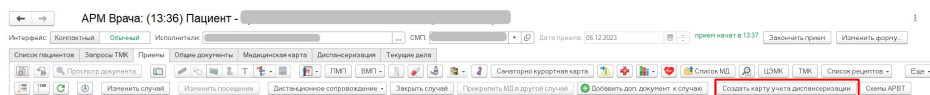


СЭМД «Сведения о результатах диспансеризации или профилактического медицинского осмотра» (CDA) Редакция 2 формируется на основе ШМД «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)»

Оформление формы 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)»

Пользователь может сформировать для пациента «Карту учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)». Для этого необходимо перейти на вкладку «Приемы» на форме «АРМ врача» и нажать кнопку «Создать карту учета диспансеризации».



При открытии карты учета диспансеризации в случае если у пациента отсутствует СНИЛС, адрес, полис, указан не корректный вид полиса или у полиса истек срок действия то пользователю будет выведено сообщение об этом:

← → ☆ Карта учета диспансеризации (создание) *

Основное [Присоединенные файлы](#) [Регистрация ошибок при формировании СЭМД \(тмб\)](#) [Еще...](#)

Провести и закрыть Записать Провести Печать Открыть заключение терапевта Еще

Пациент: [input type="text"] Медицинская карта: [input type="text"]

Пол пациента: Женский

Дата рождения: [input type="text"]

Полных лет: [input type="text"]

Адрес: [input type="text"]

Антропометрия

Рост: [input type="text"] см; Вес: [input type="text"] кг; ИМТ: [input type="text"] кг/м2

Сообщения:

- Нет подходящей по полу и возрасту диспансеризации II этап диспансеризации
- Отсутствуют данные о полисах пациента
- У пациента не заполнен СНИЛС
- У пациента не заполнен адрес

Сообщения:

- Нет подходящей по полу и возрасту диспансеризации II этап диспансеризации
- У пациента указан некорректный вид полиса: 5555555555555555 - Полис будет предоставлен позднее

Сообщения:

- Нет подходящей по полу и возрасту диспансеризации II этап диспансеризации
- У пациента истек срок действия полиса: 5555555555555555 - Временное свидетельство

В верхней части формы отображаются данные пациента «Пол», «Дата рождения», «Возраст», «Адрес». Информация подтягивается автоматически из ОДП. В поле «Адрес» подтягивается адрес регистрации пациента, однако при отсутствии адреса регистрации берется фактический адрес. Такие поля как «Рост», «Вес», «ИМТ», «Глюкоза»,

«Холестерин» подтягиваются из ШМД «Заключение терапевта по итогам диспансеризации/профосмотра». В поля «абсолютный сердечно-сосудистый риск (от 40 лет до 64 лет включительно)», «относительный сердечно-сосудистый риск (от 18 лет до 39 лет) _____ %», прием гипогликемических лекарственных препаратов», прием гиполипидемических лекарственных препаратов» подтягиваются значения из ШМД «Эпикриз по результатам диспансеризации и профилактического медицинского осмотра»

← → ☆ Карта учета диспансеризации (создание)

Основное [Присоединенные файлы](#) [Регистрация ошибок при формировании СЭМД \(tm6\)](#)

Провести и закрыть Записать Провести Форма 131/y Открыть заключение терапевта Отчеты

Пациент: [Имя] [Фамилия] Медицинская карта: [Имя] от 06.12.23. Амбулаторный случай

Пол пациента: Женский
Дата рождения: [Дата]
Полных лет: 44
Адрес: [Адрес]

Антропометрия
Рост: [Возраст] см; Вес: [Возраст] кг; ИМТ: [Возраст] кг/м2

Анализ крови
Глюкоза: [Возраст] Ммоль/л; Холестерин: [Возраст] Ммоль/л

Артериальное давление
Артериальное давление: [Возраст] / [Возраст] мм рт.ст

Витальные параметры
Абсолютный сердечно-сосудистый риск (от 40 лет до 64 лет включительно): [Возраст] мм рт.ст
Относительный сердечно-сосудистый риск (от 18 лет до 39 лет): [Возраст] мм рт.ст

Объективные данные
☐ Прием гипогликемических лекарственных препаратов
☐ Прием гиполипидемических лекарственных препаратов

Занятость: [Возраст] - работает Код категории льготы: [Возраст] Местность: сельская - 2

☐ Принадлежит к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ

Дата начала: [Возраст] Дата окончания: [Возраст] Ответственный: [Возраст]

☐ Проведено мобильной медицинской бригадой

В нижней части формы расположена табличная часть. На первой вкладке отобразятся мероприятия для пациента, некоторые из них уже будут закрыты медицинскими документами.

Или на основании полученных ранее результатов исследований и осмотров врачей, заполнить необходимые поля, указать дату проведения, привязать созданный другим врачом медицинский документ.

Необходимо обратить внимание!!! Например, для мероприятия осмотра гинеколога подставляется последний документ протокол осмотра врача, так как именно его использовал врач. Если последним медицинским документом будет протокол осмотра врача, созданный кардиологом, он все равно подтянется.

☐ Проведено мобильной медицинской бригадой

Проведение 1 этапа Проведение 2 этапа Диагнозы Факторы риска Результаты Электронные подписи

Создать документ на мероприятие

N	Наименование Мероприятия	Полная нагрузка	Дата проведения	Выявлено отклонение	Дата отказа	Проведено ранее	Медицинский документ	Не проводится
1	Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности)	☐		☐				☐
2	Общий анализ крови	☐		☐				☐
3	Осмотр гинеколог (визуальный) или врач-гинеколог-гинеколог	☐	26.02.2023				Медицинский документ 0000-0017029562	☐
4	Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	☐		☐				☐

Создать соответствующий документ на мероприятие можно и из формы создания карты учета диспансеризации. Для этого следует встать одним нажатием левой кнопки мыши на строку с мероприятием, к примеру Антропометрия. Затем нажать на кнопку «Создать документ на мероприятие», при этом откроется для формирования ШМД Антропометрия

Проведение I этапа Проведение II этапа Диагнозы Факторы риска Результаты Электронные подписи

Создать документ на переносимости

N	Печатать	Медицинские документы	Номенклатура	Дата проведения	Выявлено отклонение	Дата отказа	Проведено ранее	Медицинский документ	Не проводится
4	☐	☐	Исследование кала на скрытую кровь интентуационным методом		☐				☐
5	☐	☐	Применение (использование) термометра по результатам первого этапа диспансер.		☐				☐
6	☐	☒	Антропометрия		☐				☐
7	☐	☐	Определение уровня общего холестерина в крови		☐				☐
8	☐	☐	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска		☐				☐
9	☐	☐	Индивидуальное профилактическое консультирование		☐				☐
10	☐	☐	Флюорография легких		☐				☐
11	☐	☐	Исследование кала на скрытую кровь интентуационным методом		☐				☐
12	☐	☐	Осмотр ротоглотки (анамнез), взятие мазка с задней стенки глотки		☐				☐
13	☐	☐	Измерение внутриглазного давления		☐				☐
14	☐	☐	Применение (использование) термометра по завершению исследования		☐				☐
15	☐	☐	Дуплексное сканирование поверхностных артерий		☐				☐

← →

Амбулаторный случай (Создан)

Основное Сведения о пациенте Услуги Лекарственные назначения Компоненты крови Регистрации диагнозов Назначение

Антропометрия

Записать и закрыть Документ готов Выбрать ШМД Заполнить на основании Клинические рекомендации Изменить аллерг

Пациент: Возраст: 44 года

Дата рождения:

Антропометрия

Рост: 178 см Вес: 83.0 кг Талия: 0 ИМТ: 28.4 кг/м2

АД: 80 СД 120

Окружность грудной клетки

Вдох: Выдох: Пауза: Размах:

Динамометрия

Правая кисть: Левая кисть: Становая:

Заполнение МД осуществляется стандартным образом. После внесения необходимой информации следует нажать на кнопку «Документ готов». Затем нужно выбрать созданный документ в соответствующем поле.

Проведение I этапа Проведение II этапа Диагнозы Факторы риска Результаты Электронные подписи

Создать документ на переносимости

N	Печатать	Медицинские документы	Номенклатура	Дата проведения	Выявлено отклонение	Дата отказа	Проведено ранее	Медицинский документ	Не проводится
4	☐	☐	Исследование кала на скрытую кровь интентуационным методом		☐				☐
5	☐	☐	Применение (использование) термометра по результатам первого этапа диспансер.		☐				☐
6	☐	☒	Антропометрия		☐				☐
7	☐	☐	Определение уровня общего холестерина в крови		☐				☐
8	☐	☐	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска		☐				☐
9	☐	☐	Индивидуальное профилактическое консультирование		☐				☐
10	☐	☐	Флюорография легких		☐				☐
11	☐	☐	Исследование кала на скрытую кровь интентуационным методом		☐				☐
12	☐	☐	Осмотр ротоглотки (анамнез), взятие мазка с задней стенки глотки		☐				☐
13	☐	☐	Измерение внутриглазного давления		☐				☐
14	☐	☐	Применение (использование) термометра по завершению исследования		☐				☐
15	☐	☐	Дуплексное сканирование поверхностных артерий		☐				☐

Сообщения:

Медицинские документы

Выборить Создать Заполнение Ответы

Выполненные услуги Номенклатура Ультразвуковое исследование

Дата Номер

43.03.2022 18.02.55 0000-0016816255

21.03.2022 9.31.16 0000-0016983982

02.04.2022 13.37.12 0000-0017032763

08.12.2021 14.12.46 0000-0017032763

Во вкладку «Диагнозы» добавляют все диагнозы пациента, которые выявили и отразили врачи в медицинских документах.

Проведение I этапа Проведение II этапа Диагнозы Факторы риска Результаты

Сгруппировать Список

Добавить Перенести диагнозы в сгруппированное представление

N	МКБ-10	Тип диагноза	Дата выявления	Дата выявления вгггг
1	K20.0	Острый	Выявлено впервые	11.09.2018

При нажатие на кнопку «Перенести диагнозы в сгруппированное представление» диагнозы формируются в определенную группу и подгружаются даты выявления.

Проведение I этапа Проведение II этапа Диагнозы Факторы риска Результаты

Сгруппировать Список

Наименование	Шифр	Коды МКБ-10	Дата выявления	Дата выявления вгггг
Болезни нервной системы	5	G00-G99		
в том числе: преобладающие церебральные ишемические приступы (атаки) и связанные синдромы	5.1	G45		
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6	H00-H59		
в том числе: старческая катаракта и другие катаракты	6.1	H25, H26		
глаукома	6.2	H40		
слепота и помутнение зрения	6.3	H54		
Болезни системы кровообращения	7	I00-I99		
в том числе: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	7.1	I10-I15		
ишемическая болезнь сердца	7.2	I20-I25		
в том числе: стенокардия (грудная жаба)	7.2.1	I20		
в том числе: нестабильная стенокардия	7.2.2	I20.0		
хроническая ишемическая болезнь сердца	7.2.3	I25		
в том числе: перенесенный в прошлом инфаркт миокарда	7.2.4	I25.2		
другие болезни сердца	7.3	I30-I52		
цереброваскулярные болезни	7.4	I60-I89		
в том числе: закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга и закупорке	7.4.1	I65, I66		
другие цереброваскулярные болезни	7.4.2	I67		
последствия субарахноидального кровоизлияния, последствия внутримозгового кровоизлияния, посл.	7.4.3	I69.0-I69.4		
инфаркт мозга	7.4.4	I71.3-I71.4		
Болезни органов дыхания	8	J00-J98		
в том числе: вирусная пневмония, пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae, пневмония, вызван.	8.1	J12-J18		
бронхит, не уточненный как острый и хронический, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит, х.	8.2	J40-J43		
другая хроническая обструктивная легочная болезнь, астма, астматический статус, бронхоэктатическ.	8.3	J44-J47		
Болезни органов пищеварения	9	K00-K93		
в том числе: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	9.1	K25, K26	11.09.2018	11.09.2018
гастрит и дуоденит	9.2	K29		
неинфекционный энтерит и колит	9.3	K50-K52		
другие болезни кишечника	9.4	K55-K63		
Болезни мочеполовой системы	10	N00-N99		

Во вкладке «Факторы риска» заполняют даты выявления факторов риска.

Код	Наименование	Дата выявления
Z20.0	Упорочное курение	28.11.2023
R73.9	Гипергликемия неуточненная	28.11.2023
R63.5	Аскариальная триада тазов тела	28.11.2023
Z72.3	Недостаток физической активности	28.11.2023

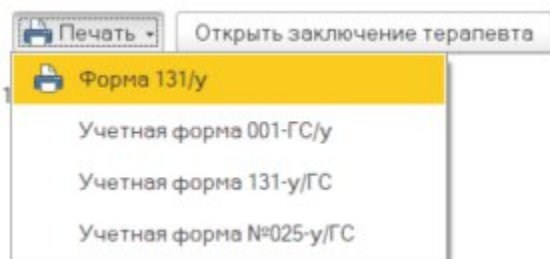
В последней вкладке «Результаты» заполняют «группу состояния здоровья» и другие необходимые поля.

Важно! Карта учета диспансеризации подписывается и отправляется в РЭМД только в том случае если заполнено поле «Статус диспансерного наблюдения».

После заполнения данных, нажать «Записать», «Провести». Если поле «Статус диспансерного наблюдения» было заполнено и сотрудник выбранный в поле «Ответственный» совпадает с сотрудником установленным на настройках контроля исполнения «По умолчанию» то при проведении МД система предложит подписать МД или отправить его в «Отложенное подписание».

После подписания документа подпись отобразится на соответствующей вкладке «Электронные подписи» Если поле «Статус диспансерного наблюдения» было заполнено, но сотрудник выбранный в поле «Ответственный» по какой то причине не совпадает с сотрудником установленным на настройках контроля исполнения «По умолчанию», то система отправит МД в «Отложенное подписание» сотруднику указанному в поле «Ответственный».

Внимание! Для установки подписи МО необходимо использовать обработку: Массовое подписание МД.
Так же по кнопке «Печать» можно распечатать карту по «Форме 131/у», «Учетная форма 131-у/ГС».



Форма 131/у:

Приложение № 1
к приказу Минздрава России
от 6 марта 2015 г. № 87н

Медицинская документация
Учетная форма № 131/у

**Карта учета
диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)**

ненужное зачеркнуть

Дата начала диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) 22.06.18

1. Фамилия, имя, отчество Иванов Иван Иванович

2. Пол: муж. - 1, жен. - 2

3. Дата рождения: число 10 месяц 1 год 1988, полных лет 29

4. Местность: городская - 1, сельская - 2

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ корпус _____ кв. _____

6. Код категории льготы 5

7. Принадлежность к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока
Российской Федерации: да - 1; нет - 2

8. Занятость: 1 - работает, 2 - не работает; 3 - обучающийся в образовательной организации по очной форме.

9. Диспансеризация (профилактический медицинский осмотр) проводится мобильной медицинской
бригадой: да - 1; нет - 2

10. Проведение первого этапа диспансеризации (профилактического медицинского осмотра):

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие первого этапа диспансеризации	№ строки	Дата проведения	Выявлено отклонение (+/-)	Примечание (отказ (дата); проведено ранее (дата))
Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	1		—	X
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела	2		—	
Измерение артериального давления	3		—	
Определение уровня общего холестерина в крови	4		—	
Определение уровня глюкозы в крови	5		—	

←→

Печать документа

Печать

Копия

1/1

0

Σ

Медицинская документация

Учетная форма N 131/у-ГС

Карта учета диспансеризации
государственного гражданского служащего Российской Федерации и муниципального служащего

Медицинская карта амбулаторного больного

1. Фамилия, имя, отчество:

2. Пол: М-1; Ж-2;

3. Страховой полис : серия N

4. Дата рождения (число, месяц, год):

5. Адрес места жительства:

6. Место службы:

7. Должность:

8. Прикреплен в данном учреждении здравоохранения для: постоянного динамического наблюдения - 1; диспансеризации - 2; медицинского осмотра - 3; дополнительного медицинского осмотра - 4 (нужное - отметить)

9. Исключен

10. Учреждение здравоохранения, к которому прикреплен служащий для постоянного динамического наблюдения (наименование, юридический адрес)

11. Осмотры врачей-специалистов:

Специальность врача	N	Код врача	Дата осмотра	Заболевания (код по МКБ-10)			практичес ки здоров (I группа здоровья)	риск развития заболеваний (II группа здоровья)	Результат диспансеризации					ФИО (подпись врача)
				известное хроническое	ранее выявленное во время диспансери зации	в том числе на поздней стадии			амбулаторном (III группа здоровья)	нуждается в дополнительном лечении, обследовании	в том числе по выявленным заболеваниям	стационаром (IV группа здоровья)	в оказании высокотехно логичной медицинской помощи (V группа здоровья)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Терапия	1	27		I21.1			+							
Терапия	2	27		I60.0			+							
Терапия	3	27		B23.2			+							
Терапия	4	27		I21.1			+							
Терапия	5	27		I60.0			+							
Терапия	6	27		I60.0			+							



Печать документа



Медицинская документация
Учетная форма N 001-ГС/у
Утверждена приказом
Минздрава России
от 14.12.2009 N 984н

Заключение

медицинского учреждения о наличии (отсутствии) заболевания,
препятствующего поступлению на государственную гражданскую службу
Российской Федерации и муниципальную службу или её прохождению
от " 01 " Ноябрь 2025

1. Выдано _____
(наименование и адрес учреждения здравоохранения)
2. Наименование, почтовый адрес государственного органа, органа
муниципального образования*, куда представляется Заключение

3. Фамилия, имя, отчество _____
(Ф.И.О. государственного гражданского служащего Российской Федерации,
муниципального служащего либо лица, поступающего на государственную
гражданскую службу Российской Федерации, муниципальную службу)
4. Пол (мужской / женский) *
5. Дата рождения _____
6. Адрес места жительства _____
7. Заключение
Выявлено наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего поступлению
на государственную гражданскую службу Российской Федерации
(муниципальную службу) или ее прохождению *.

Должность врача, выдавшего заключение

(подпись)

Врач-терапевт,

(Ф.И.О.)

Заведующий
(начальник)
структурного
подразделения
(отдела, отделения,
лаборатории,
кабинета, отряда и
другое) медицинской