

**Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области от 19 апреля 2019 г. N 759-п/149 "О введении единой формы электронного направления на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях, выдаваемого медицинскими организациями Свердловской области" (с изменениями и дополнениями)**

**С изменениями и дополнениями от:**

С изменениями и дополнениями от:  
18 июня 2019 г., 29 марта 2024 г.

В целях унификации состава данных, содержащихся в направлениях, выдаваемых медицинскими организациями на территории Свердловской области приказываем:

1. Утвердить:

1) Форму "Направление на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях" ([Приложение N 1](#));

2) Форму "Направление на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях: для беременных" ([Приложение N 2](#));

3) Состав данных, содержащихся в электронной форме направления на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях ([Приложение N 3](#));

4) Дополнительные формы к единому направлению в соответствии с видами направлений ([Приложение N 4](#)).

2. Руководителям медицинских организаций, осуществляющих деятельность в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области, с 01.06.2019 обеспечить:

1) формирование направлений в электронной форме при направлении пациента: на госпитализацию в стационар (круглосуточный или дневной), консультацию специалиста, в том числе телемедицинскую, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях для получения услуг в медицинских организациях как по месту прикрепления, так и при направлении в иные медицинские организации;

2) выдачу заполненного бланка направления в бумажном виде на руки пациенту или его законному представителю ([Приложения N 1, 2](#)) и необходимых приложений к направлению ([Приложение N 4](#));

3) соответствие состава данных, содержащихся в выдаваемых в электронной форме направлениях на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях, утвержденному составу данных ([Приложение N 3](#));

4) заполнение полей, характеризующих направление, в электронных реестрах персонифицированного учета по случаям предоставления медицинских услуг по направлениям.

3. Рекомендовать начальнику ГБУЗ СО "Медицинский информационно-аналитический центр" Трофимовой Т.Ю. организовать возможность передачи из медицинских информационных систем, используемых медицинскими учреждениями здравоохранения, подведомственными Министерству здравоохранения Свердловской области и Управлению здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга в универсальные интеграционные сервисы Регионального фрагмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения всех сведений, содержащихся в приложениях к единому бланку направления.

4. Признать утратившим силу [приказ](#) Минздрава Свердловской области N 15-п, ТФОМС Свердловской области N 1 от 11.01.2017 "Об утверждении состава данных и рекомендуемой формы направлений на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях, выдаваемых медицинскими организациями Свердловской области" с 01.06.2019.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за собой.





Ф.И.О. врача																					
Дата	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																				
Заполняется из расписания																					
подпись врача, выдавшего направление	Ф.И.О. врача, выдавшего																				
направление подпись заведующего отделением	Ф.И.О. заведующего отделением																				

4.1. 4.1. Приложение к направлению (общее)

Анамнез, проведенное обследование и лечение	
ОАК: _____	
Биохимический анализ крови: _____	
ОАМ: _____	
ЭКГ: _____	
Рентгенологические методы обследования: _____	
Специальные методы обследования: _____	
(подпись врача, выдавшего направление)	(Ф.И.О. врача, выдавшего направление)
(подпись заведующего отделением)	(Ф.И.О. заведующего отделением)

4.2. Приложение к направлению:

НАПРАВЛЕНИЕ													
на специализированное лечение по профилю "онкология" пациента с впервые выявленным злокачественным новообразованием или подозрением на злокачественное новообразование (заполняются дополнительные сведения в соответствии приказами МЗ РФ N 915н от 15.11.2012, МЗ СО N 91-п от 28.01.2016)													
1. Дата первого обращения в ЛПУ по поводу данного заболевания: __. __. __													
2. Дата последнего обращения к профильному специалисту: __. __. __													
3. Перечень проведенных обследований (дата проведения/ взятия материала):													
Наименование обследования	дата проведения/ взятия материала	Требуется	внимания										
- ОАМ	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>	
- ОАК	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>	

- Биохимия крови				
- Рентгенография грудной клетки				
- Рентгенография гортани				
- ФЛС				
- ФБС				
- УЗИ брюшной полости				
- УЗИ малого таза				
- КТ грудной клетки				
- КТ брюшной полости				
- МРТ брюшной полости				
- МРТ ЦНС				
- КТ головы и шеи				
- УЗИ молочных желез				
- Маммография				
- ФГДС				
- Рентгенография желудка, пищевода				
- ФКС				
- Ирригоскопия				
- Гинекологический осмотр				
- Гистология				
- Цитология				
- ПСА				
- ТРУЗИ				
- Цистоскопия				
4. Цель направления: _____				

4.3. Приложение к направлению на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях в противотуберкулезном диспансере:

Анамнез, проведенное обследование и лечение

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Взят на учет, ЦВКК дата \_\_\_\_\_ Группа ДУ \_\_\_\_\_  
 Режим химиотерапии \_\_\_\_\_

Дата исследования (дата)	Метод обследования	Результат
--------------------------	--------------------	-----------

записи на исследование)		
	Консультация торакального хирурга	
	Рентгеномногографическое исследование органов грудной клетки	
	КТ исследование (При отсутствии результатов исследований указать дату предварительной записи или сдачи)	
	Диаскин-тест	
N 1 _____ N 2 _____ N 3 _____	Бактериоскопическое исследование мокроты на наличие КУМ (трехкратно в течение 2 дней) или Двукратное исследование диагностического материала методом люминесцентной микроскопии* (2 пробы в течение 2 дней)	
	МГМ (с определением чувствительности как минимум к рифампицину)	
	Посев на плотную питательную среду	
	Посев на жидкую питательную среду	
ФБС "___" _____ цитологическое исследование "___" _____	Фибробронхоскопия (с комплексом биопсий)	
	ОАК	
	ОАМ	
	ЭКГ	
	УЗИ органов брюшной полости (по показаниям)	
	Биохимическое исследование (билирубин, АСТ, АЛТ, глюкоза, креатинин)	
	Результат обследования на ВИЧ	
	Анти HBS-Ag ACV	
	Консультация инфекциониста (ВИЧ-пациент)	
	Осмотр гинеколога	
	Консультация пульмонолога, онколога	
	Консультация офтальмолога	

4.4. Приложение к направлению:

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ, В Т.Ч. ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦИЮ; ЛЕЧЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ (РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР, ЦЕНТР) (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом МЗ СО от 22 июля 2015 года N 1049-п](#))

Дата предполагаемой выписки

Цель направления из перечня выбирается:

1. Уменьшение двигательного дефицита.

2. Повышение количественного и (или) качественного уровня сознания.

3. Коррекция нарушений речи, глотания и питания.

4. Снижение уровня зависимости от посторонней помощи и адаптация к самообслуживанию.

5. Определение реабилитационного потенциала и разработка индивидуальной программы реабилитации на ее последующих этапах.

Лечение	Суммарно, минут
Реабилитация	
Физиотерапия	
Кинезиотерапия	
Нейропсихологическая коррекция	
Эрготерапия	
Логопедические занятия	
ИТОГО	
Медикаментозная терапия	Да/нет
Антиагреганты	
Антикоагулянты	
Гипотензивные препараты	
Гиполипидемические препараты	
Нейрорепаранты	
Антидепрессанты	
Антиспастики	

Реабилитационные метрики

Показатель	Диапазон значений (баллы)	Норматив	При поступлении	При выписке
Шкала Рэнкин	0 - 6	0		
Шкала двигательного дефицита	0 - 5	5		
Модифицированная шкала Ashworth	0 - 4	0		
Суточная длительность вертикализации	0 - 12	12		
Индекс мобильности	1 - 15	> 6		

Ривермид				
Функциональная категория ходьбы Холден	0 - 5	5		
Баланс Берга	0 - 56	40 - 56		
TUGtest	10 - 120 с	< 20		
10 м WT	10 - 60 с	< 30		
Тест Ходкинсона	0 - 10	7 - 10		
Интеллектуальный статус MMSE	0 - 30	29 - 30		
Интеллектуальный статус MoCA	0 - 30	26 - 30		
ГАВ-батарея лобных тестов	0 - 18	16 - 18		
Шкала тревоги и депрессии (HADS)	0 - 21	0 - 7		
Шкала болевого поведения ((BPS)	0 - 10	0		
Шкала интенсивности боли (ВАШ)	0 - 10	0		
Шкала афазии	0 - 25	0		
Шкала дизартрии	1 - 36	1 - 12		
Шкала дисфагии	0 - 15	0 - 2		
Шкала пареза лицевого нерва	0 - 5	4 - 5		
Шкала Френчай	0 - 5	5		
Динамометрия	0 - 40 ед	40 муж 20 жен		
Шкала Бартела	0 - 20	20		
Нутритивный дефицит	0 - 100%	0		
Толерантность к физическим и интеллектуальным нагрузкам	0 - 100%	0		

Результаты нейровизуализации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.5. Приложение к направлению:

Направление на госпитализацию в психиатрический стационар:

Анамнез жизни: \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания: \_\_\_\_\_

Психический статус: \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз: \_\_\_\_\_

Цель направления из перечня

1. на лечение,

2. на реабилитацию,

3. на принудительное лечение,

4. на проведение экспертизы:

1) судебной,

2) военной,

3) трудовой,

4) наркологической,

5) другого вида экспертизы,

5. другие цели направления.

"Приложение к направлению" в этом случае содержит специальный перечень данных о пациенте (см. п. б);  
Результаты бактериологических исследований (на кишечную группу, дифтерию), (при переводе из другого психиатрического стационара обязательно). \_\_\_\_\_

Результаты ФЛГ (при наличии). \_\_\_\_\_

В дополнении к электронной форме предоставить при госпитализации:

Для проведения экспертизы годности к военной службе обязательно характеризующие материалы (характеристики с места учёбы, работы, бытовая характеристика).

Для проведения экспертизы трудоспособности обязательно копия трудовой книжки, справка из центра занятости населения, характеризующие материалы, справка из бюро МСЭ, если ранее обследован на МСЭ.

Для детей дополнительно:

Обязательные результаты обследований (обследование дерматолога, инфекциониста, справка об отсутствии контактов с инфекционными больными),

В дополнении к электронной форме предоставить при госпитализации:

Амбулаторная карта из детской поликлиники (ф. N 112).

Характеризующие материалы (характеристики из образовательного учреждения, если ребёнок не учится бытовая характеристика).

Заключение ПМПК (копия), если ребёнок ранее обследован на ПМПК.

Справка из бюро МСЭ, если ребёнок ранее обследован на МСЭ.

4.6. Приложение к направлению:

Направление на консультацию в ГБУЗ СО "СОКПБ":	
Анамнез жизни: _____	
_____	
_____	
_____	
_____	
Анамнез заболевания: _____	
_____	
_____	
_____	
_____	
Психический статус: _____	
_____	
Предварительный диагноз: _____	
_____	
Цель направления из перечня:	
1. уточнение диагноза,	<input type="checkbox"/>
2. коррекция терапии,	<input type="checkbox"/>
3. решение вопроса профессиональной пригодности,	<input type="checkbox"/>
4. на проведение экспертизы:	
1) судебной,	<input type="checkbox"/>
2) военной,	<input type="checkbox"/>
3) трудовой,	<input type="checkbox"/>
4) наркологической,	<input type="checkbox"/>
5) другого вида экспертизы,	<input type="checkbox"/>
5. другие цели направления.	<input type="checkbox"/>

Обязательные результаты обследований: экспериментальное психологическое обследование, электроэнцефалография.

В дополнении к электронной форме предоставить на консультации:

Характеризующие материалы (характеристики с места учёбы, работы, бытовая характеристика).

Для детей дополнительно:

Обязательные результаты обследований (обследование у психолога, логопеда, ЭЭГ, невролога),

В дополнении к электронной форме предоставить на консультации:

Амбулаторная карта из детской поликлиники (ф. N 112).

Характеризующие материалы (характеристики из образовательного учреждения, если ребёнок не учится - бытовая характеристика).

Заключение ПМПК (копия), если ребенок ранее обследован на ПМПК.

4.7. Приложение к направлению:

Направление на исследование гликированного гемоглобина крови  
(заполняются дополнительные сведения в соответствии с  
[Приказом](#) МЗ СО от 03.11.2015 N 1722-п)

Диагноз

Сахарный диабет 1 типа, E 10. -

Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью, E 11. -

Сахарный диабет 2 типа без инсулинопотребности, E 11. -

Сахарный диабет во время беременности, O 24.-

Нарушение углеводного обмена неуточненное (E 16.9)

4.8. Приложение к направлению:

НАПРАВЛЕНИЕ

материала на проведение скринингового исследования на наличие  
антител к ВИЧ (заполняются дополнительные сведения в  
соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 15 марта 2017 года  
N 381-п)

Гражданство обследуемого \_\_\_\_\_

СНИЛС N

Код контингента обследуемого

Срок беременности \_\_\_\_\_

Дата взятия материала

Вид клинического материала (выбрать из списка):

1. кровь,

2. сыворотка

Далее заполняется в лаборатории, проводившей исследование:

Результаты исследования методом ИФА \_\_\_\_\_

4.9. Приложение к направлению:

НАПРАВЛЕНИЕ

материала на проведение скринингового исследования на наличие HBsAg  
(заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ  
СО от 15 марта 2017 года N 381-п)

Гражданство обследуемого \_\_\_\_\_

СНИЛС N

Код контингента обследуемого

Срок беременности \_\_\_\_\_



Дата взятия материала

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

4.12. Приложение к направлению:

НАПРАВЛЕНИЕ  
на цитологическое диагностическое исследование  
(заполняются дополнительные сведения с [Приказом](#)  
МЗ РФ от 24 апреля 2003 года N 174)

Краткий анамнез и важнейшие клинические симптомы: \_\_\_\_\_

Данные инструментального обследования (рентгенологического, УЗИ, КТ, эндоскопического и др.) \_\_\_\_\_

Проведенное лечение (оперативное, лучевое, химиотерапия: доза, дата начала и окончания лечения) \_\_\_\_\_

Локализация процесса и способ получения материала \_\_\_\_\_

Объем и макроскопическое описание биологического материала, маркировка препаратов \_\_\_\_\_

Дата взятия биологического материала

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Подпись \_\_\_\_\_

4.13. Приложение к направлению:

НАПРАВЛЕНИЕ  
на цитологическое исследование материала, полученного при  
профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге (заполняются  
дополнительные сведения с [Приказом](#) МЗ РФ от 24 апреля  
2003 года N 174)

Дата последней менструации \_\_\_\_\_. Менопауза (лет) \_\_\_\_\_

Проводимое лечение \_\_\_\_\_

Соскоб получен (нужное подчеркнуть): влагалище, экзоцервикс, эндоцервикс

Дата взятия биологического материала

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Результат цитологического исследования N \_\_\_\_\_

Дата поступления материала

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Подпись \_\_\_\_\_

4.14. Приложение к направлению:

Направление на магниторезонансную томографию  
(заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ  
СО от 30.12.2015 N 2425-п)

Зона обследования \_\_\_\_\_

Введение контрастного препарата:

не требуется

требуется

на усмотрение лучевого диагноста

Цель исследования: \_\_\_\_\_

Наличие в анамнезе оперативных вмешательств на сердце, головном мозге и крупных суставах (наличие кардиостимуляторов, искусственных суставов, клипс и др.)

Наличие инородных ферромагнитных металлических тел

День менструального цикла (при исследовании таза у женщин)

Срок беременности (при наличии)

Побочные реакции на гадолиний содержащие препараты в анамнезе: \_\_\_\_\_

4.15. Приложение к направлению:

Направление на компьютерную томографию

Зона обследования \_\_\_\_\_

Введение контрастного препарата:

не требуется

требуется

на усмотрение лучевого диагноста

Цель исследования: \_\_\_\_\_

День менструального цикла (при исследовании таза у женщин)

Анамнез

Аллергоанамнез:

Результаты предыдущих исследований:

4.16. Приложение к направлению:

Направление на позитронно-эмиссионную томографию  
(заполняются дополнительные сведения в соответствии с Приказом МЗ  
СО от 17.03.2016 N 354-п, с учетом изменений от 27 декабря  
2016 года N 2542-п)

Предварительный диагноз по TNM (если применимо): \_\_\_\_\_

Цель исследования:

первичное обследование

контрольное обследование

Обоснование: \_\_\_\_\_

4.17. Приложение к направлению:

Направление для проведения вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств фонда обязательного медицинского страхования

Дата протокола областной комиссии по отбору пациентов, нуждающихся в использовании ВРТ за счет средств ОМС

Номер протокола областной комиссии по отбору пациентов, нуждающихся в использовании ВРТ за счет средств ОМС

Выписка в соответствии с [Приложением 4](#) Приказа МЗ СО N 734-п от 16.05.2016

ФИО врача, выдавшего направление \_\_\_\_\_

4.18. Приложение к направлению:

Направление на неонатальный скрининг

N тест бланка  Лабораторный N

первичный (x)  Заполнять печатными буквами

название медицинского учреждения  N истории родов/карты

отделение

контактный телефон  Дата взятия  Дата родов

ФИО матери  пол (x)  Кол-во плодов

м  ж

ФИО ребенка  Срок беременности  Вес

АДРЕС



Код структурного подразделения	<input type="text"/>
Код врача, выдавшего направление	<input type="text"/>
Врач	_____
Наименование подразделения	_____
Дата выдачи направления	<input type="text"/>
	день месяц год

2. Реквизиты медицинской организации, выдавшей направление

Наименование медицинской организации	
Адрес, телефон	
Код медицинской организации	<input type="text"/>
Код ОГРН	<input type="text"/>
Код структурного подразделения	<input type="text"/>
Код врача, выдавшего направление	<input type="text"/>
Врач	_____
Наименование подразделения	_____
Дата выдачи направления	<input type="text"/>
	день месяц год

Дата создания направления \_\_\_\_\_

Дата исполнения направления \_\_\_\_\_ N

Дата выдачи направления \_\_\_\_\_ направления

3. Реквизиты медицинской организации, куда направлен пациент

Наименование медицинской организации *	
Код медицинской организации	<input type="text"/>
Телефон	<input type="text"/>

Направлен (тип направления) \_\_\_\_\_

1. Направление на госпитализацию в круглосуточный стационар

2. Направление на госпитализацию в дневной стационар

3. Направление на консультативный прием

4. Направление на проведение лабораторных исследований

5. Направление на проведение инструментальных исследований

6. Направление на телеконсультацию врач - врач

7. Направлен на телеконсультацию врач - пациент

8. Направление на оказание услуг в амбулаторно-поликлинических условиях

Наименование отделения МО \_\_\_\_\_

Код структурного подразделения МО

Профиль отделения (для КСС) \_\_\_\_\_

Специальность врача (для СЗП, АПП) \_\_\_\_\_

Наименование диагностического исследования (для АПП) \_\_\_\_\_

Форма оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_

1. плановая 2. неотложная 3. экстренная



подпись врача, выдавшего направление _____	Ф.И.О. врача, выдавшего направление _____
подпись заведующего отделением _____	Ф.И.О. заведующего отделением _____

7.2 Приложение к направлению

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕНАТАЛЬНЫЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ**

**Анамнез:**  
 Расовая принадлежность:

Белая (Европа, Средний Восток, север Африки, латиноамериканские страны)

Негроидная раса (Африка, Карибы, Афро-американское население)

Восточная Азия (Китай, Корея, Япония)

Южная Азия (Индия, Пакистан, Бангладеш)

Наличие хромосомных аномалий у ребенка/плода при предыдущих беременностях:

Синдром Дауна в анамнез (трисомия 21) Нет Да  
 Синдром Эдвардса в анамнезе (трисомия 18) Нет Да  
 Синдром Патау в анамнезе (трисомия 13) Нет Да

Кол-во беременностей (вкл. текущую): \_\_\_\_\_

Количество родов: \_\_\_\_\_

Кол-во живых детей: < 37 нед \_\_\_\_\_ ≥ 37 нед \_\_\_\_\_

Неонатальная гибель: < 37 нед \_\_\_\_\_ ≥ 37 нед \_\_\_\_\_

Внутриутробная гибель плода < 15 нед \_\_\_\_\_

Самопроизвольное прерывание в сроке 16 - 30 нед \_\_\_\_\_ 31 - 36 нед \_\_\_\_\_

Курение при настоящей беременности: Нет Да Прекратила во время беременности

Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе Нет Да  
 Преэклампсия у пациентки при предыдущей беременности Нет Да  
 Гипотрофия у новорожденного при предыдущей беременности Нет Да  
 Антифосфолипидный синдром Нет Да  
 Системная красная волчанка Нет Да

Сахарный диабет: Нет Да:  Тип 1  Тип 2

Хроническая гипертензия Нет Да

**Настоящая беременность**

Наступила самостоятельно

Стимуляция овуляции без ЭКО

Инсеминация спермой мужа

Инсеминация спермой донора

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	собственная яйцеклетка
<input type="checkbox"/>	ЭКО	<input type="checkbox"/>	донорская яйцеклетка
<input type="checkbox"/>	Инъекция сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки	<input type="checkbox"/>	замороженная яйцеклетка

дата забора/заморозки яйцеклетки \_\_\_\_\_ дата переноса эмбриона \_\_\_\_\_  
 дата рождения донора \_\_\_\_\_ или возраст на момент забора яйцеклетки \_\_\_\_\_

Установление срока беременности:  
 Дата ПДПМ \_\_\_\_\_ Срок беременности по ПДПМ: \_\_\_\_\_  
 Дата УЗИ \_\_\_\_\_ Срок беременности по КТР: \_\_\_\_\_

Ультразвуковое исследование:  
 Количество плодов \_\_\_\_\_

Двойня  Дихориальная  Монохориальная диамниотическая

Монохориальная моноамниотическая

Плод 1	Плод 1
Копчико-теменной размер (КТР) _____	Копчико-теменной размер (КТР) _____
Толщина воротникового пространства (ТВП) _____	Толщина воротникового пространства (ТВП) _____
ЧСС _____	ЧСС _____
Кость носа _____	Кость носа _____
Допплерометрия трикуспидального клапана _____	Допплерометрия трикуспидального клапана _____

Вес \_\_\_\_\_ Дата взвешивания \_\_\_\_\_  
 Дата и время взятия крови \_\_\_\_\_ Лабораторный N \_\_\_\_\_  
 Наблюдающая МО \_\_\_\_\_ ФИО наблюдающего врача \_\_\_\_\_

**Приложение N 3**  
**к приказу**  
**Министерства здравоохранения**  
**Свердловской области**  
**от 19 апреля 2019 г. N 759-п/149**

**Состав**

**данных, содержащихся в электронной форме направления на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях**

**С изменениями и дополнениями от:**

С изменениями и дополнениями от:  
 29 марта 2024 г.

**Описание реквизитов направления**

**1. Реквизиты медицинской организации, выдавшей направление**

- 1) наименование МО, выдавшей направление Формат: Т (текстовое поле)  
 Правила заполнения: указывается наименование МО, выдавшей направление
- 2) адрес МО, выдавшей направление Формат: Т (текстовое поле)

Правила заполнения: указывается адрес МО, выдавшей направление.

3) телефон МО

Правила заполнения: указывается телефон врача, выдавшего направление Формат: N(10)  
(числовое поле, значность: 10 символов)

4) код МО, выдавшей направление

Формат: Т (6) (текстовое поле, значность: 6 символов)

Правила заполнения: заполняется в соответствии с реестром МО (классификатор F003): ТТММММ, где ТТ - код субъекта РФ (для Свердловской области - 66), ММММ - код МО в соответствии со справочником ТФОМС SpМО.

5) код ОГРН

Формат: N (13) (числовое поле, значность: 13 символов)

Правила заполнения: указывается код ОГРН МО, выдавшей направление

6) код структурного подразделения МО

Формат: N (10) (числовое поле, значность: 10 символов)

Правила заполнения: заполняется в соответствии со структурой МО в ТФОМС

7) код врача, выдавшего направление

Формат: N (6) (числовое поле, значность: 6 символов)

Правила заполнения: заполняется в соответствии со справочником ТФОМС SpDOCTOR.

8) специальность врача, выдавшего направление Формат: Т (текстовое поле)

Правила заполнения: указывается специальность врача, выдавшего направление. По Классификатору медицинских специальностей V021 указывается значение IDSPEC.

9) дата выдачи направления Формат: D (дата)

Правила заполнения: указывается дата выдачи направления.

*Информация об изменениях: Пункт 10 изменен. - [Приказ](#) Министерства здравоохранения Свердловской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области от 29 марта 2024 г. N 730-н/131  
[См. предыдущую редакцию](#)*

10) номер направления

Формат: N (15) (числовое поле, значность: 15 символов)

Правила заполнения: указывается номер направления. Правила нумерации определяются медицинской организацией.

Условие: должен быть уникальным в рамках одного посещения пациента.

## 2. Сведения о пациенте

1) фамилия, имя, отчество

Формат: Т (текстовое поле)

Правила заполнения: заполняется в соответствии с полисом ОМС

2) дата рождения Формат: D (дата)

Правила заполнения: заполняется в соответствии с полисом ОМС

3) адрес проживания Формат: Т (текстовое поле)

Правила заполнения: указывается адрес проживания пациента/

4) контактный телефон (числовое поле)

Формат: N (11) (числовое поле, значность: 11 символов)

Правила заполнения: указывается контактный телефон пациента.

5) социальный статус Формат: Т (текстовое поле)

6) инвалидность, группа

Формат: N (1) (числовое поле, значность: 1 символ)

7) правила заполнения: при наличии инвалидности

8) тип полиса ОМС

Формат: N (1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

1 - полис старого образца;

2 - временное свидетельство;

3 - полис нового образца.

9) номер полиса ОМС Формат: N (16) (числовое поле):

Правила заполнения:

- 1 - 7 символов - для полиса старого образца,
- 9 символов - для временного свидетельства,
- 16 символов - для полиса нового образца, указывается группа
- 10) код диагноза по МКБ

Формат: Т (10) (текстовое поле, значность: 10 символов)

Правила заполнения: заполняется в соответствии со Справочником МКБ, по **МКБ-10**.

- 11) код льготы, которой пользуется пациент Формат: N (3) (числовое поле, значность: 3 символов)

ГАРАНТ: Нумерация подразделов приводится в соответствии с источником

#### 4. Реквизиты медицинской организации, куда направлен пациент

- 1) наименование МО, куда направлен пациент Формат: Т (текстовое поле)

Правила заполнения: указывается наименование МО, куда направлен пациент

- 2) код МО, куда направлен пациент

Формат: Т (6) (текстовое поле, значность: 6 символов)

Правила заполнения: заполняется в соответствии с реестром МО (классификатор F003): ТТММММ, где ТТ - код субъекта РФ (для Свердловской области - 66), ММММ - код МО в соответствии со справочником ТФОМС SpМО.

#### 5. Сведения о направлении

- 1) тип направления

Формат: N (1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Выбрать одно из предложенных значений:

1 - направление на госпитализацию в круглосуточный стационар, в соответствии с маршрутизацией, установленной распорядительными документами Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления здравоохранением Администрации г. Екатеринбурга;

2 - направление на госпитализацию в дневной стационар, в соответствии с маршрутизацией, установленной распорядительными документами Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления здравоохранением Администрации г. Екатеринбурга;

3 - направление на консультативный прием в амбулаторно-поликлинических условиях, в соответствии с маршрутизацией, установленной распорядительными документами Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления здравоохранением Администрации г. Екатеринбурга;

4 - направление на проведение лабораторных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях в соответствии с Федеральным справочником лабораторных исследований Министерства здравоохранения Российской Федерации. Справочником лабораторных тестов (Уникальный идентификатор 1.2.643.5.1.13.13.11.1080);

5 - направление на проведение инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях;

6 - направление на телеконсультацию врач - врач, в соответствии с Приказом МЗ СО от 11 февраля 2017 года N 141-п;

7 - направление на телеконсультацию врач-пациент;

8 - направление на оказание услуг в амбулаторно-поликлинических условиях.

- 2) профиль направления

Формат: N (1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

1. Общее направление (для всех типов направлений)

2. Направление по профилю "фтизиатрия" (для всех типов направлений)

3. Направление на лечение по профилю "онкология" (для всех типов направлений)

4. Направление по профилю "реабилитация" (для всех типов направлений)

5. Направление по профилю "психиатрия" (для типов направлений 1, 3)

3) профиль отделения (для типа **направления 1**), специальность врача (для типов направления **2, 3, 6, 7, 8**), наименование диагностического исследования (для типов направлений **4, 5**)

Формат: Т (текстовое поле)

Правила заполнения:

профиль отделения (для типа **направления 1**) - в информационной системе заполняется код в соответствии с Федеральным справочником профилей оказанной медицинской помощи (V002), специальность врача (для типов направлений **2, 3, 6, 7, 8**) - в информационной системе заполняется код в соответствии с Классификатором медицинских специальностей (V021), наименование диагностического исследования (для типов направлений **4, 5**) - указывается наименование диагностического исследования, в т.ч. в соответствии со справочником:

Формат: N (1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

Тип исследования:

1 - лабораторное;

2 - инструментальное.

Если выбрано значение (1) лабораторное исследование - выбрать из списка:

1. Направление на исследование гликированного гемоглобина крови

2. Направление материала на проведение скринингового исследования на наличие антител к

**ВИЧ**

3. Направление материала на проведение скринингового исследования на наличие HBsAg

4. Направление материала на проведение скринингового исследования на наличие антител ВГС

5. Направление материала пациента на проведение арбитражного лабораторного исследования

на наличие антител к ВИЧ

6. Направление на цитологическое диагностическое исследование

7. Направление на цитологическое исследование материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге

Если выбрано значение (2) инструментальное исследование - выбрать из списка:

1. Направление на магниторезонансную томографию

2. Направление на компьютерную томографию

3. Направление на позитронно-эмиссионную томографию

Форма оказания медицинской помощи (для типа **направления 1**)

Формат: N (1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

1 - плановая;

2 - неотложная.

4) Необходимость оперативного вмешательства Формат: N (1) (числовое поле, значность: 1 символ)

Правила заполнения: должно принимать одно из предложенных значений:

1 - да;

2 - нет.

5) Цель направления

Формат: T (текстовое поле). (При выборе направления в психиатрический стационар и при направлении пациентов по профилю "медицинская реабилитация" выбирается из справочника). Правила заполнения: указывается цель направления.

## **9. Сведения о времени проведения госпитализации, консультации, диагностического исследования**

Дата, время планируемой госпитализации, консультации, диагностического исследования  
Формат: D (дата)

Правила заполнения: указывается дата и время планируемой госпитализации, консультации, диагностического исследования

## **10. Вид направления**

1-ОМС; 2-бюджет; 3-платные услуги; 4-в т.ч. ДМС; 5-другое. Указывается источник финансирования услуги на которую направляется пациент.

**Приложение N 4**  
**к приказу**  
**Министерства здравоохранения**

**Условия  
необходимости формирования приложений к направлению**

4.1 приложение к направлению (общее)

Анамнез, проведенное обследование и лечение

Правила заполнения: заполняется при необходимости, в т.ч.:

1) для консультативных приемов, в т.ч. телеконсультаций, лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с распорядительными документами МЗ СО ([Приказ](#) МЗ СО от 17 марта 2016 г. N 354-п (с учетом медицинских противопоказаний), [Приказ](#) МЗ СО от 11 февраля 2017 года N 141-п),

2) при направлении на госпитализацию, консультативный прием, в т.ч. телеконсультации, лабораторных и инструментальных исследований беременных и рожениц.

3) при направлении на госпитализацию в связи с проявлениями ВИЧ-инфекции или туберкулеза вносится имеющаяся информация о текущей антиретровирусной терапии, данные обследования на популяцию СП-4 лимфоцитов, результатов бактериологических исследований на туберкулез.

4.2 приложение к направлению

Направление на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях в противотуберкулезном диспансере

4.3 приложение к направлению

Заполняется при направлении на лечение по профилю "онкология"

4.4 приложение к направлению: направление на консультацию, в т.ч. телеконсультацию, лечение в реабилитационное отделение (реабилитационный дневной стационар, центр) (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 22 июля 2015 года N 1049-п).

4.5 приложение к направлению

Заполняется при направлении на госпитализацию в психиатрический стационар.

4.6 приложение к направлению

Заполняется при направлении на консультацию в ГБУЗ СО "Свердловская областная клиническая психиатрическая больница".

4.7 приложение к направлению: направление на исследование гликированного гемоглобина крови (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 03.11.2015 N 1722-п).

4.8 приложение к направлению: направление материала на проведение скринингового исследования на наличие антител к ВИЧ (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 15 марта 2017 года N 381-п).

4.9 приложение к направлению: направление материала на проведение скринингового исследования на наличие HBsAg (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 15 марта 2017 года N 381-п).

4.10 приложение к направлению: направление материала на проведение скринингового исследования на наличие антител ВГС (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 15 марта 2017 года N 381-п).

4.11 приложение к направлению: направление материала пациента на проведение арбитражного лабораторного исследования на наличие антител к ВИЧ (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 15 марта 2017 года N 381-п).

4.12 приложение к направлению: направление на цитологическое диагностическое исследование (заполняются дополнительные сведения с [Приказом](#) МЗ РФ от 24 апреля 2003 года N 174).

4.13 приложение к направлению: направление на цитологическое исследование материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге (заполняются дополнительные сведения с [Приказом](#) МЗ РФ от 24 апреля 2003 года N 174).

4.14 приложение к направлению: направление на магниторезонансную томографию (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 30.12.2015 N 2425-п)

4.15 приложение к направлению

Заполняется при направлении на компьютерную томографию

4.16 приложение к направлению: направление на позитронно-эмиссионную томографию (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 17.03.2016 N 354-п, с

учетом изменений [от 27 декабря 2016 года N 2542-п](#)).

4.17 приложение к направлению: направление на позитронно-эмиссионную томографию (заполняются дополнительные сведения в соответствии с [Приказом](#) МЗ СО от 17.03.2016 N 354-п, с учетом изменений [от 27 декабря 2016 года N 2542-п](#)).