэг

21. Батлагдсан онош: _____

22. Онош батлагдсан он сар өдөр

2. Онош тогтоолт

Эмнэлзүйгээр	1
Нян, вирус судлалаар	2
Биохими, иммунологи, серологи	3
Тархвар судлалаар	4
Задлангаар	5
Эмнэлзүй, лаборатори давхар	6
Бусад	7

25. Илрүүлэлт

Хавьтагсдаас	1
Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2
Амбулаториор	3
Өөрөө ирсэн	4
Мэс заслаар	5
Задлангаар	6
Идэвхитэй тандалтаар	7
Түргэнээр	8
Бусад	9

26. Халдварт дамжсан хүчин зүйл

Усаар	1
Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3
Зүү тариур эмнэлгийн багаж хэрэгслээр	4
Хөрсөөр	5
Агаараар	6
Ахуйн хавьтлаар	7
Тодорхойгүй	8
Бусад	9

24. Халдварын эх уурхай

Өвчтөнөөс	1
Нян тээгчээс	2
Мал, амьтанаас	3
Тогтоогдоогүй	4

27. Энэ өвчнөөс сэргийлэх тарилга

Хийлгэсэн	1
Хийлгээгүй	2
Дутуу	3
Тодорхойгүй	4
Нас болоогүй	5

28. Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн-1 биш-2

Халдвар судлагч: _____ Их эмч: _____

ШИНЭЭР ИЛЭРСЭН СҮРЬЕЭ ӨВЧНИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	
1. Эцэг, эхийн нэр:		2. Өөрийн нэр:	
3. Төрсөн он / сар / өдөр		Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ Тоот _____	
Нас []	Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	8. Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:	
Өвчин эхэлсэн: он / сар / өдөр Эмчид үзүүлсэн: он / сар / өдөр Бүртгэлд авсан: он / сар / өдөр		Эмнэлэгт хэвтсэн: ☐ Тийм ☐ Үгүй Эмнэлэгт хэвтсэн: он / сар / өдөр	
Онош:		ХТН: +/-	ӨОУА
БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй		Өвчтөнг илрүүлсэн байдлыг тэмдэглэ: ☐ Идэвхитэй ☐ Идэвхгүй ☐ Урьдчилан сэргийлэх	
Халдварын эх уурхай: ☐ Халдвартай сүрьеэтэй өвчтөн ☐ Архаг сүрьеэтэй өвчтөн ☐ Тогтоогдоогүй			
Оношлогдсон байдал:	Ам бүл: _____	Насанд хүрсэн	Хүүхэд /0-16 нас/
☐ Эмнэлзүй	Хавьтлын үзлэг шинжилгээн хамрагдвал зохих		
☐ Нян судлал	Үзлэг шинжилгээнд хамрагдсан хүний тоо		
☐ Рентген	Сорил тавьсан хүүхдийн тоо		
☐ Эд эсийн шинжилгээ	Сорил 10 мм-ээс дээш эерэг гарсан хүүхдийн тоо		
	Сорил 10 мм-ээс дээш эерэг 0-5 насны хүүхдийн тоо		
	Үүнээс урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан хүүхдийн тоо		
	Хавьтлаас илэрсэн өвчлөлийн тоо		
ОЭДС-ний мэдээлэл: Эмэнд тэсвэртэй эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй	Эмэнд даслын хэлбэр:	Урьд өмнө сүрьеэгийн эмчилгээ хийлгэж байсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	
Шинжилгээний дугаар: _____	Шинжилгээ хийлгэсэн: он / сар / өдөр	Нас барсан огноо: он / сар / өдөр Мэдээлсэн огноо: он / сар / өдөр	
Тамга	Мэдээлсэн эмч:		
	Албан тушаал	Нэр	Гарын үсэг

ХОРТ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	
Тохиолдлын дугаар:			
Бүртгэлийн байдал:		Хүлээсэн	Баталсан
Эцэг, эхийн нэр:		Өөрийн нэр:	
Төрсөн он сар өдөр / /	4. Нас [] 5. Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Ажлын газар, албан тушаал	
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: Сум/дүүрэг: Баг/хороо: Гудамж/Байшин Тоот		Мэргэжил: Боловсрол: ☐ Бага ☐ Дээд ☐ Дунд ☐ Боловсролгүй ☐ Мэргэжлийн-техникийн	
		Гэр бүлийн байдал: ☐ Гэрлээгүй ☐ Гэр бүлтэй	
Хавдар оношлогдсон огноо: он сар өдөр / /		Хавдрын төлөв: ☐ Байран өмөн – 2 ☐ Үсэрхийлсэн ☐ Хортой - 3	
Онош:			ӨОУА
Анхдагч хавдрын байрлалын онош:			
Бүтэц зүйн онош			М /
Хорт хавдар TNM үе шатны ангиллаар: T – is, 1, 2, 3, 4, X N – 0, 1, 2, 3, X M – 0, 1, X			
Эсийн ялгарал: ☐ Өндөр ялгаралтай-1 ☐ Бага ялгаралтай-3 ☐ Дунд ялгаралтай-2 ☐ Ялгаралгүй-4 ☐ Ялгарлын зэрэг тодорхойгүй-9		Лимфома, лейкокийн эсийн ялгарал: ☐ Т-эсийн – 5, ☐ В-эсийн /pre-B ☐ B-precursor/-6 ☐ Null /non-B/эсийн-7	
Анхдагч олон байрлалын хавдар мөн эсэх: ☐ Анхдагч ганц байрлалын хавдар-1 ☐ Анхдагч олон байрлалын хавдрын нэг тохиолдол-2 ☐ Тодорхойгүй-9		Хос эрхтэнийг хамарсан эсэх: ☐ Баруун-1 ☐ Зүүн-2 ☐ Нэг талыг хамарсан боловч ялгаж тусгаагүй-3 ☐ Хоёр талын хамарсан-4 ☐ Хос эрхтэн бүс-5	
Хавдрыг оношилсон шинжилгээ, эмчилгээний мэдээлэл			
Бичил харуурын бүс		Бичил харуурын	
☐ 0- Нас баралтын гэрчилгээгээр ☐ 1- Эмнэл зүйн бүрдэл шинжээр ☐ 2- Дүрс оношилгоо /КТГ, дуран, рентген, ЭХО, MRI, оношлогооны лапротоми/ аль нь болохыг ☐ Лабораторийн оношлуур /цус, хавдрын өвөрмөц маркер, иммунологи...../ аль нь болохыг доогуур нь зурж-4		☐ 5-Эсийн шинжилгээ ☐ 6-Эдийн шинжилгээ үсэрхийлсэн эдээс /задлан шинжилгээний эд хамаарна/	

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 10 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт А-1.7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр, лого

Эцэг эхийн нэр:		РД		Өөрийн нэр:	
Төрсөн он / сар / өдөр	Нас [] Хүйс:	Боловсрол: ☐ Бага ☐ Дээд			
Нас барсан он / сар / өдөр	☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	☐ Дунд ☐ Боловсролгүй ☐ Мэргэжлийн-техникийн			
Тогтмол хаяг		Ажлын газар, албан тушаал			
Аймаг, хот					
Сум, дүүрэг					
Баг/хороо					
Байшин/гудамж		Тогт			
Нас барсан газар:		Мэргэжил:			
☐ Эмнэлэгт	Ор хоног []	Нас барсан хэлбэр:			
☐ Гарт		☐ Амиа хорлосон			
☐ Хээр гадаа		☐ Бусдад хорлогдсон			
☐ Тээврийн хэрэгсэл		☐ Үйлдвэрийн осол			
☐ Ажил дээрээ		☐ Зам тээврийн осол			
☐ Бусад		☐ Бусад осол			
		☐ Өвчнөөр			
		☐ Тодорхой бус			
Үхэлд хүргэсэн шалтгаан					
а)					
б)					
в)					
Үхлийн үндсэн шалтгаан:		ӨОУА-Код			
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдсоноос хойш амьдарсан хугацаа		Эхийн эндэгдэл мөн эсэх:		Тийм бол:	
☐ Жил [] ☐ сар [] ☐ хоног []		☐ Тийм ☐ Үгүй		☐ Жирэмсэн үе ☐ Төрөх үе ☐ Төрсний дараах үед	
Гэрчилгээ олгосон:		Он / сар / өдөр			
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/	Нэр		Гарын үсэг	
	Гэрчилгээ олгосон эмч:	Нэр		Гарын үсэг	

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-8

271

ЭМНЭЛГИЙН МАГАДЛАГАА

ЭМД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ 2. Хүйс:(зур) эрэгтэй, эмэгтэй

3. Нас _____ 4. Өвчний түүх (ИЭМД)-ийн дугаар _____

5. Тогтмол хаяг _____

6. Ажлын газар, албан тушаал _____

7. Мэргэжил _____

(зур) өвчтэй байсан, өвчтөн асрамжилсан, хөл хоригдсон, эмчид үзүүлсэн, шинжилгээ, ариутгал эмчилгээ, протез хийлгэсэн _____ оны _____ сарын _____ өдрөөс _____ оны _____ сарын _____ өдөр хүртэл (зур) ажлаас, хичээлээс) чөлөөлснийг магадлав.

9. Асрамжинд байсан хүний эцэг /эх/-ийн нэр, хэн болох _____

10. Үндсэн онош _____

Тэмдэг _____ он _____ сар _____ өдөр

Ерөнхий эмч _____

Эмчлэгч эмч _____

Маягтын ар тал

СУНГАЛТ

1. _____ оны _____ сарын _____ өдрөөс _____ оны _____ сарын _____ өдөр хүртэл нийт _____ хоногоор сунгав.

Тэмдэг _____ Эмчийн гарын үсэг _____

2. _____ оны _____ сарын _____ өдрөөс _____ оны _____ сарын _____ өдөр хүртэл нийт _____ хоногоор сунгав.

Тэмдэг _____ Эмчийн гарын үсэг _____

3. _____ оны _____ сарын _____ өдрөөс _____ оны _____ сарын _____ өдөр хүртэл нийт _____ хоногоор сунгав.

Тэмдэг _____ Эмчийн гарын үсэг _____

Тайлбар: Маягтыг эмчлэгч эмч олгоно.

Р ЭМИЙН ЖОР	
Өвчтөний овог _____	Нэр _____
Нас _____	Хүйс: _____
Онош: _____ _____ _____	
Рр: _____	
Эмнэлгийн нэр: _____	
Эмчийн нэр, хувийн тэмдэг _____	
Хаяг, харилцах утас _____	
_____ он _____ сар _____ өдөр	

Ар тал			
ЭМ-ТУН НЬ ТААРВАЛ ЭМ, ТУНГ НЬ ХЭТРҮҮЛБЭЛ ХОР			
Энэхүү жор бичигдсэн өдрөөс хойш 10 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй			
Жорд бичсэн эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан тохиолдолд хүчингүйд тооцно			
Жорыг дамжуулах, эмийг илүүдэл хэмжээгээр хадгалах нь эмийг зүй бусаар хэрэглэх эрсдэлийг нэмэгдүүлж Таны болон бусдын эрүүл мэндэд халтай.			
Эмчилгээний явцад сөрөг нөлөө илэрвэл эмчид яаралтай хандана уу.			
Гарын үсэг, огноо:	Жор хүлээн авсан:	Шалгасан:	Бэлтгэсэн:
			Олгосон:

АНХААР: Энгийн эмийн жорын маягтыг "Эмийн жорын маягт, жор бичилт" MNS 5376:2011 стандартад заасан загвар, хэмжээтэй хэвлэнэ.

272

Р	ЭМИЙН ЖОР	
	Өвчтөний овог _____	Нэр _____
	нас _____	хүйс: _____
Онош:	_____	

Рр:	_____	

Эмнэлгийн нэр:	_____	
Эмчийн нэр, хувийн тэмдэг	_____	
Хаяг, харилцах утас	_____	
	он _____	сар _____ өдөр _____

Ар тал	ЭМ-ТУН НЬ ТААРВАЛ ЭМ, ТУНГ НЬ ХЭТРҮҮЛБЭЛ ХОР		
	Энэхүү жор бичигдсэн өдрөөс хойш 10 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй		
	Жорд бичсэн эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан тохиолдолд хүчингүйд тооцно.		
	Жорыг дамжуулах, эмийг илүүдэл хэмжээгээр хадгалах нь эмийг зүй бусаар хэрэглэх эрсдэлийг нэмэгдүүлж Таны болон бусдын эрүүл мэндэд халтай.		
	Эмчилгээний явцад сөрөг нөлөө илэрвэл эмчид яаралтай хандана уу.		
Гарын үсэг, огноо:	Жор хүлээн авсан	Шалгасан:	Бэлтгэсэн:
			Олгосон:

АНХААР: Энгийн эмийн жорын маягтыг "Эмийн жорын маягт, жор бичилт" MNS 5376:2011 стандартад заасан загвар, хэмжээтэй хэвлэнэ.

283

ТӨРӨЛТИЙН ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр лого

РД			
ЭМД №			
Төрөлтийн түүх нээсэн		он	сар өдөр цаг мин
Тасгийн нэр			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Өөрийн нэр:	
Төрсөн он сар өдөр		Нас: []	
Гэрлэлтийн байдал:		Цусны бүлэг	Боловсрол:
☐ Гэр бүлтэй		Резус хүчин	☐ Бага
☐ Гэр бүлгүй		зүйл	☐ Дунд
Ажлын газар, албан тушаал:		☐ Дээд	
Мэргэжил:		☐ Мэргэжлийн-техникийн	
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот:		☐ Боловсролгүй	
Сум/дүүрэг:		Эмчийн хяналтанд байсан эсэх:	
Баг/хороо:		☐ Өрх, сумын эмч	
Гудамж/Байшин		☐ Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч	
Тоот		☐ Бусад мэргэжлийн эмч	
Анх хяналтанд орсон хугацаа (7х): []		☐ Хяналтанд ороогүй	
Хяналтын эмчид сүүлийн удаа үзүүлсэн: он сар өдөр		Солилцох хуудастай эсэх:	
Холбоо барих		☐ Тийм үгүй	
Хүний нэр:		☐ Үгүй	
Утас:		Дээд шатлал шилжүүлсэн эсэх:	
Хэвтэх үеийн онош		☐ Тийм	
Төлбөрийн төрөл:		☐ Үгүй	
☐ Төр хариуцсан			
☐ Өвчтөн хариуцсан			
ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ, ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ЭПИКРИЗ			
Үндсэн онош		ӨОУА-10	
Дагалдах онош			
Хүндрэл			
Үйлдлийн онош (Мэс засал, мэс ажилбар)		ҮОУА-9	
Төрөхөөс:		он сар өдөр	Ор хоног
☐ Гарсан			[] хоног
☐ Шилжсэн			[] цаг
☐ Нас барсан			Эмчилгээний зардал(₮):
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг		Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/	

ХҮЛЭЭН АВСАН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Үзлэг хийсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

АСУУМЖ			
Урьд өвчилсөн өвчнүүд: ☐ Сүрьеэ ☐ Вируст гепатит ☐ Тэмбүү ☐ Ангина ☐ Заг хүйтэн ☐ Шүд хорхойтох Бусад:		Биений юм: Анх ирсэн нас [] Мөчлөг [] хоног Үргэлжлэх хугацаа [] хоног Сүүлийн юм ирсэн хугацаа: он сар өдөр / / /	
		Харшлын асуумж ☐ Эм тариа ☐ Ахуйн хэрэглээ Бусад:	
Халдварт өвчний анамнез байгаа эсэх:		Урьд хийлгэсэн мэс засал:	
Жирэмсний тээлтийн нас: _____		Сүүлийн төрөлт хоорондын зай: _____	
Өмнөх жирэмслэлтийн талаарх мэдээлэл:			
Он	Жирэмслэлтийн төгсгөл	Төрөх болон төрсний дараах хүндрэл	Төрсөн хүүхдийн жин, нас, хүйс, одоо амьд эсэх /хүндрэл/
Одоогийн жирэмсний явц:			
Зовиур:			
БИЕИЙН ЕРӨНХИЙ ҮЗЛЭГ			
Биеийн ерөнхий байдал		Ухаан санаа	Арьс салст
☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ Маш хүнд		☐ Саруул ☐ Балартсан ☐ Ухаангүй	☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус _____
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар амьсгал: ☐ цулцангийн ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Хэржигнүүртэй ☐ Сулавтар (баруун, зүүн)		
Судасны лугшилт 1 хоромд _____ удаа хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил хязгаар ☐ Хэвийн ☐ Томорсон	Чагналтаар зүрхний авиа: ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Бүдгэвтэр ☐ Шуугиантай ☐ Хэм жигд ☐ Хэм алдалттай А/Д баруун _____ ммМУБ зүүн _____ мм МУБ	
Хэл: ☐ Ердийн ☐ Хуурай ☐ Өнгөртэй ☐ Өнгө	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй Гүн тэмтрэлтээр: ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Гялтан цочролын шинжгүй ☐ Гялтан цочролын шинж илэрсэн		
Сонсох чадвахи: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан (баруун, зүүн)		Рефлексүүд: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан ☐ Ихэссэн	
Сэтгэцийн байдал _____			
Бусад өөрчлөлт: _____			

ЭХ БАРИХЫН ТУСГАЙЛСАН ҮЗЛЭГ					
Төрөх хугацаа: он сар өдөр Сүүлийн БИОМ / / Анхны үзлэгээр / / ЭХО шинжилгээгээр / /	Биеийн өндөр [] см Биеийн жин [] кг Умайн өндөр [] см Хэвлийн тойрог [] см Индекс Соловьев [] см	Ургийн байрлал: Нуруулалт ☐ Дагуу ☐ I ☐ Ташуу ☐ II ☐ Хөндлөн			
Аарцгийн хэмжээсүүд: Dis sp [] Dis cr [] Dis tr [] Con ext [] Con vera []					
Түрүүлсэн хэсэг: ☐ Толгой ☐ Өгзөг ☐ Тодорхойгүй	Ургийн толгойн тавилт: ☐ 5/5 ☐ 4/5 ☐ 3/5 ☐ 2/5 ☐ 1/5	Умайн базлалтын байдал: ☐ Жигд ☐ Жигд бус Жигд базлалт эхэлсэн цаг мин Хоорондын зай [] хором Үргэлжлэх хугацаа [] сек			
Ургийн зүрхний цохилт (I хүүхэд) (II хүүхэд)	Хаана 1 хоромд	Сонсогдох байдал ☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Сонсогдохгүй		Ургийн урьдчилсан жин [] грамм	
☐ Тод ☐ Бүдэг ☐ Сонсогдохгүй		[] грамм			
ҮТРЭЭН ҮЗЛЭГ					
Гадна бэлэг эрхтний хөгжил: ☐ Зөв ☐ Дутуу Өөрчлөлт-----			Үтрээ: ☐ Уужим ☐ Бачуу Өөрчлөлт-----		
Умайн хүзүүний Бишоп үнэлгээ: Байрлал: ☐ Арагшаа ☐ Урагшаа ☐ Гололсон Төлөв байдал: ☐ Хатуу ☐ Зөөлөрч буй ☐ Зөөлөрсөн Нээлт [] см Умайн хүзүүний урт [] см Оноо []			Ураг орчмын шингэний бүрхүүл: ☐ Бүтэн цүлхийсэн, цүлхийгээгүй (зур) ☐ Хагарсан ☐ Эргэлзээтэй Ураг орчмын шингэний байдал: ☐ Тунгалаг ☐ Ногоон ☐ Цустай ☐ Шар Бусад:		
Ургийн толгой бага аарцгийн хөндийн орох, өргөн, нарийн, гарах хэсгийн хавтгайд (зур) Суман заадасын байрлал ☐ Хөндлөн ☐ Ташуу буруун, зүүн (зур) ☐ Шулуун					
Эмэгтэйн бага аарцгийн хөндийн онцлог:					
КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ					
Үндсэн онош					
Дагалдах онош					
Хүндрэл					
Төрөлт удирдах төлөвлөгөө					
Хийгдэх шинжилгээ			Яаралтай хийгдэх эмчилгээ		
Эмчийн гарын үсэг он сар өдөр / /					

ТӨРЛӨГИЙН ЯВЦ					
I-р хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр цаг мин / /					
Төрлөгийн хэлбэр ☐ Өөрөө ☐ Хавчуураар ☐ Кесар ☐ хагалгаагаар ☐ Вакум	Төрөхдөө: ☐ Толгой ☐ Өгзөг ☐ Хөл ☐ Бүтэлтгүй ☐ Бүтэлтгүй	Хүүхэд: ☐ Амьд ☐ Амьгүй Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Алгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [] грамм Өндөр [] см Толгойн бүслүүр [] см Мөрний бүслүүр [] см	
II хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр цаг мин / /					
Төрлөгийн хэлбэр ☐ Өөрөө ☐ Хавчуур ☐ Кесар ☐ Вакум	Төрөхдөө ☐ Толгой ☐ Өгзөг ☐ Хөл ☐ Бүтэлтгүй ☐ Бүтэлтгүй	☐ Амьд ☐ Амьгүй Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Алгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [] грамм Өндөр [] см Толгойн бүслүүр [] см Мөрний бүслүүр [] см	
Хойтхын үе: ☐ Хүлээж удирдсан ☐ Идэвхтэй удирдсан ☐ Гардаж авсан Төрсний дараах эрт үе: ☐ Умайн хөндийг гараар шалгасан Бусад эмчилгээ:		Ихэс: ☐ Бүтэн ☐ Эргэлзээтэй ☐ Бүтэн биш Жин [] грамм Зузаан [] см Диаметр [] см Хүйн бэхлэлт:		Хярган: ☐ Бүтэн ☐ Эпизиотом ☐ Перинеотом ☐ Урагдсан Урагдлын зэрэг: I, II, III, IV Умайн хүзүү урагдсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Умайн хүзүүний урагдлын зэрэг: I, II, III, IV	
Алдсан цусны хэмжээ [] мл		Төрлөг явагдсан хугацаа: [] цаг I үе [] II үе [] III үе []			
Төрөх үеийн онош					
Хийгдсэн мэс ажилбар:					
Хүндрэлийн онош:					
Хүндрэлийн үед авсан арга хэмжээ					
Төрөлт удирдсан эмчийн гарын үсэг: он сар өдөр цаг мин / /					
Эх баригч эмчийн гарын үсэг: он сар өдөр цаг мин / /					

Үзлэг хийсэн өдөр, цаг минут	ҮЗЛЭГИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ	ЭМЧИЛГЭЭ, ХООЛ, СУВИЛГААНЫ ЗААЛТ

ПАРТОГРАММ

2577

Базлалт эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Ус гарсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Усны шинж байдал:

Төрөхийн өмнөх онош: _____

Дүлэлт эхэлсэн _____ цаг _____ минут

Хугацаа

Ургийн зүрхний
цохилт (1 мин)

Ураг орчмын шингэн
Толгойн хэлбэржилт

Умийн хүзүүний нээг
(см) Х-ээр тэмдэглэнэ
Ургийн толгойн
дээшх хөдөлгөөн 0-оор
тэмдэглэнэ

Хугацаа/цаг

Умийн базлалт
10 мин тутамд

Окситоцин
дусал/мин

Хэрэглэсэн эм, шингэн

Судасны цохилт

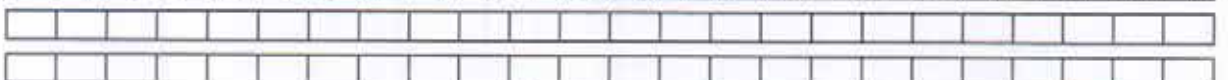
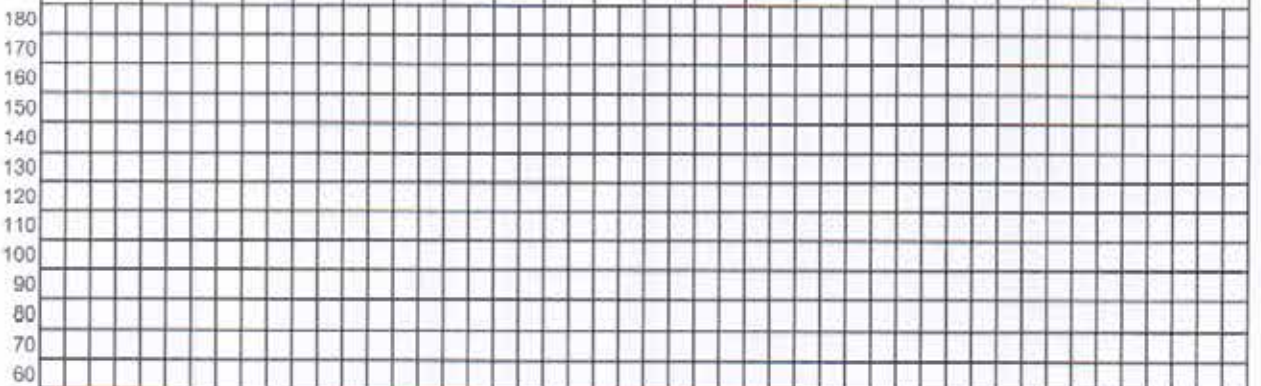
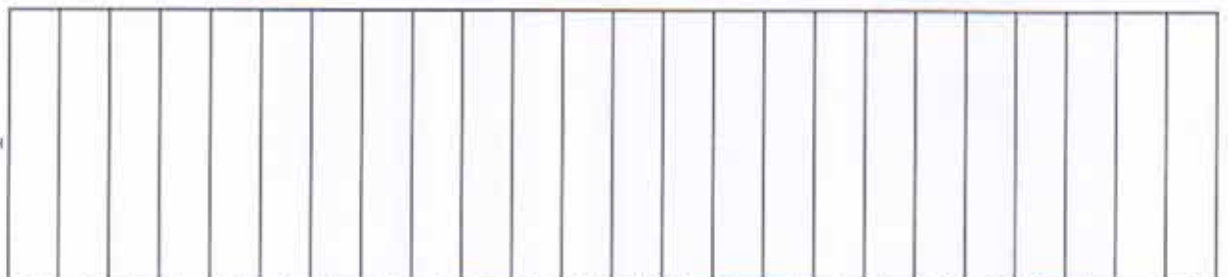
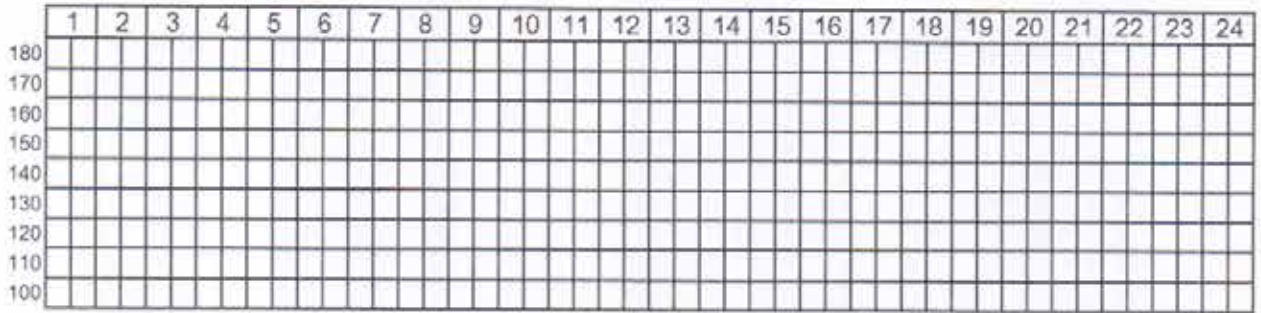
Цусны даралт

Биоийн халуун

Шээсний хэмжээ

Хөтөлсөн эмчийн гарын үсэг

Эх баригчийн гарын үсэг



КЕСАР МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Мэс засал эхэлсэн _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Эхийн түүхийн № _____ Тасаг _____

Эхийн овог _____ нэр _____ нас _____ цусны бүлэг _____

Мэс засал эхэлсэн цаг _____ минут _____, дууссан цаг _____ минут _____

Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа _____ цаг _____ минут

Мэс заслын нэр _____

Мэс заслын давтамж: /зур/ анхных, хоёрдахь, гуравдахь. Мэс засал төлөөлөгөөт, яаралтай /зур/

Кесар мэс заслын заалт: _____

Мэдээ алдуулагч /зур/ ерөнхий: эндотрахеал, хошуувч, төвөнхийн хошуувч

бүсчилсэн: нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс

Нэг. Мэс заслын явц _____

дагуу, хөндлөн /пфанненштиль/, зүсэлт, /хуучин сорвийг өөлж/ хийв.

Умайн доод таславчинд: /зур/ хөндлөн, дагуу, их биеийн дагуу зүсэлт

1 хүүхэд _____ минутанд _____ эр, эм, _____ грамм жинтэй, _____ см урттай, Алгарын _____ балл

2-р хүүхэд _____ минутанд _____ эр, эм, _____ грамм жинтэй, _____ см урттай, Алгарын _____ балл

3-р хүүхэд _____ минутанд _____ эр, эм, _____ грамм жинтэй, _____ см урттай, Алгарын _____ балл

үнэлэв.

Ихэс умайн ард, урд, хажуу хананд бэхлэгдсэнийг гаргаж, умайн шархыг _____

утсаар хөвөрдөж оёлоо.

Умайн агшилт /зур/ сайн, муу Умайн дайврууд, бусад эрхтнийг шалгахад өөрчлөлт /зур/ байсан, үгүй

Байсан өөрчлөлт _____

Үрийн хоолойг /зур/ боосон, боогоогүй

Мэс заслын үед гарсан цус _____ мл, шээс _____ мл, Ихэсийн жин _____ диаметр _____

зузаан _____, хүйн урт _____ байрлал _____

Хоёр. Мэс засал өргөтгөсөн тухайн тэмдэглэл

Мэс заслаар авсан эдийн тухай тэмдэглэл _____

Мэс заслын дараах онош _____

Мэс засал хийсэн эмч

1. _____

2. _____

Мэдээгүйжүүлсэн эмч

Эмч _____

Сувилагч _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 : 7 тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн үүртгэлийн маягт СТ-4

ТӨРСӨН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	
Эхийн овог:		Эхийн нэр:	
Төрсөн он / сар / өдөр	Нас: []	Боловсрол: ☐ Бага ☐ Дээд	
Амаржсан он / сар / өдөр	Төрөх үеийн	☐ Дунд ☐ Боловсролгүй	
Эмнэлгээс гарсан он / сар / өдөр	жирэмсний хугацаа (7х) []	☐ Мэргэжлийн-техникийн	
		Гэрлэлтийн байдал: ☐ Гэр бүлтэй ☐ Гэр бүлгүй	
Тогтмол хаяг:		Ажлын газар, албан тушаал	
		Мэргэжил:	
ХҮҮХДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ			
Төрсөн он / сар / өдөр	Төрсөн газар:	Ихэр эсэх:	
	☐ Эмнэлэгт ☐ Гэрт ☐ Бусад	☐ Ихэр биш ☐ 2 ихэр ☐ 3 ихэр ☐ 4 ба түүнээс дээш	
Төрлөгийн хэлбэр:	Хүүхэд:	Төрөх үеийн:	
☐ Өөрөө ☐ Амьд ☐ Хавчуураар ☐ Амьгүй ☐ Кесар хагалгаагаар ☐ Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй ☐ Вакум	Жин [] грамм Өндөр [] см Толгойн бүслүүр [] см Мөрний бүслүүр [] см		
Эмнэлэгт төрсөн тухай тэмдэглэл			
Гэрчилгээ олгосон:		Он / сар / өдөр	
Тамга	Гэрчилгээ олгосон эмч:	Нэр	Гарын үсэг
	Баталгаажуулсан хүн:		
	Албан тушаал	Нэр	Гарын үсэг

МСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот гушаалаар батлав.

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маяг СТ-5

ТӨРӨЛТИЙН БҮРТГЭЛ

[illegible]

ЭХИЙН АМРАХ БАЙРААР ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧДИЙН БҮРТГЭЛ

[illegible]

НЯРАЙН ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр, лого		Нярайн түүхийн №			
		Нярайн түүх нээсэн / / он сар өдөр			
ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ					
Эхийн овог/нэр	Нас:	Тээлтийн хугацаа (7х) []		Хэд дэх жирэмслэлт [] Хэд дэх төрөлт [] Хэд дэх хүүхэд []	
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ тоот _____		Эхийн боловсрол: Эцгийн боловсрол: Эцгийн ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:			
НЯРАЙН МЭДЭЭЛЭЛ					
Төрсөн он сар өдөр / / цаг минут	Хүйс ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	Ихэр эсэх ☐ Тийм ☐ Үгүй	☐ Амьд ☐ Амьгүй ☐ Гүйцэд ☐ Дутуу ☐ Бүтэлттэй ☐ Бүтэлтгүй	Хүйг тасалсан ☐ Хавчаараар ☐ Боолтоор	
Апгарын үнэлгээ	1 минут	5 минут	10 минут	Төрөх үеийн жин [] гр Өндөр [] см	Толгойн тойрог [] см Цээжний тойрог [] см
Арьсны өнгө					
Зүрхний цохилт, пульс					
Булчингийн хүчдэл					
Амьсгал					
Рефлекс					
Нярайд сэхээн амьдруулалт хийсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Амьсгалын замыг чөлөөлсөн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Амьсгалуулсан эсэх: ☐ Эерэг даралтаар амьсгалуулсан ☐ Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавигдсан Зүрхний иллэг хийсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Эмийн эмчилгээ хийсэн эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй			Нярайн асаргаа сувилгаа: Дулаан алдалтаас сэргийлэх арга хэмжээ авагдсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Биеийн халуун: Төрсний дараа [] 2 цагийн дараа [] Ангир уургаа амлуулсан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Нүдэнд эм дусаасан эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй К-аминдэм хийсэн хугацаа: _____		
Дархлаажуулалт					
Вакцины нэр	Он,сар,өдөр	Тун	Серийн №	Урвал (±)	Гарын үсэг
Үндсэн онош				ӨОУА-10	
Хүндрэл					
Дагалдах онош					
Үйлдлийн онош				ҮОУА-9	
Өвчний төгсгөл: ☐ Эдгэрсэн ☐ Сайжирсан ☐ Хэвэндээ ☐ Дордсон ☐ Нас барсан	Эмнэлгээс: ☐ Гарсан ☐ Шилжсэн ☐ Нас барсан	он сар өдөр / /	Ор хоног [] хоног [] цаг	Эмчилгээний зардал: (₮) Зөвлөгөө өгсөн: ☐ Тийм ☐ Үгүй	
Гарах үеийн биеийн байдал:					
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг			Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/		

ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал:	
Хөдөлгөөний идэвхи:	
Арьс салст:	
Булчингийн хүчдэл:	
Физиологийн рефлекс	
Ясны тогтолцоо: (толгой, яс, заадсууд, зулай)	
Эгэм, түнхний хөдөлгөөн, үенүүд	
Стигм гаж хөгжил байгаа эсэх	
Амьсгалын тоо	
Зүрхний цохилт	
Хэвлий, хүй	
Элэг, дэлүү	
Бэлэг эрхтэн	
Баас	
Шээс	
Мэс ажилбар хийгдсэн эсэх:	
Төрөх үеийн онош	
Хүндрэлийн онош:	
Хүндрэлийн үед авсан арга хэмжээ	
Нярай эмчийн нэр:	Гарын үсэг
Нярайн сувилагчийн нэр:	Гарын үсэг

он / сар / өдөр

ӨДРИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ

Үзсэн он, сар, өдөр							
Биеийн халуун	Өглөө						
	Орой						
Хүүхдийн биеийн байдал							
Хөдөлгөөний идэвх							
Уйлах дуу							
Хүүхдийн байрлал							
Булчингийн хүчдэл							
Физиологийн рефлекс:							
Хөхөх							
Залгих							
Уруулын							
Ам ангайх							
Тулгуурын							
Гишгэлтийн							
Мариа							
Саа саажилт							
Зулайн хэмжээ, байдал							
Кефалогематом, төрлөгийн хавдар							
Арьс							
Зүрх:							
Зүрхний цохилтын тоо							
Зүрхний шуугиан							
Амьсгал:							
Амьсгалын хэм							
Амьсгалын тоо 1 минутанд							
Хүй							
Хэвлий							
Элэг							
Шээсний хэмжээ, өнгө							
Баасны байдал							
Аюултай шинж илэрч байгаа эсэх (дурьдах)							
Эмчийн гарын үсэг							

Сар, өдөр	Үзлэгийн тэмдэглэл	Хоол, эмчилгээ, сувилгааны заалт

Эцсийн дүгнэлт

Гарах үеийн байдал

Эмчийн зөвлөгөө

Эмчлэгч эмч

УМС-айдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн № Т СТ-7 Хязсралт 1
НЯРАЙН ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Цэг	Биеийн байдал	t°	АД	П	А	Sao ²	Зохиомол амьсгал							Хооллоосон хэмжээ /мл/			Гуурсаар гарсан шингэн /мл/			Күрээ r°	Шээс /мл/	Өтгөн	Эмчилгээ, сувилганд гарсан онцлог байдал
							PIP	RR	Flow	PEEP	FiO ₂	IE		Хөх	Гуурс	Бусад	Хэвлийн	Цээжний	Бусад				
09																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
00																							
01																							
02																							
03																							
04																							
05																							
06																							
07																							
08																							

408

Эмчилгээний нэр / Ц	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Шахуурга																									
Судсаар																									
Булчинд, арьсанд, бусад																									
Амаар																									
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																									
Хооллолт																									
Сувилагчийн нэр																									
Эмчлэгч эмч																									
Жижүүдийн эмч																									

Хийсэн шингэн

Амаар

Судсаар

Бүгд

Ялгарсан шингэн

Шээс

Бөөлжилт

Өтгөн

Гурсаар

Бусад

Бүгд

Зөрүү

Бүгд

Эмчид мэдэгдэх хяналтын карт

АД

Пулъс

Sar²

Дундаж АД

Дээд

Доод

ИСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маяг СТ-8

НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН БҮРТГЭЛ

[illegible]

285

Сайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маяг СТ-9

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маяг СТ-9

256

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-10

Төрснөөс хойш 168 цаг(эхний долоо хоног)-ийн дотор нас барсан амьтай нярай төрөлтийн үед бөглөнө

ПЕРИНАТАЛЬ ЭНДЭГДЛИЙН КАРТ

1. Төгсөн (амьд-1, амьгүй-2) ☐
2. Төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
3. Нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
4. Амьгүй төрсөн бол төрөх үйл ажиллагааны аль шатанд (эхлэхийн өмнө-1, төрөх үед-2, тодорхой бус -3) нас барсан ☐

Эх		Хүүхэд	
Эхийн төрсөн он, сар, өдөр		Хэрэв тодорхойгүй бол 7 хоногээр тооцсон жирэмсний хугацаа	
Хэрэв тодорхойгүй бол нас		Аntenatalь үеийн эмнэлгийн тусламж: 2 ба дээш удаа эмчид үзүүлсэн -1, үгүй -2, тодорхой бус -3	
Өмнөх төрөлтийн тоо		Түрүүлсэн хэсэг толгойгоор -1, өгзөгөөр -2, хөлөөр -3, эхсээр -4, бусад -5	
Амьгүй төрөлт		Энэ хүүхэд ихэр биш -1, ихрийн анхных -2, ихрийн хоёрдахь -3, бусад ихрийн -4	
Амьд төрөлт		Эх барьж авсан	
Үр хөндөлт		Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмч-1, ихэмч-2, эх баригч-3, бага эмч-4, сувилагч -5, мэргэжлийн бус-6	
Өмнөх жирэмслэлтийн төгсгөл амьд-1, амьгүй -2			
Үр хөндөлт -3, зулбалт -4			
он сар өдөр			

АР ТА

НАС БАРСАН ШАЛТГААН (ураг буюу хүүхдийн)

- а) Үндсэн өвчин буюу эмгэг байдал
 - б) Бусад өвчин буюу
 - в) ураг буюу хүүхэд муугаар нөлөөлсөн эхийн үндсэн өвчин буюу байдал
 - г) Ураг буюу хүүхэд нөлөөлсөн эхийн бусад өвчин буюу байдал
 - д) Нас баралттай холбоотой бусад үйл явдал
- Задлан шинжилгээ хийсэн -1, хийгээгүй- 2, хожуу -3 ☐

Гэрчилгээ олгосон

Эмч

Тасгийн эрхлэгч

Олгосон _____ он _____ сар _____ өдөр

А. Ерөнхий мэдээлэл

- ### Б. Эхийн талаарх мэдээлэл

- ### В. Нярайн талаарх мэдээлэл

- Г. Оношилгоо

- #### Д. Нөлөөлөх хүчин зүйл

1. Цусан төрлийн гэрлэлт: 1. Тийм 2. Үгүй
2. Эцгийн нас
3. Эцгийн эрхэлсэн ажил:
- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Ажилгүй | 5. Мансууруулах бодистой ажилладаг |
| 2. Компьютер ашигладаг мэргэжил | 6. Дархан |
| 3. Химийн бодистой ажилладаг | 7. Бусад |
| 4. Цацраг идэвхит бодистой ажилладаг | |

4. Эхийн боловсрол

1. Боловсролгүй
2. Бага
3. Дунд

4. Мэргэжлийн ба техникийн

5. Дээд
6. Мэдээлэлгүй

5. Эхийн эрхэлсэн ажил:

1. Ажилгүй
2. Компьютер ашигладаг мэргэжил
3. Химийн бодистой ажилладаг
4. Цацраг идэвхит бодистой ажилладаг

5. Мансууруулах бодистой ажилладаг

6. Дархан
7. Бусад

6. Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор тамхи татсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

7. Ойр дотны хамт амьдардаг хүмүүс нь эхийн жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор

8. Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор архи уусан эсэх:

9. Эх нь архаг эмгэгтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

10. Хэрэв дээрх өвчний улмаас эмчилгээ хийлгэсэн бол эмийг бичнэ үү. _____

11. Жирэмсний эхний 16 долоо хоног дотор эх нь халуурсан эсэх:

12. Жирэмсний эхний 16 долоо хоног 38°C-аас дээш халуурсан эсэх:

13. Жирэмсний эхний 16 долоо хоног халдварт өвчин туссан эсэх:

14. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт архаг эмгэгээс бусад өвчний үед эм хэрэглэсэн эсэх:

15. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт цус алдсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

16. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт рентгенд харуулсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

17. Үргүйдлийн эмчилгээ хийлгэсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

18. Жирэмсэлсэн хэлбэр: 1. Жамаараа 2. Үр суулгасан 3. Мэдээлэлгүй

19. Жирэмсний эхний 12 долоо хоногийн дотор фоллийн хүчил уусан эсэх:

Е. Удамшил

1. Хүүхдэд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ах, эгч, дүү байгаа эсэх:

2. Эхийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүн байсан эсэх:

3. Эцгийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажиг тодорхойлогдож байсан эсэх:

АМЬГҮЙ БА НЯРАЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. Ерөнхий мэдээлэл

Мэдээлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр

2. Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____; Сум/дүүрэг _____

Б. Эхийн талаарх мэдээлэл

1. Эхийн регистрийн дугаар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Эхийн овог _____ нэр _____

3. Эхийн нас

--	--

4. Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____; Сум/дүүрэг _____

5. Ам бүл: _____

6. Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 2. Ажилгүй 3. Малчин 4. Оюутан 5. Сурагч

7. Жирэмслэлтийн тоо: /одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна/

--	--

8. Өмнөх төрөлтийн тоо: /одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй/

--	--

9. Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй; 3. Мэдээлэлгүй

10. Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа:

долоо хоног

--	--

11. Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин:

1. Эх барих эмэгтэйчүүд

3. Эх баригч

2. Өөр мэргэжлийн их эмч (өрх)

4. Бага эмч

12. Жирэмсэн үеийн хүндрэл:

13. Эхийн эмгэг:

14. Антенаталь үеийн эмийн хэрэглээ: 1. Дексаметазон; 2. Бусад _____

15. Төрсөн газар: 1. төв эмнэлэг; 2. аймаг, хотын эмнэлэг; 3. сумын эмнэлэг

16. Төрөлтийн хэлбэр: 1. Төрөх замаар:

2. Хаялгаа

17. Хаялгаа хийсэн заалт: 1. хожуу хордлого;

6. ихэс ховхрох

18. Түрүүлсэн хэсэг: 1. толгой; 2. өгзөг; 3. хөл; 4. бусад _____

19. Төрөлтийн үеийн хүндрэл: 1. төрөлтийн саатал; 2. төрөх хүчний 1-р үеийн сулрал

20. Ургийн хүндрэл: 1. дутуу төрөлт

В. Нярайн талаарх мэдээлэл

1. Нярайн төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр

2. Энэ төрөлтөөр төрүүлсэн хүүхдийн тоо /амьд амьгүй хүүхдийн тоо/

--

3. Энэ нярай ихэр хүүхдийн хэд дэх хүүхэд вэ? _____

4. Нас баралтын ангилал:

5. Хүйс: 1. Эр 2. Эм

6. Биеийн жин: _____ (гр)

7. Өндөр: _____ (см)

8. Төрөх үеийн тээлтийн нас

долоо хоног

--	--

хоног

--	--

9. Хэрэв амьд төрсөн бол Алгарын үнэлгээ:

1 мин

--

5 мин

--

10. Нярайн нэн шаардлагатай тусламж хэрэгжүүлсэн эсэх:

1. Хуурайшуулсан:

1. тийм;

2. үгүй;

3. мэдээлэлгүй

2. Арьс арьсаар шүргэлцсэн:

1. тийм;

2. үгүй;

3. мэдээлэлгүй

3. Эрт амлуулсан:

1. тийм;

2. үгүй;

3. мэдээлэлгүй

4. Нүдний урьдчилан сэргийлэлт:

1. тийм;

2. үгүй;

3. мэдээлэлгүй

5. Витамин К: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
6. Дархлаажуулалт: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
11. Сэхээн амьдруулалт хийгдсэн эсэх: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
1. Амьсгалын замыг чөлөөлсөн: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
2. Цочроосон: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
3. Цусан дахь хүчилтөрөгчийн ханамж үзсэн эсэх:
4. Хүчилтөрөгч өгсөн эсэх: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
5. Амбу маскаар амьсгалыг удирдсан эсэх: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
6. Зүрхний иллэг, зөрэг даралтат хиймэл амьсгал хавсарч хийсэн эсэх:
7. Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьсан эсэх: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
8. Эмийн эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
12. Сэхээн амьдруулалтыг үзүүлсэн:
13. Нярайн өвчний улмаас эмнэлэгт хэвтсэн _____ он _____ сар _____ өдөр
14. Хэвтэх үеийн нярайн нас: _____ хоног цаг минут
15. Эмнэлэгт байх үед эмчилгээ хийгдсэн эсэх:
1. Хүчилтөрөгч өгсөн: 1. тийм; 2. үгүй
2. Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьсан: 1. тийм; 2. үгүй
3. Амьсгал зүрхний сэхээн амьдруулалт: 1. тийм; 2. үгүй
4. Зүрх судасны үйл ажиллагааг дэмжих эм хэрэглэсэн: 1. тийм; 2. үгүй
5. Сурфактант эмчилгээ: 1. тийм; 2. үгүй
6. Антибиотик эмчилгээ: 1. тийм; 2. үгүй
7. Ямар нэгэн мэс ажилбар: 1. тийм; 2. үгүй
8. Цус цусан бүтээгдэхүүн: 1. тийм; 2. үгүй
16. Гипогликеми илэрсэн эсэх: 1. тийм; 2. үгүй; 3. мэдээлэлгүй
17. Тийм бол эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. тийм; 2. үгүй
18. Эмнэл зүйн үндсэн онош: /ӨОУА-10-р/ _____
19. Хүндрэл: /ӨОУА-10-р/ _____
20. Дагалдах онош: /ӨОУА -10-р/ _____
21. Нярайн эндсэн газар: 1. төв эмнэлэг 5. хувийн эмнэлэг
22. Нас барах үеийн нярайн нас: хоног цаг минут
23. Ор хоног:
24. Нярайн нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр
25. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. тийм; 2. үгүй
26. Эмгэг судлалын үндсэн онош: /ӨОУА-10р/ _____
27. Хүндрэл: /ӨОУА-10-р/ _____
28. Дагалдах онош: /ӨОУА -10-р/ _____
29. Онош тохирсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй
30. Тохироогүй бол: 1. Үндсэн оношоор; 2. Хүндрэлээр; 3. Дагалдах оношоор

1

10

1

291

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-14

ЭМЧЛҮҮЛЭГСДИЙН ӨДӨР ТУТМЫН ТООЦООНЫ БҮРТГЭЛ

Сар _____

Орны тоо _____

Өдөр	Эмчлүүлэгчийн тоо	Шинээр хэвтсэн эмчлүүлэгч	дотоод хөдөлгөөн		Гарсан, шилжсэн	Нас барсан	Эцэст байгаа эмчлүүлэгчийн тоо	Хүнд өвчтөн
			Өөр тасгаас ирсэн	Өөр тасагт очсон				
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								

293

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-15

_____ он _____ сар _____ өдөр

ЭМЧ ДУУДАХ ХУУДАС

_____ -р тасагт _____

оноштой эмчлэгдэж байгаа эмчлүүлэгчийн нэр _____

Нас _____ Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй-г үзүүлэхээр _____

_____ мэргэжлийн эмч _____ дуудав.

Эмчлэгч эмч _____

Дуудлагыг шийдвэрлэсэн хүний нэр _____

Албан тушаал _____

Батлав. Ерөхний эмч _____

Ирсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Буцсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Дуудлагад зарцуулсан цаг _____

Зөвлөгөө өгсөн эмч _____

Зөвлөгөө авсан эмч _____

Эмнэлгийн нэр _____
Тасгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-16

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙГ СЭЛБЭСЭН ПРОТОКОЛ

1. Эхнэр /эх/-ийн нэр _____ нэр _____
2. Нас _____ Хүйс /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй 3. Өвчний түүх № _____

РД: _____

Цусны бүлэг: /зур/ О, А, В, АВ

Резус фактор RhD: /зур/ эерэг, сөрөг

4. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэх заалт: _____

5. Сэлбэх цус, цусан бүтээгдэхүүний нэр _____

Цуврал, савлалтын дугаар _____ Донорын цус өгөлтийн /код/ _____

Цусан бүтээгдэхүүний цусны бүлэг: /зур/ О, А, В, АВ

Бүтээгдэхүүний Резус фактор RhD: /зур/ Эерэг, Сөрөг

6. Сэлбэхийн өмнө:

- Цус, цусан бүтээгдэхүүний ердийн үнэлгээ: _____
- Хувийн тохироо үзсэн хүүдийний гуурсны код: _____
- Хувийн тохироо: /зур/ тохирсон, тохироогүй
- Биологийн тохироо: /зур/ тохирсон, тохироогүй
- Биохимийн тохироо тодорхойлсон дүн _____

Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэсэн хугацаа		Он	Сар	Өдөр	Цаг	Минут
	Эхэлсэн					
	Дууссан					

7. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэсэн арга ба хурд _____

8. Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний хэмжээ _____

9. Өвчтөний биеийн байдлыг хянасан:

ХУГАЦАА, ҮЗҮҮЛЭЛТ		Судасны цохилт	Цусны даралт	Биеийн хэм	Хянасан эмч, сувилагчийн гарын үсэг
Сэлбэлт хийхийн өмнө					
Сэлбэлт хийх явцад					
Сэлбэлт дараа хойш	1 цагийн дараа				
	2 цагийн дараа				
	3 цагийн дараа				

10. Сэлбэгийн дараах шатны анхны шээсний хэмжээ ба өмнө _____

Сэлбэлт хийсэн эмчийн нэр _____, гарын үсэг _____

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-17

205

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ЗАХИАЛАХ МАЯГТ

Эмнэгийн нэр / тасаг _____

Захиалсан ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмчлүүлэгчийн тухай мэдээлэл

Төрсөн ____ он ____ сар ____ өдөр

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Тасаг _____

Нэр _____

Цусны бүлэг ABO

Резус фактор RhD

Хүйс эрэгтэй, эмэгтэй

Биеийн жин:

Эмчлүүлэгчийн өвчний түүхийн № _____

Үндсэн онош _____	Эерэг бие	Тийм	Үгүй
_____	Өмнө нь цус сэлбүүлсэн	Тийм	Үгүй
_____	Урвал илэрсэн	Тийм	Үгүй
Цус сэлбэх заалт _____	Өмнөх жиржслэлт	Тийм	Үгүй

Хүсэлт

Захиалга Олгосон хэмжээ:

Цуврал-савлалтын №:

Бүхэл цус	мл / нэгж	мл / нэгж
Даршилсан улаан эс	мл / нэгж	мл / нэгж
Улаан эсийн өтгөрүүлэг	мл / нэгж	мл / нэгж
Угаасан улаан эс	мл / нэгж	мл / нэгж
Цагаан эсгүйжүүлсэн бүхэл цус	мл / нэгж	мл / нэгж
Цагаан эсгүйжүүлсэн даршилсан улаан эс	мл / нэгж	мл / нэгж
Цагаан эсгүйжүүлсэн улаан эсийн өтгөрүүлэг	мл / нэгж	мл / нэгж
Хөлдөөсөн шинэ сийвэн	мл / нэгж	мл / нэгж
Криопреципитат	мл / нэгж	мл / нэгж
K-сийвэн	мл / нэгж	мл / нэгж
Ялтаст эсийн өтгөрүүлэг	мл / нэгж	мл / нэгж
Аферезээр бэлтгэсэн ялтаст эсийн өтгөрүүлэг	мл / нэгж	мл / нэгж
Гемофилийн эсрэг VIII фактор	мл / нэгж	мл / нэгж
Гемофилийн эсрэг IX фактор	мл / нэгж	мл / нэгж

Сэлбэлт хийх ____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг

Захиалсан ____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг

Захиалга өгсөн эмчийн овог, нэр /дармалаар/ _____ Гарын үсэг _____

(Байгууллагын тамга буюу эмчийн тэмдэг заавал дарна)

Олгосон ажилтны нэр _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг

Хүлээн авсан ажилтны нэр _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг

296

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-18

ЦУСНЫ АЛБАНД ШИНЖИЛГЭЭНИЙ СОРЬЦ ХҮРГҮҮЛЭХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр / тасаг _____

Эмчлүүлэгчийн эцэг /эх / -ийн нэр _____ Өвчний түүхийн № _____

Эмчлүүлэгчийн нэр _____ нас _____ хүйс _____

Үндсэн онош _____

Цусны сорьц авсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Цусны сорьц авсан ажилтны нэр, гарын үсэг _____

Ямар шинжилгээ хийлгэх :

Кумбсын урвал	Шууд, шууд бус	/доогуур зур/
Эргэлзээтэй бүлэг:	ABO	
	Резус	
	Бусад	
Анти-Д титр		
Хувийн тохироо		
Эсрэг бие илрүүлэх		

Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг _____

Сорьцыг хүлээлгэн өгсөн ажилтны нэр _____

Сорьцыг хүлээн авсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Сорьцыг буцаасан шалтгаан _____

Сорьцыг шалган хүлээж авсан ажилтны нэр, гарын үсэг _____

Эмнэлгийн нэр _____
Тасгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-19

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ нэр _____
2. Нас _____ Хүйс /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй _____ 3. Өвчний түүх № _____
4. Цусны бүлэг /зур/ О, А, В, АВ _____ Резус фактор RhD: /зур/ эерэг, сөрөг _____
5. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэх заалт: _____

6. Бүлэг тодорхойлсон ажилтаны нэр _____
7. Хувийн тохироо: /зур/ тодорхойлсон, тодорхойлоогүй _____
8. Биологийн тохироо: /зур/ тодорхойлсон, тодорхойлоогүй _____
9. Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний нэр, төрөл _____ хэмжээ _____
10. Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний бүлэг _____ цуврал, савлалтын дугаар _____
11. Донорын цус өгөлтийн код _____
12. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг эмнэлэгт хүлээн авч хадгалсан хугацаа: _____ өдөр _____ цаг
13. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг эмнэлэгт хүлээн авч хадгалсан нөхцөл (доогуур зур):
- Тасалгааны хэмд _____ - Сэгсрэгчинд +20+22° C _____
- Хөргөгчинд +2+6° C _____ - Хөлдөөгчинд -20° C буюу түүнээс илүү хүйтэнд _____
14. Урвал хүндрэл эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
15. Урвал, хүндрэлийн төрөл _____
16. Сэлбэлтийг зогсоосон хугацаа _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Илэрсэн шинж тэмдэг:	Эрт илэрсэн	Хожуу илэрсэн
Чирүүдэс хүрэх		
Дотор муухайрах, бөөлжих		
Ууц нуруугаар өвдөх		
Цээжний араар өвдөх		
Халуурах		
Судасны лугшилт удаашрах		
Зүрхний цохилт түргэсэх		
Таталдах		
Тууралт гарах		
Зүү хатгасан газар өвдөх		
Шээс багасах буюу огт гарахгүй болох		
Цустай шээх		
Нүд бүлцийх		
Даралт ихсэх		
Даралт буурах		
Шарлах		
Шоконд орох		

17. Өвчтөнд сэлбэсэн цус цусан бүтээгдэхүүний үлдэгдлийг илгээсэн:

Амчийн овог нэр _____ гарын үсэг _____

18. Үлдэгдэл ЦЦБ – ийг хүлээн авсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

19. Үлдэгдэл ЦЦБ – ийг хүлээн авсан ажилтны нэр _____ гарын үсэг _____

Тайлбар:

- Сэлбэлт хийхийн өмнө хувийн тохироо тодорхойлсон ийлдсийн үлдэгдэл
- Сэлбэлт хийсэн протоколын хуулбар
- Урвал өгсөн өвчтөнд сэлбэлт хийсний эсрэг талын гараас шинжилгээний сорьц уусмалгүй хуруу шилэнд 6 мл, ЭДТА бүхий хуруу шилэнд 6 мл-ийг тус тус авч, цусны албаны лабораторид яаралтай хүргүүлнэ.

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭХ ЗӨВШӨӨРӨЛ АВАХ МАЯГТ
(өвчний түүхэнд хавсаргана)

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____
Үс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____ Тасаг _____

А. Өгсөн мэдээлэл:

Онош, заалт: _____

Өвчтөнд сэлбэх цус, цусан бүтээгдэхүүний нэр төрөл _____

(Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээний ач холбогдол, сөрөг үр дагавар, урвал хүндрэл, эмчилгээний бусад аргуудын талаар өвчтөнд энгийн ойлгомжтой хэллэгээр, дэлгэрэнгүй тайлбарлана)

Өвчтөнд холбогдох мэдээллийг өгсөн эмчийн нэр, гарын үсэг

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Б. Өвчтөний зөвшөөрөл:

Би эмчилгээний ач холбогдол, гарч болзошгүй сөрөг үр дагаврын талаар тодорхой ойлгосон тул сэлбэлт хийлгэхийг зөвшөөрч байна.

Идэд хийсэн шинжилгээ, эмнэл зүйн тоо баримтыг судалгаа шинжилгээний материалд нэргүйгээр ашиглахыг зөвшөөрнө.

Өвчтөний овог нэр, гарын үсэг _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Өвчтөн гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Зөвшөөрсөн асран хамгаалагчийн овог нэр, гарын үсэг _____

Өвчтөнтэй ямар холбоотой болох: _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Өвчтөн эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй, ухаангүй, сэтгэцийн эмгэгтэй (доогуур зур)

Бусад тайлбар _____

Хэрэв өвчтөн болон асран хамгаалагч нь зөвшөөрөөгүй тохиолдолд:

Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлэхээс татгалзсан шалтгаан (дэлгэрэнгүй бичих):

Татгалзсан хүний овог нэр, гарын үсэг _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр _____
Тасгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэл 4 маягт С^т,21

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН БҮРТГЭЛ

[illegible]

Эмнэлгийн нэр _____
Тасгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэл) маягт СТ-22

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙ ЗАХИАЛСАН БА ХҮЛЭЭН АВСАН БҮРТГЭЛ

[illegible]

301

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС №

Дуудлага хүлээн
авсан хүний нэр
Дуудлага өгсөн
утасны дугаар

Яаралтай

Яаралтай бүс

Өвчтөний эцэг/эх/-

Нэр

Нас

Хүйс

Оршин суугаа хаяг

Хаягын тодотголын

Дуудлага өгсөн хүний

ажлын газар

Дуудсан шалтгаан

Үзүүлэлт	цаг	минут
Дуудлага авсан		
Дуудлага гарсан		
Хүлээгдсэн		

Үзүүлэлт	цаг	минут
Айлд очсон		
Эмнэлэг тээвэрлэсэн		
Дуудлага дууссан		

Үзүүлэлт	цаг	цаг	минут
Нийт зарцуулсан хугацаа			

Зовиур

Өвчтний түүх:

Бодит үзлэг /зур/

Биеийн байдал:

- ☐ Сайн
- ☐ Дунд
- ☐ Хүндэвтэр
- ☐ Хүнд
- ☐ Маш хүнд
- ☐ Агональ
- ☒ Клиник үхэл

Ухаан санаа:

- ☐ Саруул
- ☐ Бүдгэрсэн
- ☐ Дежрөн балартах
- ☐ Ухаангүй комын

Байрлал:

- ☐ Идэвхтэй
- ☐ Идэвхгүй
- ☐ Хагаас суугаа
- ☐ Албадмал

Биеийн галбир:

- ☐ Хэвийн
- ☐ Тарган
- ☐ Туранхай
- ☐ Нүүр царай:
- ☐ Ердийн
- ☐ Цайвар
- ☐ Цонхигор
- ☐ Хөхөрсөн

- ☐ Улайсан
- ☐ Толботой
- ☐ Тууралттай
- ☐ Х өнгө
- ☐ Цэлхэгэр

Орчиндоо:

☐ Хэрхэлтэй

Үг яриа:

☐ Хэвийн

Арьсны уян хатан чанар:

- ☐ Хэвийн
- ☐ Ердийн
- ☐ Сул
- ☐ Халуун
- ☐ Хүйтэн

Арьсны чийглэг байдал:

- ☐ Чийглэг
- ☐ Ердийн
- ☐ Хуурай

Захын тунгалгийн булчирхай:

- ☐ Тэмтрэгдэнэ
- ☐ Тэмтрэгдэхгүй

Хүчилтөрөгчийн

хангамж:

Мэдрэлийн үзлэг:

Хүзүүний хөшингө (-) (+)

Хүүхэн хараа:

- ☐ Хэвийн
- ☐ Нарийссан
- ☐ Өргөссөн

Биеийн үзлэг: (-) (+)

Таталт:

- ☐ Хэсгийн
- ☐ Нэлэнхүйдээ
- ☐ Тасралтгүй
- ☐ Хүчдэлийн
- ☐ Чичирхийлсэн

Булчингийн хүчдэл:

- ☐ Ердийн
- ☐ Сул
- ☐ Атони
- ☐ Чангарсан
- Симптомууд:
- Мэнэнгийн шинж:
- ☐ Симптом кернига (-) (+)
- ☐ Брудзинский(-) (+)

Зүрх судасны эрхтэн тогтолцоо:

Зүрхний авиа:

- ☐ Тод
- ☐ Бүдэг
- ☐ Акценттай
- ☐ Шуугиантай
- Судасны цохилтын тоо _____
- ☐ Жигд
- ☐ Жигд бус
- ☐ Булгилсан
- ☐ Сул
- ☐ Тэмтрэгдэнэ
- ☐ Тэмтрэгдэхгүй

Экг-д:

P__PQ__QS__QRS__ST__T__Q

T__

Артерийн даралт:

D__S__

Давтан үзэхэд D

__S__

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо:

Амьсгалын тоо:

1-минутанд ____

Амьсгал:

☐ Ердийн
- ☐ Өнгөц
- ☐ Гүн

Амьсгалд:

Хүлээх

Амьсгалын зам:

- ☐ Чөлөөтэй
- ☐ Хэл унасан
- ☐ Эрүүгүй
- ☐ Амны хөндийд бөөлжистэй
- ☐ Салсттай
- ☐ Цустай
- ☐ Гулгилт
- ☐ Бөглөрөлттэй
- ☐ Амьсгадалт гаргалтын авалтын
- ☐ Холимог

Цээжний хэнхэрцэг эмзэглэлтэй: (-)

(+)

Хэлбэр өөрчлөгдсөн: (-) (+)

Уушиг тогшилтоор:

- ☐ Хэнхэргэн
- ☐ Дүлий
- ☐ Дууны доргион(-) (+)

Чагналтаар:

- ☐ Цулцангийн
- ☐ Ширүүн
- ☐ Гуурсан хоолойн
- ☐ Суларсан амьсгалтай

Хэржигнүүр:

- ☐ Сонсогдоно
- ☐ Сонсогдохгүй
- ☐ Хяхтнасан
- ☐ Шажигнасан
- Гялтангийн шүргэлцэх чимээ: (-) (+)
- Хөөмий гүйлсэн булчирхай:
- ☐ Хэл
- ☐ Чийглэг
- ☐ Хуурай
- ☐ Өнгөртэй
- ☐ Өнгөргүй

Хэвлий:

- ☐ Зөв хэлбэртэй
- ☐ Цардгар
- ☐ Татагдсан
- ☐ Амьсгалд оролцоно
- ☐ Оролцохгүй

Хэвлий тэмтрэлтээр:

- ☐ Эмзэглэлтэй
- ☐ Эмзэглэлгүй
- ☐ Зөөлөн
- ☐ Хатуу
- Хэвлийн хөндийд
- ☐ Шингэнтэй
- ☐ Шингэнгүй

Хэвлийн хөндийн цочмог шинж тэмдэг (-) (+)

Симптомууд:

Шээс ялгаруулах тогтолцоо:

Шээсний гарц:

- ☐ Хэвийн
- ☐ Ихэссэн
- ☐ Багассан
- ☐ Цустай

Симптом пастернацкий:

D (-)(+) __S__(-)(+) __

Хөл

шилбээр:

Элэг дэлүү: ☐ Тэмтрэгдэнэ ☐ Тэмтрэгдэхгүй ☐ Эмзэглэлтэй ☐ Эмзэглэлгүй	Мэс засал хийлгэсэн эсэх: ☐ Үгүй ☐ Тийм Төрөх эмэгтэйчүүд: УЗЦ: _____ (-) (+) Ургийн байрлал: ☐ Дагуу ☐ Хөндлөн	Умай: ☐ Тонустай ☐ Тонусгүй ☐ Тэмтрэгдэнэ ☐ Тэмтрэгдэхгүй Ургийн толгой: ☐ Аарцагт суусан ☐ Суугаагүй Үтрээнээс гарсан ялгадас: ☐ Цус ☐ Ялгадас Умайн цус алдалт: хэмжээ _____ (-) (+)
---	---	--

Эмнэлгийн хүлээн авахад

Онош

өвчтэй учир хэвтүүлэв.

Картын дугаар

Огноо

Урьдчилсан онош:

Нэмэлт тэмдэглэл:

Очихоос өмнө тусламж: аваагүй, авсан, хэрэглэсэн эм, тариа

Үзүүлсэн тусламж:

Зүрхний цахилгаан бичлэг	
Шарх цэгцэлсэн	
Ариун боолт/тампонад/	
Чангалуур тавьсан	
Чиг	
Зүрх судасны сэхээн	
Хүчилтөрөгч өгсөн	
Сахар тодорхойлох	
Захын судсанд O ₂ тодорхойлох	
Интубаци	
Цахилгаан сорилт (AED)	

Үзүүлэлт		Анхны үзлэгээр	Арга хэмжээ авсаны дараах
Цусны	Зүүн		
	Баруун		
Зүрхний цохилтын тоо			
Амьсгалын тоо			
Биеийн халуун			
Хүчил төрөгчийн			

Хийсэн эмчилгээ:

Өвчтөнг тээвэрлэхдээ: хөлөөр, сандалд, өргөж, дамнуурга, бусад

Дуудлагын төрөл: _____

Хэвтүүлсэн,

Эмнэлэгт очсон огноо: цаг _____ минут

Хүлээн авсан эмчийн _____

Дуудлагын үр дүн:

Замд нас барсан	
Хаяг олдоогүй	
Өөрсдөө эмнэлэг явсан	
Дуудлага буцаасан	
Үзлэгээс татгалзсан	

Гэртээ төрсөн	
Эмч очихоос өмнө нас барсан	
Эмнэлэгт хүргэсэн	
Тусгай бригадад шилжүүлсэн	
Архитай холбоотой	

Эмчийн _____

Сувилагчийн нэр _____

Жолоочын нэр: _____

Эзлхийн ахлагчийн _____

Өвчтөний эцсийн онош:

ӨОУА
код

302

ХҮҮХДИЙН ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС№

Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр: _____

Дуудлага өгсөн утасны дугаар: _____

Үйлчлүүлэгчийн овог: _____ Нэр: _____

Нас: _____ Хүйс: /зур/ Эрэгтэй, Эмэгтэй

Ор _____ н суугаа хаяг: _____

Хаягийн тодотгол: _____

Дуудлага өгсөн хүний нэр ба ажлын газар: _____

Дуудсан шалтгаан: _____

Яаралтай
Яаралтай бус

Үзүүлэлт	цаг	минут	Үзүүлэлт	цаг	минут
Дуудлага авсан			Гарсан		
Хүлээгдсэн			Айлд очсон		
Буцаж ирсэн			Зарцуулсан		

Очихоос өмнөх тусламж: /зур/ аваагүй, авсан, хэрэглэсэн эм тариа: _____

Зовиур: _____

Өвчнийтүүх: _____

Бодит үзлэгийн хэсэг:			
Биеийн ерөнхий байдал: ☐ Дунд ☐ Хүндэвтэр ☐ Хүнд ☐ 1/2 хүнд ☐ Амьсгал ☐ Клиник үхэл	Ухаан санаа: ☐ Саруул ☐ Бүдгэрсэн ☐ Дөжрөн балартах ☐ Оворго ☐ Бусад	Орчиндоо: ☐ Харьцаатай ☐ Харьцаагүй Байрлал: ☐ Идэвхтэй ☐ Идэвхгүй ☐ Хагас суугаа ☐ Албадмал ☐ Хэвтрийн бусад _____	Хөдөлгөөн: ☐ Идэвхтэй ☐ Идэвхгүй Биеийн галбир: ☐ Хэвийн ☐ Тарган ☐ Туранхай ☐ Туранхайвтар
Арьсны өнгө: ☐ Ердийн ☐ Цайвар ☐ Цайвар ягаан ☐ Шар ☐ Саарал ☐ Бусад _____	Уян чанар: ☐ Хэвийн ☐ Буурсан ☐ Алдагдсан ☐ Арьсны чийглэг байдал: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Хуурайшсан	Тууралт: ☐ Цэвэр ☐ Тууралтгүй ☐ Тууралттай: ☐ Улаан ☐ Толбон ☐ Гүвдрүүт ☐ Цэврүүт ☐ Бэлцрүүт ☐ Зангилаат ☐ Цусархаг ☐ Хөхрөлт ☐ Бусад	Тууралтын байршил: _____ _____ _____
Захын тунгалагийн булчирхай: ☐ Тэмтрэгдэхгүй ☐ Тэмтрэгдэнэ _____	Булчингийн хүчдэл: ☐ Ердийн ☐ Сул ☐ Хүчдэлгүй ☐ Ихэссэн	Мэдрэлийн үзлэг: Дэгзны хөшингө илэрсэн эсэх + - См Керниг + - См Брузенский + -	Таталт: ☐ Үгүй ☐ Хэсгийн ☐ Нилэнхүүдээ ☐ Шилжмхий ☐ Чичирхийлсэн ☐ Хүчдэлийн
Толгойн хэлбэр: _____ Гавлын ясжилт: /зур/ хэвийн, зөөлөн			
Зулай: ☐ Битүүрсэн ☐ Битүүрээгүй /тайван, х _____ эр, дүүрэнгэ, м _____ шилттай/; Зулай хэмжээ: _____ см	Хүүхэн хараа: ☐ Хэвийн ☐ Нарийн ☐ Өргөссөн ☐ 2 талд ижил биш	Гэрлийн урвал: + - Эвэрлэгийн рефлекс: + -	Чих:Өвдөлт: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ См Трагус +/- /баруун,зүүн/
Гүйлсэн булчирхай: ☐ Үрэвсээгүй ☐ Үрэвссэн ☐ Бусад	Хэл: ☐ Чийглэг ☐ Хуурай ☐ Өнгөртэй ☐ Өнгөргүй	Зүрхний авиа: Тод, бүдэг Хэм: ☐ Жигд ☐ Жигд бус ☐ Түргэссэн ☐ Удавширсан ☐ Хэм алдагдсан ☐ Акцент _____ Эмгэг шуугиан + - хүчдэл,дүүралт	Амьсгалын тогтолцоо: Хамар сарталзах шинж: ☐ Илэрсэн ☐ Илрээгүй

Цээж хонхолох шинж: ☐ Илрээгүй ☐ Тод илэрсэн ☐ Сул илэрсэн	Хамрын амьсгал: ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай ☐ Тийм бол ямар: _____	Амьсгал авалт саадтай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй Амьсгал гаргалт саадтай эсэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Амьсгалын хэлбэр: ☐ Цээжний ☐ Хэвлийн ☐ Холимог Ханиалгалт: ☐ Тийм ☐ Үгүй
Амьсгалд цээжний туслах булчин: ☐ Оролцоно ☐ Оролцохгүй Дууны доргилт: ☐ Хэвийн ☐ Суларсан ☐ Хүчтэй	Чагналтаар: ☐ Цулцангийн ☐ Ширүүссэн ☐ Гуурсан хоолойн ☐ Суларсан ☐ Дүлий Амьсгалын эмгэг шуугиан: ☐ Хяхтнасан ☐ Шуугисан	Хэржигнүүр: ☐ Хэржигнүүргүй ☐ Хэржигнүүртэй: /зур/ хуурай, нойтон, холимог, шаржигнуур, жижиг, дунд, том, байрлал	Гялтангийн шүргэлцэх чимээ: ☐ Хэвлийнүзлэг: ☐ Ердийн ☐ Цардгар ☐ Дүүрэнгэ ☐ Мэхгэр ☐ Зөөлөн ☐ Эмзэглэлгүй ☐ Эмзэглэлтэй
Хэвлийн хөндийн цочмог шинж: + - См _____	Элэг дэлүү: ☐ Тэмтрэгдэнэ ☐ Тэмтрэгдэхгүй	Хагалгааны сорив: ☐ Тийм ☐ Үгүй	Баас: ☐ Хэвийн ☐ Шингэн ☐ Хатна Суулгалт: ☐ Шингэн ☐ Усархаг ☐ Салсархаг ☐ Цусан судалтай ☐ Хоолны боловсроогүй үлдэгдэлтэй
Баасны өнгө: ☐ Шар ☐ Ногоон ☐ Цагаан ☐ Хар ☐ Бусад _____ Баасны тоо: хоногт _____ удаа		Шээсний гарц: ☐ Хэвийн ☐ Ихэссэн ☐ Багассан См Пастернацкий /зур/ баруун + -, зүүн +-	
		Хөл шилбээр хаван: ☐ Үгүй ☐ Тийм	

0-2 сар хүртэлх хүүхдийн үзлэг		2 сараас дээш насны хүүхдийн үзлэг	
Машхүнд өвчин	-Хооллож чадаж буй эсэх -Татсан -Амьсгал олширсон -Цээж хүчтэй хонхолосон -Хамар сарталзсан -Яраглаж амьсгалсан -Чихнээс булаг гоожсон -Зулай чинэрэлттэй -Хүй улайж арьсруу тэлсэн -Халууралт 37.5-с дээш, эсвэл 35.5-с -Арьсанд олон идээт цэврүүтэй -Унтаарсан буюу ухаангүй -Хөдөлгөөн ердийнхөөс багассан	Машхүнд өвчин	Татсан Унтаарсан буюу ухаангүй Уух чадваргүй болсон Уусан бүхнээ бөөлжих
		Суулгалт	-Шингэн их алдалт -Шингэн алдалт -Шингэн алдалтгүй -Хүнд ужиг суулгалт -Цусан суулгалт
		Чихний өвчин	Хөхлөг ургацагийн үрэвсэл Чихний цочмог халдвар Чихний архаг халдвар
		Хоолойн өвчин	Залгиурын арын буглаа Хоолой залгиурын идээт үрэвсэл Залгиурын салстын үрэвсэл
Нягтийн хэсэг газрын халдвар	-Хүй улайсан буюу идээ гарсан -Арьсны идээт цэврүү -Хүй улайж арьсруу тэлсэн	Хооллолтын бэрхшээл	-Хооллолтын бэрхшээлтэй -Хооллолтын бэрхшээлгүй
Нярай шарлалт	-Төрөөд 24 цаг болоогүй шарласан нярай -Гарын алга хөлийн ул, нүдний склер гар байх		
Шингэн алдалт	-Хөдөлгөөн муудах -Цочромтгой -Нүд хонхойх -Арьсны хуниас		

Урьдчилсан онош:	ӨӨУА код

Хийсэн эмчилгээ:

123

Үзүүлэлт		Анхны үзлэгээр	Арга хэмжээ авсны дараахь	Зөвлөсөн эмчилгээ: - давтан үзлэг 1,2,3,5 хоног - хэзээ яаралтай эргэн үзүүлэхийг - зөвлөсөн эсэх
Цусны даралт	зүүн			
	баруун			
Зүрчний цохилтын тоо				
Ам. алын тоо				
Биеийн хэм				
Захын судасны O ₂ -ын хангамж				

Өвчтөнг тээвэрлэхдээ: хөлөөр, сандалд, өргөж, буюу тэвэрч, дамнуургаар

Хэвтүүлсэн шилжүүлсэн эмнэлэг: /зур/ _____

Эмнэлэгт очсон цаг _____ минут _____

Хүлээн авсан эмчийн нэр гарынүсэг: _____

Дуудлагын үр дүн:

Замд нас барсан		Хаяг олдоогүй
Эмч очихоос өмнө нас барсан		Дуудлагаа буцаасан
Өөрсдөө эмнэлэг явсан		Үзлэгээс татгалзсан
Эмнэлэг хүргэсэн		Үр дүнгүй

Эмчийн нэр: _____

Сувилагчийн нэр: _____

Жолоочийн нэр: _____

Ээлжийн зохицуулагчийн нэр: _____

ХАЛДВАРТАЙ ӨВЧНИЙ ТУСГААРЛАЛТ ХАЛДВАРГҮЙТГЭЛИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС

Дуудлага хүлээн авах хүний нэр _____
Дуудлага өгсөн хүний нэр _____ Утас _____ № _____
Ажлын газар, хаяг _____
Өвчтөний овог _____ Нэр _____ нас _____ Хүйс: эр, эм (зур) _____
Өвчтөний гэрийн хаяг _____

Өвчтөний ажил, сургууль, цэцэрлэг _____
Өвчин эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг Анхны шинж тэмдэг _____

Өвчний онош _____

Үзүүлэлт	цаг	минут
Дуудлага авсан		
Айлд очсон		
Хүлээгдсэн		

Үзүүлэлт	цаг	минут
Гарсан		
Ирсэн		
Зарцуулсан		

Эмчийн нэр _____ Жолооч _____ км _____
Хаягийн тодруулга _____

ХӨСҮТ-ийн хүлээн авахад

Овогтой _____ Нас _____ Хүйс: эр, эм (зур) _____
Онош _____ өвчтэй учир хэвтүүлэн эмчлүүлье.

Тусгаарлалт халдваргүйтгэлийн алба их, бага эмч (зур) _____

Нэр _____ Хуудас № _____

АР ТАЛ

ГОЛОМТОНД АВСАН АНХНЫ АРГА ХЭМЖЭЭ

1. Бодит үзлэг хийсэн, үгүй (зур) _____

2. Эмчилгээ хийсэн, үгүй (зур) _____

Эм тарианы нэр, тун хэмжээ _____

Хэрэглэсэн зүү шиприц, бусад зүйл _____

3. Халдварын судалгаа хийсэн, үгүй (зур) _____

4. Зөвөлгөө яриа хийсэн хүний тоо _____

5. Шинжилгээ авбал зохих хүний тоо _____

Үүнээс шинжилгээ авсан хүний тоо _____

6. Халдваргүйтгэл хийсэн, үгүй (зур) _____

Хийсэн бодисын нэр, тун хэмжээ _____

Хийгээгүй шалтгааныг тодорхой бич _____

9. Халдварын клиник эмнэлэгт тусгаарлагдсан, үгүй (зур) _____

Хэвтээгүй шалтгааныг тодорхой бич _____

10. Онош үгүйсгэсэн аль эмнэлэг _____

Эмчийн нэр _____

цаасан онош _____

Та манай үйлчилгээний талаар санал хүсэлтээ бичнэ үү?

Хангалттай, хангалтгүй (зур). Тайлбар _____

Хүний нэр _____

МСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэл"-н маяг СТ-24А

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ЭМЧИЙН АЖЛЫН ТООЦООНЫ ХУУДАС /Насанд хүрэгчдийн/

Эмчийн нэр:

[illegible]

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ЭМЧИЙН АЖЛЫН ТООЦООНЫ ХУУДАС /насанд хүрэгчдийн/

Эмчийн нэр _____

№	Тусламж												Дуудлага		Нэн яаралтай	Хүлээгдэл				Дуудлага аваад айлд очсон				Хүйс		Насны ангилал																
	3СД сэхсэн амьдралалт	Шархны өвчлүүлэгч	Боолт	Чиг	Хүчтгөрөгч өрсөн	Шингэн залгасан	Судас тариа	Бусад тариа	Зүрхний цахилгаан бичлэг	Цээж х/хөндийн хатгалт	Эмнэлэгт хүргэсэн	Бусад хэлбэрийн	Холбоогоор авсан	70км-аас дээш		дундач / км	Дуудлага зарцуулагдсан дундаж хугацаа	Бүх явсан км	Давтан дуудлага	Бүтд	Үүнээс 20мин-д очсон	0-10 минутын дотор	11-20 минутын дотор	21-30 минутын дотор	31 минутас дээш	0-20 минутын дотор	21-40 минутын дотор	41-60 минутын дотор	1 цагаас дээш	Эр	Эм	0-14 нас	15-19 нас	20-29 нас	30-39 нас	40-49 нас	50-59 нас	60-69 нас	69-өөс дээш			
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
7																																										
8																																										
9																																										
10																																										
11																																										
12																																										
13																																										
14																																										
15																																										
16																																										
17																																										
18																																										
19																																										
20																																										
21																																										
22																																										
23																																										
24																																										

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ЭМЧИЙН АЖЛЫН ТООЦООНЫ ХУУДАС /ХҮҮХДИЙН/

Эмалдин нэр

[illegible]

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ЭМЧИЙН АЖЛЫН ТООЦООНЫ ХУУДАС /ХҮҮХДИЙН/

Эмчийн нэр _____
Эмчийн нэр _____

№	Тусламж										Дуудлага		Нон яаралтай	Хүлээгдэл				Дуудлага аваад айлд очсон				Хүйс	Нас								
	3CA сэхсэн амьдруулалт	Шархны агууламраа	Боомт	Чир	Хүмүүнлөх өрсөн	Шингэн залгасан	Сүлдас тариа	Бусад тариа	Эмнэлэгт хүргэсэн	Бусад хэлбэрийн	Холбоогоор авсан	70км-аас дээш																			
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																															

25

АЛСЫН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС

А. Алсын дуудлага хүлээн авсан байдал

1. Дуудлага хүлээн авсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
2. Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр, албан тушаал _____
3. Дуудлага өгсөн эмнэлгийн байгууллага _____
4. Дуудлага өгсөн хүний нэр, албан тушаал _____
5. Эмчлүүлэгчийн: Овог _____ Нэр: _____ Нас _____ Хүйс _____
6. Үндсэн онош _____
7. Дуудсан шалтгаан : / зур / багаж, тоног төхөөрөмж, шинжилгээ, нарий мэргэжлийн эмч, дутагдалтай, бусад _____
8. Бусад тодруулсан мэдээлэл _____

Б. Дуудлага шийдвэрлэсэн байдал

9. Эмнэлгийн байгууллагад дуудлагыг мэдээлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
10. Дуудлагыг хүлээн авсан эмнэлгийн байгууллагын нэр _____
11. Хүлээн авсан хүний нэр, албан тушаал _____
12. Дуудлагад явсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
13. Хэний шийдвэрээр явсан _____
14. Эмч, мэргэжилтний явсан тээвэр /зур/ машин, галт тэрэг, онгоц, бусад _____
Машинаар явсан тохиолдолд машины марк _____ дугаар _____
Жолоочийн: Овог: _____ Нэр: _____
15. Дуудлагад явсан эмчийн нэр, албан тушаал _____

В. Тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн байдал

16. Эмчийн авсан арга хэмжээ /зур /
 - а) Эмчилгээг хэвээр үргэлжлүүлсэн
 - б) Эмчилгээний тактикийг өөрчилсөн
 - в) Мэс засал хийсэн
 - г) Давтан мэс засал хийсэн
 - д) Мэргэжлийн зөвлөгөө өгсөн
 - е) Бусад _____
17. Тусламж үзүүлсэн эмчийн онош: _____
18. Онош зөрсөн бол түүний шалтгаан _____
19. Дуудлага шаардлагатай, шаардлагагүй байсан _____
20. Эмчилгээний үр дүн / зур /
 - а) Сайжирсан
 - б) Хэвэндээ
 - в) Дордсон
 - г) Нас барсан
21. Өвчтөн нас барсан бол шалтгаан
 - а) Дуудлага оройтсон
 - б) Өвчний оройтож хэвтсэн
 - в) Мэс засал оройтсон
 - г) Эмчилгээний тактикийг буруу сонгосон
 - д) Эм, тариа дутагдсан
 - е) Багаж, тоног төхөөрөмж дутагдсан
22. Дуудлагаар үйлчүүлсэн байгууллагын тэмдэг _____
23. Дуудлагад явсан эмчийн гарын үсэг _____

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут



... өдөр

ЭМИЙН ЗАХИАЛГЫН ТҮҮВЭР

Палатны дугаар

Oh cap

[illegible]

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоогушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн, маяг СТ.1

ЭМНЭЛГИЙН ЗӨӨЛӨН ЭДЛЭЛД ХИЙСЭН ХАЛДВАРГУЙТГЭЛ, УГААЛГА АРИУТГАЛД ХҮЛЭЭН АВЧ, ОЛГОСОН БҮРТГЭЛ

[illegible]

ЭМСайдь. 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маяг СТ-31

АРИУТГАЛД БАГАЖ МАТЕРИАЛ ХҮЛЭЭН АВЧ ОЛГОСОН БҮРТГЭЛ

[illegible]

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС

Яаралтай тусламжид ирсэн огноо он сар өдөр цаг минут

ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ									
Ов _____ Нэр _____			Регистрийн дугаар: _____			Нас: _____		Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй	
Иргэний харъяалал _____			Холбоо барих утас: _____			Давтан ирсэн хугацаа ☐ 24 цаг ☐ 48 цаг ☐ 72 цаг			
ЯТТ-т ирсэн цаг цаг минут		Эрэмбэлсэн цаг минут		ЯТТ эмч үзсэн цаг минут		Шийдвэрлэсэн цаг минут		ЯТТ-т байсан нийт цаг цаг минут	
Осол гэмтэл ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй			Цагдаад мэдэгдсэн ☐ Тийм ☐ Үгүй			Гэмтсэн цаг хугацаа		Хаана	
ЯТТ-т ирсэн хэлбэр ☐ Өөрөө ☐ 103 ☐ Амбулаториор ☐ Бусад эмнэлгээс			Хэн авчирсан						
Асуумжийг хэнээс авсан ☐ Өөрөөс нь ☐ Бусад хүнээс			Асуумж авсан хүний овог нэр			Утасны дугаар			
Гол зовиур			Сүүлийн сарын тэмдэг сар өдөр			☐ Жирэмсэн ☐ Цэвэршсэн			
			Биеийн жин _____ кг			Өндөр _____ см			
			Харшил ☐ Эм тариа			Хорт зуршил ☐ Архи ☐ Тамхи ☐ Бусад			
Анхны үзлэг					Амин үзүүлэлт				
Амьсгалын зам ☐ Чөлөөтэй ☐ Саадтай					Хугацаа				
Амьсгал ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус					Үзүүлэлт				
Цусны эргэлт ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус					Биеийн температур				
Арьсны өнгө ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус					Зүрхний цохилт				
Пульс ☐ Хэвийн ☐ Хэвийн бус					Артерийн даралт				
Хялгасан судасны дүүг ☐ 2 сек бага ☐ 2 сек их					Амьсгалын тоо				
Ухаан санааны байдал A ☐ V ☐ P ☐ U ☐					O ₂ Sat%				
Булчингийн хүч ☐ Хэвийн ☐ Суларсан					Өвдөлт ☐ Тийм ☐ Үгүй				
					☐ Архаг ☐ Цочмог				
					Өвдөлтийн хугацаа				
					Өвдөлтийн зэрэг				
☐ Хар ☐ Улаан ☐ Шар ☐ Ногоон ☐ Цагаан					Байнга хэрэглэдэг эм				
Сувилагчийн нэр _____									
Тархвар судлалын асуумж									
☐ 10 хоногийн дотор ямар нэг халдварт өвчнөөр өвдсөн эсэх					☐ Сүүлийн 6 сарын дотор аялалд явсан эсэх				
Хэрэв өвдсөн бол:					Аялсан бол:				
☐ Халуурсан ☐ Хөрсөн ☐ Булчин өвдсөн ☐ Гүйлгэсэн					☐ Гадаад ☐ Дотоод Аялсан чиглэл _____				
☐ Тууралт ☐ Цэр ☐ Ханиалгасан									
Вакцин хийлгэсэн эсэх _____					Хамгийн сүүлд идсэн хоол: _____				
Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн анхны үзлэг									
Үндсэн зовиур:					Одоогийн өвчний түүх:				
Шийдвэрлэсэн байдал									
☐ Ажиглалт ☐ ЭЭТ ☐ Бусад тасаг _____					☐ Буцсан ☐ Нас барсан				
Бусад эмнэлэг рүү шилжсэн: _____					☐ Бусад				
Шийдвэрлэсэн он сар өдөр цаг минут					Шийдвэрлэсэн ЯТТ-н эмч _____ / _____				

[illegible]

Амилуулах тусламжийн хуудас

Үйлчлүүлэгчийн Овог _____ Нэр: _____

Нас _____ Хүйс: /зур/ Эрэгтэй, Эмэгтэй

Он _____ сар _____ өдөр

Үргэлжлэх хугацаа /минутаар /	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Нийлбэр
Ухаан санааны байдал /GCS/																	
Хүүхэн харааны хэмжээ гэрлийн урвал /L/R/																	
Амьсгалын замын чөлөөлсөн байдал																	
Цусны даралт																	
ЭКГ-д хэм																	
Цээж шахах																	
Дефибрилляторын цахилгаан хүчдэл /кВ/ давталт/																	
FIO2%																	
Адреналин 1мг/1мл																	
Атропин 1мг/1мл																	
Амиодарон 150 мг/3 мл																	
SO4 25% /10 мл																	
Допамин 200 мг/5 мл * ----амп																	
Содийн уусмал 4 % / 100 мл																	
Лидокайн 2%/2 мл																	
Преднизолон 30мг/1мл																	
Дусал тариа																	

Амилуулах тусламжийн тэмдэглэгээ _____

Амилуулах тусламж зогсоосон цаг _____ минут _____

мчийн нэр _____ Сувилагчийн нэр _____ Туслах _____

ЭМС-ын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-17

ЭХИЙН ЭНДЭГДЭЛ, НОЦТОЙ ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Тогтмол хаяг

аймаг, хот _____

сум/дүүрэг _____

баг/хороо _____

47

57. Эмнэлгээс гарсан, ижилжсэн, нас барсан (зур)

58. Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн: 1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан он сар өдөр
цаг минут

60. Ор хоног хоног цаг минут

61. Эмгэг анатомийн шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Орсон 2. Ороогүй

62. Эмгэг судлалын шинжилгээний онош: _____ ӨО

УА-10-аар кодлох

63. Онош тохирсон эсэх: 1. Тохирсон 2. Тохироогүй (зур)

64. Тохироогүй бол:

1. Үндсэн оношоор 2. Дагалдах оношоор 3. Хүндрэлээр (зур)

65. Эх барихын шалтаантай эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

66. Хожимдол (сонгоно уу): 1, 2, 3

67. Нарайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

68. Биеийн жин: _____ гр, өндөр: _____ см

69. Нарайн байдал: амьд, амьгүй, нас барсан (зур)

70. Амьд бол 1 минутын дараах Алгарын үнэлгээ: _____

71. Амьд бол 5 минутын дараах Алгарын үнэлгээ: _____

72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1 Эмч дуудсан хугацаа сар, өдөр, цаг, минут

72.3 Төрсөн хугацаа сар, өдөр, цаг, минут

72.4 Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа

72.5 Эмч очсон хугацаа сар, өдөр, цаг, минут

72.6 Төрсөн хугацаа сар, өдөр, цаг, минут

Мэдээлсэн их эмчийн нэр: _____

Мэдээлсэн он сар өдөр: _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур)

1.1 Хүндэрсэн 1.2. Эндсэн

2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар: (зур) 2.1. Гэрт 2.2. Сумын эмнэлэгт

2.3. Аймаг, хотын эмнэлэгт 2.4. Хувийн эмнэлэгт 2.5. Бусад

3. Нас

4. Ам бул

5. Гэр бүлийн байдал: (зур) гэрлээгүй, хамтран амьдрагч, гэрлэсэн,

гэрлэсэн/тусдаа, салсан, бэлбэсэн, тодорхойгүй

6. Боловсрол: (зур) боловсролгүй, бага, дунд, мэргэжлийн болон техникийн, дээд, тодорхойгүй

7. Нийгмийн байдал: ажилтай, ажилгүй, малчин, оюутан, сурагч, бусад

8. Эмнэлэгт хэвтсэн он сар өдөр цаг минут

9. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн биеийн байдал: (зур) хөнгөн, дунд, хүндэвтэр, хүнд, маш хүнд, бусад

10. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн: Онош:

Хүндрэл:

Хавсарсан өвчин:

11. Биеийн жин кг 12. Өндөр см

13. Цусны даралт: 6 3 судасны цохилтын тоо

14. Хийгдсэн шинжилгээ:

14.1. Цусны ерөнхий шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.2. Шээсний шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.3. Биохимийн шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.4. Хэт авиан шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.5. Рентген шинжилгээ: 1. Тийм 2. Үгүй

14.6. Зүрхний бичлэг: 1. Тийм 2. Үгүй

14.7. Кагулограмм: 1. Тийм 2. Үгүй

14.8. Компьютер томограф: 1. Тийм 2. Үгүй

14.9. Бусад: /Бичих/

15. Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)

16. Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)

17. Өмнөх жирэмслэлт хэдэн онд байсан бэ?

18. Өмнөх жирэмснийг үргэлжлүүлж:
 - 18.1. Эрт үеийн зулбалт
 - 18.2. Хожуу үеийн зулбалт (халдварлагдсан, халдварлагдаагүйг зурах)
 - 18.3. Үр хөндөлт
 - 18.4. Умайн гаднах жирэмслэлт
 - 18.5. Дулуу төрөлт
 - 18.6. Гүйцэд төрөлт
 - 18.7. Илүү тээглттэй төрөлт
 - 18.8. Төрөөгүй (шалтгааныг бичих)
19. Өмнөх жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараа болон үр хөндөлттэй холбоотой ямар нэгэн хүндрэл байсан уу? 1. Тийм 2. Үгүй
20. Жирэмсний хяналтанд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
21. Жирэмсний хяналтанд анх орсон хугацаа: долоо хоногоор _____
22. Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн: _____
23. Жирэмсний хяналтанд байсан газар:
 - 23.1 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн төв
 - 23.2 Улаанбаатар хот, ЭХЗЭМҮТ
 - 23.3 Аймгийн эмнэлэгт
 - 23.4 Сумын эмнэлэгт
 - 23.5 Хувийн эмнэлэгт
 - 23.6 Багт
24. Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин
 - 24.1 Эх барих эмэгтэйчүүд
 - 24.2 Өөр мэргэжлийн их эмч
 - 24.3 Эх баригч
 - 24.4 Бага эмч
25. Жирэмсэн үед жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үеийн тухай эрүүл мэндийн хичээл сургалтанд оролцсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
26. Энэ жирэмсний үе дэх хавсарсан өвчин:
 - 26.1. Хавсарсан өвчингүй
 - 26.2. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин
 - 26.3. Хавдар
 - 26.4. Цус, цус бүтээх эрхтний өвчин
 - 26.5. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчин
 - 26.6. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин
 - 26.7. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
 - 26.8. Амьсгалын тогтолцооны өвчин
 - 26.9. Хоол шингээх тогтолцооны өвчин
 - 26.10. Шээс, бэлгэсийн тогтолцооны өвчин
- 49.4. Хүнд хэлбэрийн гипоперфузи (лактат>5 ммоль/л эсвэл 45 мг/дл)
- 49.5. Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (pH<7.1)
- 49.6. Зүрх, уушгины амилуулалт
50. Амьсгалын эрхтний үйл ажиллагааны алдагдал
- 50.1. Цочмог хөхрөлт
- 50.2. Таталдсан амьсгал (үхлийн өмнөх амьсгал)
- 50.3. Амьсгал хэт олшрох (амьсгал нэг минутанд >40 олон)
- 50.4. Амьсгал хэт цөөрөх (амьсгал нэг минутанд <6 цөөн)
- 50.5. Хүнд хэлбэрийн гипоксеми (PaO2/FiO2<200 эсвэл O2-ийн ханамж 60 минутаас дээш хугацаанд 90%-с бага байх)
- 50.6. Мэдээгүйжүүлэгтэй холбоогүйгээр цагаан мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьж амьсгалуулах
51. Бөөрний үйл ажиллагааны алдагдал
 - 51.1 Шингэн сэлбэлт эсвэл шээс хөөх эмчилгээнд үр дүнгүй шээс багасах
 - 51.2. Бөөрний цочмог дутагдлын үед диализ хийсэн
 - 51.3. Цочмог хүнд хэлбэрийн азотеми (креатинин>300 ммоль/мл эсвэл 3.5 мг/дл буюу түүнээс их)
52. Бүлэгнэлт, гематологийн алдагдал
 - 52.1. Бүлэн үүсэхгүй
 - 52.2. Цус эсвэл улаан эс их хэмжээгээр сэлбэх (5 нэгжээс дээш)
 - 52.3. Цочмог, хүнд хэлбэрийн ялтсын цөөрөл (50 000 ялтас/мл-с бага)
53. Элэгний үйл ажиллагааны алдагдал
 - 53.1. Манас таталтын урьдалтай үед шарлах
 - 53.2. Цочмог, хүнд хэлбэрийн хурц гипербилирубинеми (билирубин>100 ммоль/л-ээс 6.0 мг/дл-с их)
54. Мэдрэлийн үйл ажиллагааны алдагдал
 - 54.1. Удаан хугацаагаар ухаангүй байх (12 цаг болон түүнээс дээш хугацаагаар үргэлжилсэн дугжраа)
 - 54.2. Цус харвалт
 - 54.3. Эпилепсийн байдал/хянаж чадахгүй байгаа таталт
 - 54.4. Бүтэн саажилт (тархмал)
55. Умайн үйл ажиллагааны алдагдал
- 55.1. Умайг авахад хүргэсэн цус алдалт эсвэл халдвар: 1. Тийм 2. Үгүй
56. Клиникийн төгсгөлийн онош: _____

ӨОУА-10-аар кодлох _____

318

- 45.6. Умайн урагдал
 45.7. Ихэс түрүүлэлт
 45.8. Хэвийн. Лайрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох
 45.9. Ихэс саатах
 45.10. Төрөх хүчний гажуудал
 45.11. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
 45.12. Ураг орчмын шингэний бөглөрөлт
 45.13. Хавсарсан өвчин
 45.14. Бусад (нэрлэ)
 46. Цус алдалтын шалтгаан
 46.1. Үр хөндөлтийн улмаас цус алдсан
 46.2. Умайн гаднах жирэмсэн
 46.3. Ихэс түрүүлэх
 46.4. Ихэс шигдэх
 46.5. Ихэс ховхрох
 46.6. Ихсийн хэсэг үлдэх
 46.7. Төрөх замын зөөлөн эдийн урагдал
 46.8. Умай урагдсан
 46.9. Төрсний дараах цус алдалт
 46.10. Эх барихын бусад цус алдалт
 46.11. Бусад (нэрлэ)
 47. Халдвар
 47.1. Үр хөндөлттэй холбоотой
 47.2. Төрөх үеийн умайн салстын үрэвсэл
 47.3. Ургийн шингэн цагаас өмнө гарч халдварлагдах
 47.4. Кесар хагалгааны дараах халдвар
 47.5. Умайн хөндийг цэвэрлэснээс үүдэлтэй халдвар
 47.6. Пиелонефрит
 47.7. Томуу төст өвчин
 47.8. Бусад системийн халдвар үрэвсэл/үжил
 47.9. Бусад (нэрлэ)
 48. Эх хүндэрсэн тохиолдолд ямар нэгэн эрхтэн системийн үйл ажиллагааны алдагдал байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
 49. Зүрх судасны үйл ажиллагааны алдагдал
 49.1. Шок (зүрх судасны хурц дутагдал)
 49.2. Судас нарийсгалч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
 49.3. Зүрх зогсох

- 26.1* тусад
 27. Одоогийн жирэмсний хүндрэл
 27.1. Хүндрэлгүй
 27.2. Эрт үеийн хордлого
 27.3. Хожуу хордлогын хөнгөн хэлбэр (манас таталтын урьдлын)
 27.4. Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр (манас таталтын урьдлын)
 27.5. Манас таталт
 27.6. Цус алдалт
 27.7. Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж
 27.8. Ихэс түрүүлэлт
 27.9. Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох
 27.10. Ураг орчмын шингэний ихдэлт
 27.11. Ураг орчмын шингэний багадалт
 27.12. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
 27.13. Хавсарсан өвчин
 27.14. Ургийн эмгэг (бүтэлт, өсөлтийн саатал)
 27.15. Бусад (нэрлэ)
 28. Жирэмсэн үед тусламж үзүүлсэн газар:
 28.1. Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
 28.2. Аймаг, хотын эмнэлэгт
 28.3. Сумын эмнэлэгт
 28.4. Хувийн эмнэлэгт
 28.5. Бусад (нэрлэ)
 29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
 29.1. Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
 29.2. Аймаг, хотын эмнэлэгт
 29.3. Сумын эмнэлэгт
 29.4. Гэрт
 29.5. Хувийн эмнэлэгт
 29.6. Тээвэрлэх үед
 29.7. Бусад
 30. Төрөлт удирдсан хүн:
 30.1. Эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлийн эмч
 30.2. Бусад мэргэжлийн эмч
 30.3. Эх баригч
 30.4. Бага эмч
 30.5. Эмнэлгийн бус хүн

- 30.6. Төрөлтөнд оролцсон хүнгүй
31. Эхийн жирэмсний (гэрлэг) (долоо хоногор): _____
32. Одоогийн жирэмсний төгсгөл: _____
- 32.1. Эрт үеийн зулбалт
- 32.2. Хожуу үеийн зулбалт (халдварлагдсан, халдварлагдаагүйг зурах)
- 32.3. Үр хөндөлт
- 32.4. Умайн гаднах жирэмслэлт
- 32.5. Дулуу төрөлт
- 32.6. Гүйцэд төрөлт
- 32.7. Илүү тээлттэй төрөлт
- 32.8. Төрөөгүй (шалтгааныг бичих)
33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан өдөр (зур): _____ он _____ сар _____ өдөр
34. Төрөлтийн хэлбэр (ажилбар)
- 34.1. Төрөх замаар
- 34.2. Вакум таталт
- 34.3. Хавчуур
- 34.4. Кесар хагалгаа
35. Умай агшаах тариа хэрэглэсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
36. Төрөлтийн үед умай агшаах тариаг хэзээ хэрэглэсэн:
- 36.1. Төрөлтийн 1-р үе
- 36.2. Төрөлтийн 2-р үе
- 36.3. Төрөлтийн 3-р үе
- 36.4. Төрсний дараа
37. Үр хөндөлтийн хэлбэр (ажилбар):
- 37.1. Эмийн аргаар үр хөндүүлэх
- 37.2. Умайн хөндийгөөс соруулах
- 37.3. Умайн хөндийг хусах
38. Мэс засал хийгдсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
39. Мэс засал хийх болсон заалт:
- 39.1. Үр хөндөлтийн үеийн хүндрэл
- 39.2. Халдварлагдсан зулбаа
- 39.3. Умайн гаднах жирэмсэн
- 39.4. Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр
- 39.5. Манас таталт
- 39.6. Цус алдалт (умайн агшилт суларснаас)
- 39.7. Ихэс түрүүлэлт
- 39.8. Умайн тулгамдсан урагдал
- 39.9. Явтан кесар хагалгаа
- 39.10. Төрөх замын саатал
- 39.11. Үжил халдвар
- 39.12. Ургийн талын заалттай бол бичнэ үү (_____)
- 39.13. Бусад (нэрлэ)
40. Төрөх үеийн мэс ажилбар, мэс заслын тусламж:
- 40.1. Ихэс гардах
- 40.2. Умайн хөндийг гараар шалгах
- 40.3. Умайн хөндийг багажаар шалгах
- 40.4. Төрөх замын зөөлөн эдийн урагдал оёх
- 40.5. Хавчуур
- 40.6. Вакуум
- 40.7. Ураг эвдэх
- 40.8. Кесар хагалгаа
- 40.9. Умайг үтрээн дээгүүр авах
- 40.10. Умайг бүхэлд нь авах
- 40.11. Бусад (нэрлэ)
41. Цус алдсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
42. Алдсан цусны хэмжээ (мл-р): _____
43. Юүлсэн цусны хэмжээ (мл-р): _____
44. Эх ноцтой хүндэрсэн эсвэл эндсэн үе (зурах)
- 44.1. Эрт үеийн зулбалт
- 44.2. Хожуу үеийн зулбалт
- 44.3. Жирэмсэн үед
- 44.4. Төрөх үед
- 44.5. Төрсний дараа
- 44.6. Өсөлтгүй жирэмсэн
- 44.7. Умайн гаднах жирэмсэн
- 44.8. Үр хөндөлтийн үед
- 44.9. Үр хөндсөний дараа
- 44.10. Бусад (нэрлэ)
45. Төрөх, төрсний дараах үеийн хүндрэл
- 45.1. Хожуу хордлогын хөнгөн хэлбэр
- 45.2. Хожуу хордлогын хүнд хэлбэр
- 45.3. Манас таталт
- 45.4. Цус алдалт
- 45.5. Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж

Эмнэлгийн нэр: _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18

Эмнэлгийн код:

--	--	--	--	--	--

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХ

Эцэг/эх/-ийн нэр _____

Нэр _____ Нас: _____ РД

--	--	--	--	--	--	--	--

Тогтмол хаяг: _____

Утас _____
Ажлын газар, албан тушаал _____
Мэргэжил _____

Боловсрол	Бага	1
	Дунд	2
	Мэргэжил-техникийн	3
	Дээд	4
	Боловсролгүй	5

Эмнэлэг	Он	Сар	Өдөр	Цаг
Хэвтсэн				
Үр хөндүүлсэн				
Гарсан				

Гэрлэлтийн байдал	Гэрлэсэн	1
	Гэрлээгүй	2

Ор хоног

--	--	--

Энош	Хэвтэх үеийн	
	Үндсэн	
	Хүндрэлийн	

Биеийн юм _____ насандаа ирсэн _____ хоноод _____ хоног үргэлжилнэ.

Биеийн юмны хэмжээ	Бага	1
	Хэвийн	2
	Элбэг	3
	Өвдөлттэй	4
	Өвдөлтгүй	5

Сүүлийн биеийн юм ирсэн _____ он _____ сар _____ өдөр

Жирэмслэхээс /зур/ хамгаалдаг, үгүй

Хамгаалдаг арга _____

Хэд дэх жирэмслэлт _____ Үүнээс гүйцэд төрсөн хүүхэд _____ зулбасан _____

Үр хөндүүлсэн удаа _____

Сүүлийн жирэмслэлт _____ онд Төгсгөл: /зур/ гүйцэд, дутуу төрсөн, зулбасан, үр хөндүүлсэн

Үр хөндүүлсэн бол шалтгаан _____

Орлогийн үр хөндүүлж буй шалтгаан _____

..... ар тал

Бодит үзлэг (Амьсгал, зүрх судас, хоол шингээх, шээс бэлгийн тогтолцоо)

Үтрээний үзлэг

Онош:

Ураг хөндүүлсэн тухай тэмдэглэл:

Алдсан цус _____ мл. Ажилбарын үргэлжилсэн хугацаа _____

Ажилбарын дараах үе: _____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр _____

ЭМСайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-25А

Эмнэлгийн код:

СЭРГЭЭН ЗАСАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

РД:
ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____
2. Нас _____ Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй
3. Эмчилгээ эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр, Эмчилгээ дууссан он сар өдөр _____ он _____ сар _____ өдөр
4. Ажлын газар, албан тушаал _____
5. Үндсэн онош: _____
6. Хэдэн удаа эмчилсэн _____ Удаа _____ /зур/ анх, давтан
7. Мэргэжлийн эмчийн заалт _____

Эмчилгээний нэр	Ямар эрхтэнд	Зай	Тун	Үргэлжлэх хугацаа	Талбай	Давтамж	Хэдэн удаа

Маягтын ар тал
Б тал

9. Илгээсэн эмч, кабинетийн нэр: _____
 10. Сэргээн засах эмчилгээний эмч _____
 11. Хийсэн эмчилгээ _____

[illegible]

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

--	--	--	--	--	--

Эмчилгээний төрөл: _____

С...Сайдын 2013 оны 11 сарын 450 тоот тушаалаар батлав.
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-25Б

СЭРГЭЭН ЗАСАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

д/д	Сар, өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Онош	Тасаг	Эмчилгээ хийх удаа	Эмчилгээ хийсэн өдрүүд										Эдгэрсэн	Сайжирсан	Хэвэндээ	Бүгд																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										</

323