



МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙДЫН
ТУШААЛ

2019 оны 12 сарын 30 өдөр

Дугаар 4/611

Улаанбаатар хот

Эрүүл мэндийн салбарын статистик мэдээ,
мэдээллийн журам, бүртгэлийн маягтыг
шинэчлэн батлах тухай

Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 24.2, Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.1.19, Статистикийн тухай хуулийн 6 дугаар зүйлийн 6.1.2 (з) дахь хэсгийг тус тус үндэслэн эрүүл мэндийн мэдээллийн тогтолцоог боловсронгуй болгох зорилгоор ТУШААХ нь:

1. Эрүүл мэндийн мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмчийн эрх, үүргийг нэгдүгээр, эрүүл мэндийн салбарын албан ёсны статистикийн мэдээ тайлан гаргах, мэдээлэх журмыг хоёрдугаар, хувийн хэвшлийн эмнэлгийн мэдээ, тайлан гаргах, мэдээлэх журмыг гуравдугаар, халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг бүртгэх, мэдээлэх журмыг дөрөвдүгээр, бэлгийн замаар дамжих халдварын тохиолдлыг бүртгэх, мэдээлэх журмыг тавдугаар, сүрьеэ өвчнийг бүртгэх, мэдээлэх журмыг зургаадугаар, хорт хавдрыг бүртгэх, мэдээлэх журмыг долоодугаар, хорт хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийг бүртгэх, мэдээлэх журмыг наймдугаар, уламжлалт анагаахын тусламж, үйлчилгээний мэдээг бүртгэх, мэдээлэх журмыг есдүгээр, эрүүл мэндийн бүртгэлийн болон тайлангийн маягтын жагсаалт, хадгалах хугацааг аравдугаар, шинэчлэн боловсруулсан анхан шатны бүртгэлийн болон тайлангийн маягтын загварыг арваннэгдүгээр хавсралтаар тус тус баталсугай.


2. Бүртгэл, тайлангийн шинэчлэгдсэн маягтын загвар, хөтлөх зааврыг шинэчлэн боловсруулж, хэвлүүлэх, маягтад өөрчлөлт орсонтой холбогдуулан эрүүл мэндийн статистикийн програм хангамжийг шинэчлэх үйл ажиллагааг тус тус 2020 оны 1 дүгээр сард багтаан зохион байгуулахыг Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв /Б.Нарантуяа/-д даалгасугай.

3. Бүртгэл, тайлангийн маягтуудыг хэвлүүлэх хөрөнгийн эх үүсвэрийг жил бүрийн төсөвт тусгах, өвчний түүхийг архивлах, хадгалах өрөөг орчин үеийн шаардлагад нийцсэн тоног төхөөрөмжөөр тоноглохыг аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын болон өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын дарга, захирал нарт үүрэг болгосугай.

4. Тушаалыг 2020 оны 01 дүгээр сарын 01-ний өдрөөс эхлэн мөрдөж ажиллахыг өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын дарга, захирал нарт, тушаалын хэрэгжилтэд хяналт тавьж ажиллахыг Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, дотоод аудитын газар /Я.Амаржаргал/-т даалгасугай.

5. Энэхүү тушаал гарсантай холбогдуулан Эрүүл мэндийн сайдын 2012 оны 95, 2013 оны 446 дугаар тушаалын 3, 4, 5, 6, 7 дугаар хавсралт, 2013 оны 450 дугаар тушаалыг тус тус хүчингүй болсонд тооцсугай.

САЙД



Д.САРАНГЭРЭЛ

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 102 дугаар
сарын 30- өдрийн А/МН дугаар тушаалын
нэгдүгээр хавсралт

**ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЭДЭЭЛЛИЙН МЭРГЭЖИЛТЭН,
БИОСТАТИСТИКЧ ЭМЧИЙН ЭРХ, ҮҮРЭГ**

Нэг: Эрүүл мэндийн мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч, тархварзүйч эмчийн эрх

1. Сарын мэдээ, улирал, жилийн тайлан, эрүүл мэндийн мэдээллийн тогтолцоог боловсронгуй болгох асуудлаар санал боловсруулж удирдлага болон дээд байгууллагуудад танилцуулах.
2. Сарын мэдээ, улирал, жилийн тайлан мэдээлэлд хайхрамжгүй хандсан (маягтыг буруу, дутуу хөтөлсөн, хугацаа хожимдуулсан, үндэслэл муутай мэдээлэл өгсөн), мэдээ тасалсан зөрчлийг цаг тухайд нь илрүүлж, хариуцлагагүй хандсан эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг тухайн байгууллагын удирдлагад танилцуулж, хариуцлага тооцох санал оруулах.
3. Тухайн тайлангийн жилд статистик мэдээ, мэдээлэлд идэвх санаачлага, үр бүтээлтэй ажилласан ажилтныг урамшуулах ажлыг зохион байгуулж, тухайн байгууллагын удирдлагын зөвлөлийн түвшинд хэлэлцүүлж, шийдвэрлүүлэх
4. Үндэсний статистикийн хорооны зөвшөөрсөн, Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар батлагдсанаас бусад загварын маягт, аргачлалаар мэдээ, мэдээлэл гаргаж өгөхөөс татгалзах.
5. Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын мэдээллийн мэргэжилтэн, Статистикийн улсын байцаагч нь албан ёсны статистикийн мэдээллийг батлагдсан буюу зөвшөөрөгдсөн аргачлалын дагуу үнэн зөв, хугацаанд гаргаж өгч байгаа байдалд хяналт шалгалт хийж, илэрсэн зөрчил дутагдлыг арилгуулахаар акт, шаардлага бичих, зөрчил дутагдал гаргасан хүмүүст сахилгын арга хэмжээ авахуулах саналыг холбогдох албан тушаалтанд тавьж шийдвэрлүүлэх.
6. Мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмч нар нь мэргэжлийн дагуу суралцах, мэдлэгээ дээшлүүлэх чиглэлээр гадаад, дотоодын сургалтад хамрагдах, суралцах эрхтэй.

Хоёр: Эрүүл мэндийн мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч, тархварзүйч эмчийн үүрэг

1. Эрүүл мэндийн статистикийн сарын мэдээ, улирал, жилийн тайланг тогтоосон хугацаанд үнэн зөв гаргаж мэдээлэх.
2. Харъяалах нутаг дэвсгэрийн хэмжээний бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад мэдээ цуглуулах анхан шатны бүртгэлийн маягтын хөтлөлтийн байдал, бүртгэл мэдээллийн үйл ажиллагаанд хяналт шалгалт хийж, илэрсэн зөрчлийг арилгуулах, мэргэжлийн арга зүй, зөвлөмжөөр байнга хангах.
3. Эрүүл мэндийн статистикийн сарын мэдээ, улирал, жилийн тайланд дүн шинжилгээ хийж, хүн амын эрүүл мэндийн байдалд гарч байгаа өөрчлөлтүүдийн талаарх мэдээллийг удирдлага болон эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтнуудад хүргэх.

4. Тухайн нутаг дэвсгэрийн хүн амын эрүүл мэндийн байдалд үнэлгээ өгөх, хүн амын эрүүл мэндийн сүүлийн 20-оос доошгүй жилийн үзүүлэлтүүдээр мэдээллийн сан үүсгэх, тогтмол баяжуулах.
5. Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдэд эрүүл мэндийн статистик мэдээллийн чиглэлээр сургалт зохион байгуулах.
6. Эрүүл мэндийн статистикийн бүртгэл, бичиг баримтыг холбогдох хууль, журмын дагуу архивлан хадгалах.
7. Эрүүл мэндийн яамнаас зөвшөөрөгдсөн, эрүүл мэндийн байгууллагуудад хэрэглэгдэж буй програм хангамжуудыг эзэмшиж, үйл ажиллагаандаа ашиглах, нэвтрүүлэх чиглэлээр санаачлагатай ажиллаж, сургалт явуулах.
8. Өвчний болон үйлдлийн олон улсын ангиллыг мөрдөх, тэдгээрийг нэвтрүүлэх чиглэлээр сургалт зохион байгуулах үүрэгтэй.

Гурав: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч, тархварзүйч эмчийн эрх, үүрэг

1. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмч нарын тухайн жилийн үйл ажиллагааг үнэлэх журам боловсруулж мөрдүүлэх, журмын дагуу үнэлгээг хийж хариуцлага тооцох болон урамшуулах саналыг Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газруудад дараа оны хоёрдугаар улиралд багтаан хүргүүлэх.
2. Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмч нарыг мэргэжлийн ур чадвар, ажлын дадлага, туршлагыг үндэслэн Үндэсний статистикийн хорооны даргад "Статистикийн улсын байцаагч"-аар томилох буюу чөлөөлөх тухай асуудлыг тавьж шийдвэрлүүлэх.
3. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас эрүүл мэндийн мэдээллийн чиглэлээр гарч буй заавар, зөвлөмж, аргачлал, Өвчний болон үйлдлийн олон улсын ангиллыг мөрдөх тэдгээрийг нэвтрүүлэх чиглэлээр сургалт зохион байгуулах эрхтэй.
4. Үндэсний түвшинд тооцох эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтийн тодорхойлолт, тооцох аргачлалыг шинэчлэн боловсруулах, эрүүл мэндийн сар, улирал, жилийн статистикийн үзүүлэлтүүдийн эмхэтгэлийг боловсронгуй болгох.
5. Үндэсний түвшинд мэдээ, мэдээллийг цуглуулах, нэгтгэн боловсруулах, дүн шинжилгээ хийх, эрүүл мэндийн салбарын үндсэн үзүүлэлтүүдийг тооцох, эмхэтгэн түгээх, эргэн мэдээлэх.
6. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас эрүүл мэндийн мэдээллийн чиглэлээр гарч буй заавар, зөвлөмж, аргачлалыг нэвтрүүлэхэд санаачлага гарган дээд шатны байгууллагад санал оруулж шийдвэрлүүлэх.
7. Бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллагын мэдээ, тайлангийн чанарт хяналт хийх, мэргэжил арга зүйгээр хангах, мэдээллийн мэргэжилтэн, биостатистикч эмч, бүртгэл мэдээллийн ажилтнуудийг чадавхижуулах, хөгжүүлэхэд дэмжлэг үзүүлж ажиллах үүрэгтэй.

**ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН АЛБАН ЁСНЫ СТАТИСТИКИЙН
МЭДЭЭ, ТАЙЛАН ГАРГАХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ**

Нэг. Сарын мэдээ, тайлан

- 1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь хүн амын төрөлт, нас баралт, эх, хүүхдийн эндэгдэл, амбулатори, стационарын тусламж, үйлчилгээний үзүүлэлтүүд, амбулатори, стационарын өвчлөлийг өдөр бүр бүртгэн, тохиолдол тус бүрээр цахим мэдээний сан бүрдүүлнэ.
- 1.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь бүртгэгдсэн хүн амын төрөлт, нас баралт, эх, хүүхдийн эндэгдэл, амбулатори, стационарын тусламж, үйлчилгээний үзүүлэлтүүдийг улсын тайлан маягт ЭМТ-501.1-ын дагуу сар бүр цахим хэлбэрээр мэдээлнэ.
- 1.3 Хүн амын төрөлт, нас баралтын мэдээг “Нэг иргэн-нэг бүртгэл” цахим бүртгэлд мэдээлэгдсэн тохиолдолд сарын мэдээнд оруулах ба эх, хүүхэд, эмнэлгээс гараагүй байгаа хэдий ч төрөлтийн тоонд оруулан мэдээлнэ.
- 1.4 Эрүүл мэндийн байгууллагууд нь сэжигтэй болон онош нь батлагдаагүй өвчлөлийг тухайн сарын мэдээнд оруулалгүй, онош баталгаажсаны дараа мэдээлнэ.
- 1.5 Сарын мэдээ, тайланг гаргахдаа явуулын хүн амын өвчлөл, төрөлт, нас баралтыг тухайн тохиолдлыг бүртгэсэн эрүүл мэндийн байгууллага мэдээлж, харин тогтмол хаяг гэсэн асуултад тухайн хүний байнга оршин суугаа газрыг бичнэ. Явуулын хүн ам гэдэг ойлголтод 6 сараас бага хугацаагаар оршин суугаа болон албан буюу хувийн хэргээр зорчигчдыг оруулж бүртгэнэ.
- 1.6 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллага нь сарын мэдээг тухайн сарын сүүлчийн өдрөөр тасалбар болгож авна.
- 1.7 Сарын мэдээний нэгтгэлийг өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгүүд нь дараа сарын 2-ны өдрийн дотор, аймаг, нийслэлийн түвшинд дараа сарын 4-ний өдрийн дотор багтаан дараагийн шатны эрүүл мэндийн байгууллагад мэдээлнэ.
- 1.8 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь үндэсний түвшинд сарын мэдээний нэгтгэлийг гаргаж Үндэсний статистикийн хороонд дараа сарын 6-ны өдрийн дотор, Эрүүл мэндийн яам болон бусад холбогдох байгууллагуудад дараа сарын 7-ны өдрийн дотор хэвлэмэл болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 1.9 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь Улсын Их Хурал, Засгийн газарт хүргүүлэх мэдээ, мэдээллийг Эрүүл мэндийн яамны холбогдох газар, хэлтсээр дамжуулан дараа сарын 7-ны өдрийн дотор хэвлэмэл болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

Хоёр. Улирлын мэдээ, тайлан

- 2.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн програмд хүн амын төрөлт, нас баралт, халдварт болон халдварт бус өвчний тохиолдол бүрийг шивж, цахим мэдээний санг үүсгэнэ.

- 2.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь хүн амын төрөлт, нас баралт, халдварт болон халдварт бус өвчний мэдээ, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн цахим мэдээний санг өдөр, сар, улирлаар нэгтгэж, тайлан гаргах ба улирлын тайланг дараа улирлын эхний сарын 15-ны өдрийн дотор бүрдүүлсэн байна.
- 2.3 Үндэсний түвшинд хүн амын төрөлт, нас баралт, халдварт болон халдварт бус өвчний мэдээ, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн цахим мэдээний санг улирлаар нэгтгэн, дараа улирлын эхний сарын 30-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт эргэн мэдээлнэ.
- 2.4 Өрхийн эрүүл мэндийн төв болон хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдийн эдийн засгийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн нь Үндэсний статистикийн хорооны даргын 2018 оны 12 сарын 26-ны өдрийн А/156 дугаар тушаалаар батлагдсан “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын албан ёсны улирлын мэдээний маяг”-ын дагуу улирал болон жилийн тайланг гаргана.
- 2.5 “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20... оны ...-р улирлын мэдээ”-г эрүүл мэндийн байгууллагууд нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт улирал бүрийн дараа сарын 15-ны өдрийн дотор, жилийн эцсийн мэдээг дараа оны 03 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр тус тус хүргүүлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

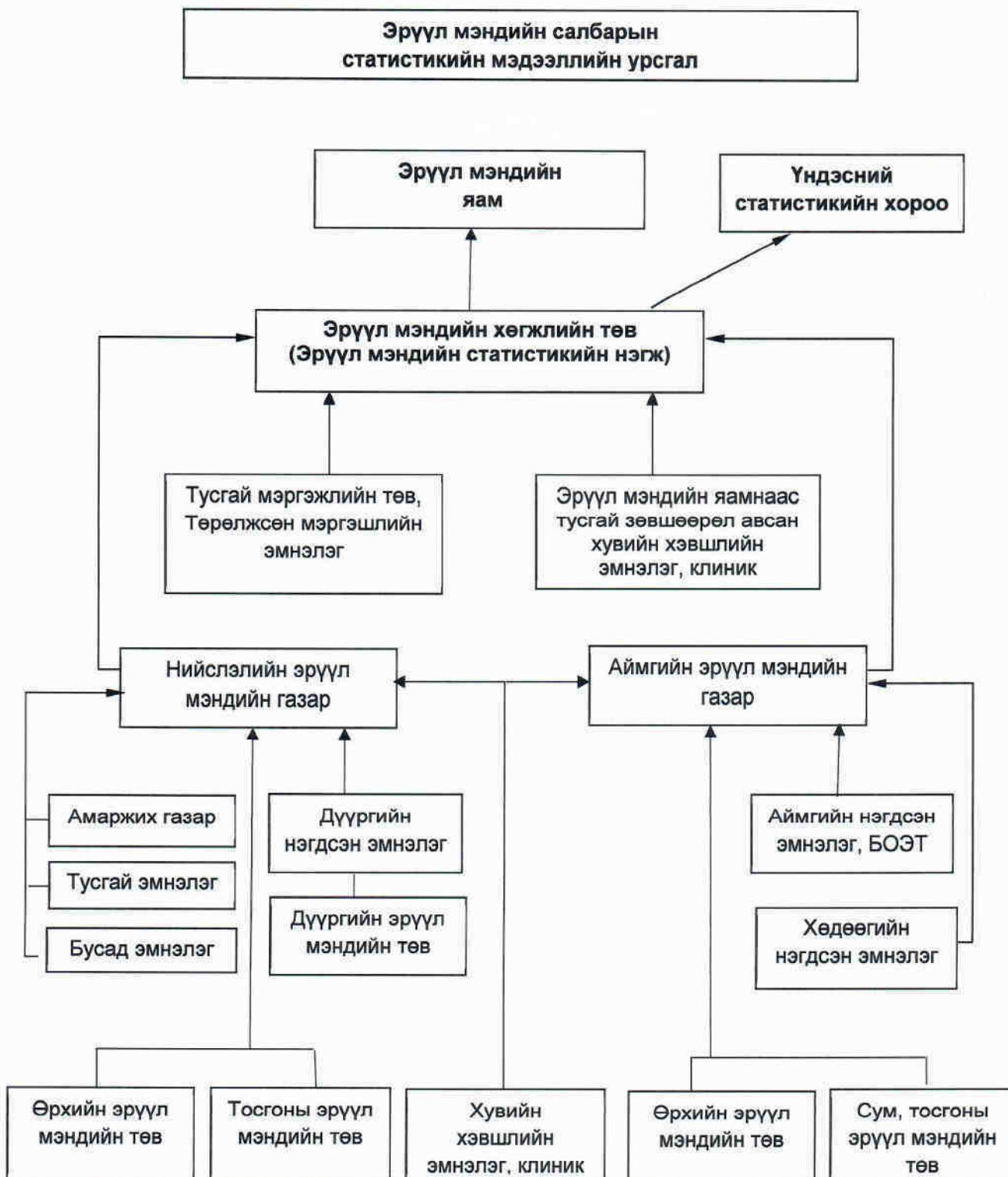
- 3.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд жилийн үйл ажиллагааны тайланг тухайн оны 12 дугаар сарын 31-ний өдрөөр тасалбар болгон, батлагдсан маягтын дагуу нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт цахим болон цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 3.2 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь аймаг, нийслэлийн түвшинд эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагааны жилийн тайланг хүлээн авч, нэгтгэх, дүгнэх, эргэн мэдээлэх ажлыг удирдан зохион байгуулна.
- 3.3 Тухайн жилийн сар, улирлын мэдээнүүд нь өссөн дүнгээр жилийн тайланд тусгагдана.
- 3.4 Эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагааны жилийн тайланг хүлээн авч, нэгтгэхдээ үндсэн материалтай нь тулган шалгаж, дүгнэлт хийнэ.
- 3.5 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн төрөлжсөн мэргэшлийн кабинетын эмч нар нь жилийн үйл ажиллагааны тайланг батлагдсан маягтын дагуу нэгтгэн, аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газрын мэдээллийн мэргэжилтэнд дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор хүлээлгэн өгнө.
- 3.6 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагааны жилийн тайланг батлагдсан маягт, зааврын дагуу нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цахим болон цаасан хэлбэрээр баталгаажуулан хүргүүлнэ.
- 3.7 Тусгай мэргэжлийн төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгүүд нь аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн төрөлжсөн мэргэшлийн кабинетаас ирүүлсэн жилийн тайланг нэгтгэж, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд дараа оны 2 дугаар сарын 1-ний өдрийн дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр баталгаажуулан хүргүүлнэ.

- 3.8 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь үндэсний түвшинд эрүүл мэндийн байгууллагуудын жилийн тайлангийн нэгтгэл, статистик боловсруулалт хийж, үндэсний хэмжээнд гаргах эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийг тооцно.

Дөрөв. Эргэн мэдээлэл

- 4.1 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн сар, улирал, жилийн мэдээ, тайланд нэгтгэл, дүгнэлт хийж харьяа эрүүл мэндийн байгууллагуудад эргэн мэдээлнэ.
- 4.2 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь сар бүрийн “Эрүүл мэндийн статистикийн мэдээлэл” эмхэтгэлийг аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа сарын 07-ны өдрийн дотор цахим хуудсаар эргэн мэдээлнэ.
- 4.3 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь хүн амын амбулатори, стационарын өвчлөл, нас баралтын цахим мэдээний санд улирал тутам нэгтгэл, дүгнэлт хийж аймаг нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, Тусгай мэргэжлийн төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгүүдэд дараа улирлын эхний сарын 15-ны өдрийн дотор цахим хуудсаар эргэн мэдээлнэ.
- 4.4 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь эрүүл мэндийн байгууллагуудын жилийн тайлангийн нэгтгэлд статистик боловсруулалт хийж, эрүүл мэндийн салбарын үндэсний хэмжээнд гаргах үзүүлэлтүүдийг тооцож, дүгнэлт хийн, эмхэтгэл болгон хэвлүүлж, Эрүүл мэндийн яам, Үндэсний статистикийн хороо болон холбогдох бусад байгууллага, аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа жилийн 4 дүгээр сарын 1-ний өдрийн дотор хүргүүлнэ.
- 4.5 Сар, улирал, жилийн эрүүл мэндийн статистикийн эмхэтгэл, мэдээллийг хэвлүүлэн мэдээлэл хэрэглэгчдэд түгээх зардлыг тухайн эрүүл мэндийн байгууллага нь жилийн төсвийн төлөвлөгөөнд суулган, санхүүжилтийг шийдвэрлэнэ.

Тав. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/161 дугаар тушаалын гуравдугаар хавсралт

ХУВИЙН ХЭВШЛИЙН ЭМНЭЛГИЙН СТАТИСТИКИЙН МЭДЭЭ, ТАЙЛАН ГАРГАХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Сарын мэдээ, тайлан

- 1.1 Монгол улсын "Статистикийн тухай" хуулийн 2 дугаар бүлгийн 6 дугаар зүйлд заасны дагуу албан ёсны статистик мэдээллийг тогтсон хугацаанд, батлагдсан маягтаар аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд тус тус гарган хүргүүлнэ.
- 1.2 Хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь бүртгэгдсэн хүн амын төрөлт, нас баралт, эх, хүүхдийн эндэгдэл, амбулатори, стационарын тусламж үйлчилгээний үзүүлэлтүүд, халдварт болон халдварт бус өвчний сарын мэдээг тухайн сарын сүүлчийн өдрөөр тасалбар болгон, улсын тайлан маягт ЭМТ-501.1-ын дагуу сар бүр цахим хэлбэрээр мэдээлнэ.
- 1.3 Хүн амын төрөлт, нас баралтын мэдээг "Нэг иргэн-нэг бүртгэл" цахим бүртгэлд мэдээлэгдсэн тохиолдолд сарын мэдээнд оруулах ба эх, хүүхэд, эмнэлгээс гараагүй байгаа хэдий ч төрөлтийн тоонд оруулан мэдээлнэ.
- 1.4 Хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь сэжигтэй болон онош нь батлагдаагүй өвчлөлийг тухайн сарын мэдээнд оруулалгүй, онош баталгаажсаны дараа мэдээлнэ.
- 1.5 Сарын мэдээг аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газраас зөвшөөрөлтэй хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь тухайн аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд дараа сарын 2-ны өдрийн дотор тус тус мэдээлнэ.

Хоёр. Улирлын мэдээ, тайлан

- 2.1 Хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь хүн амын амбулатори, стационарын өвчлөл, нас баралтыг өдөр бүр бүртгэн, эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн програм хангамжид цахим мэдээний сан үүсгэнэ.
- 2.2 Цахим мэдээний санг өдөр, сар, улирлаар нэгтгэж, тайланг өдөр, сар, улирлаар гарган аймаг, нийслэлийн түвшинд тухайн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа улирлын эхний сарын 10-ны өдрийн дотор, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд дараа улирлын эхний сарын 10-ны өдрийн дотор цахим хэлбэрээр тус тус мэдээлнэ.
- 2.3 Үндэсний статистикийн хорооны даргын 2018 оны 12 дугаар сарын 26-ны өдрийн А/156 дугаар тушаалаар батлагдсан Улсын тайлан маягт ЭМТ-6-аар "Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ"-г улирал тутам гаргана.

- 2.4 “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ”-г аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь тухайн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд дараа улирлын эхний сарын 20-ны өдрийн дотор цахим хэлбэрээр тус тус мэдээлнэ.
- 2.5 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ”-г нэгтгэн дараа улирлын эхний сарын 25-ны өдрийн дотор Үндэсний статистикийн хороонд хүргүүлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

- 3.1 Хувийн хэвшлийн эмнэлэг нь жилийн тайлан мэдээг тухайн оны 12 дугаар сарын 31-ний өдрөөр тасалбар болгон, батлагдсан маягтын дагуу гаргаж, нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мөн хугацаанд баталгаажуулан цахим болон цаасан хэлбэрээр тус тус хүргүүлнэ.
- 3.2 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдийн жилийн эцсийн үйл ажиллагааны тайланг батлагдсан маягт, аргачлалын дагуу нэгтгэн, дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор багтаан Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цахим болон цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 3.3 Үндэсний статистикийн хорооны даргын 2018 оны 12 дугаар сарын 26-ны өдрийн А/156 дугаар тушаалаар батлагдсан Улсын тайлан маягт ЭМТ-6-аар “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ”-г жилийн эцсийн байдлаар дараа оны 3 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цаасан болон цахим хэлбэрээр тус тус хүргүүлнэ.
- 3.4 Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь “Эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн байгууллагын 20..оны ...-р улирлын мэдээ”-г жилийн эцсийн байдлаар нэгтгэн дараа оны 3 дугаар сарын 12-ны өдрийн дотор Үндэсний статистикийн хороонд хүргүүлнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/611 дугаар тушаалын дөрөвдүгээр хавсралт

ХАЛДВАРТ ӨВЧИН, ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Долоо хоногийн мэдээ

- 1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь бүртгэгдсэн халдварт өвчний хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын мэдээг долоо хоног бүрийн даваа гаригт харьяа аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар, дүүргийн эрүүл мэндийн төвд мэдээлэх хуудасны I хэсгээр мэдээлнэ.
- 1.2 Аймаг, нийслэлийн нийслэлийн эрүүл мэндийн газар нь харьяа нутаг дэвсгэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудаас ирүүлсэн халдварт өвчний хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын мэдээг долоо хоног бүр нэгтгэж, мягмар гаригт цахимаар Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Тандалтын Үндэсний нэгжийн www.nccd.gov.mn/ewar/ вэб хаяг руу илгээнэ.
- 1.3 Халдварт өвчний онош батлагдсан тохиолдолд “Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас”-ны I, II хэсгийг хамт бөглөж мэдээлнэ.
- 1.4 Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Тандалтын үндэсний нэгж нь аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн мэдээг нэгтгэн дүгнэж долоо хоногийн пүрэв гариг бүр эргэн мэдээлнэ.
- 1.5 “Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас” өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад хөтлөгдөж, статистикийн албанд нэгтгэнэ.
- 1.6 Долоо хоногийн мэдээнд эпидемиологийн хуанлигаар өмнөх долоо хоногийн ням гаригаас дараа долоо хоногийн ням гариг хүртэлх мэдээг хамруулна.
- 1.7 Босго үзүүлэлтэд хүрсэн тохиолдолд долоо хоногийн мэдээг хүлээхгүйгээр 24 цагийн дотор дараагийн шатны эрүүл мэндийн байгууллагад мэдээлнэ.
- 1.8 Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын долоо хоногийн нэгдсэн мэдээг захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-301.1 тайлангийн маягтын дагуу нэгтгэн Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Тандалтын үндэсний нэгжид мэдээлнэ.

Хоёр. Сарын мэдээ

- 2.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд халдварт өвчний онош батлагдсан тохиолдлуудын мэдээг нэгтгэнэ.
- 2.2 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, эмнэлэг, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, хувийн хэвшлийн

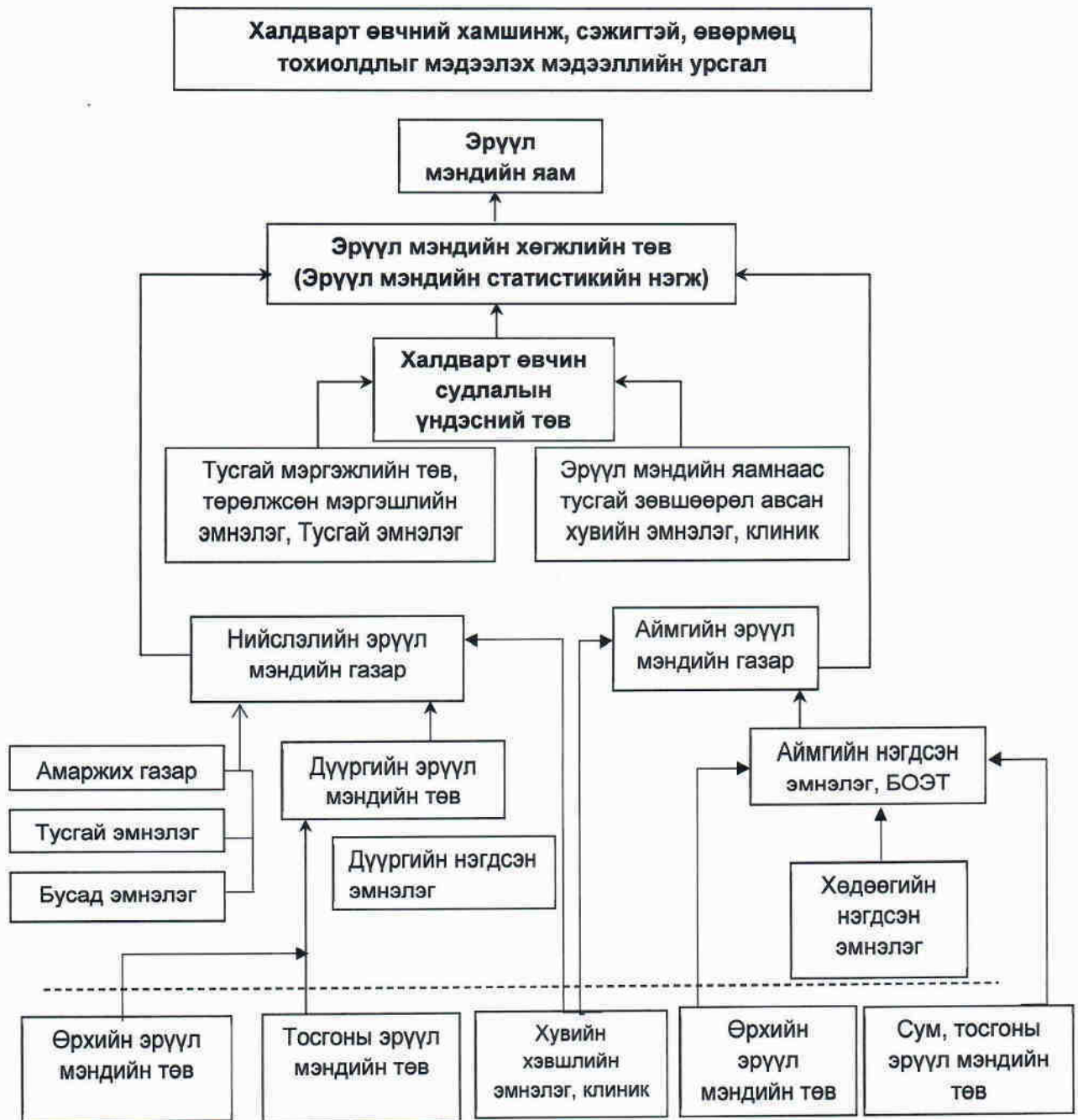
эмнэлгүүд онош батлагдсан халдварт өвчний мэдээг сар бүрийн 02-ны өдрийн дотор харьяа аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.

- 2.3 Онош батлагдсан халдварт өвчний тохиолдлуудыг “Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас”-аар мэдээлж, эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн програмд шивж, мэдээллийн сан үүсгэнэ.
- 2.4 Оношийг лабораторийн шинжилгээний дүнг үндэслэн баталгаажуулахаас гадна зарим шинэ ба ховор халдварын үед үүсгэгчийн хэв шинжээс шалтгаалан өвөрмөц оношлуурууд тохирохгүй нөхцөлд ерөнхий мэргэжилтэн, зөвлөх эмчийн үзлэгээр эмнэлзүйн шинж тэмдэг, тархвар судлалын судалгааны дүгнэлтийг үндэслэн эцсийн онош тавина.
- 2.5 Сарын мэдээнд тухайн сарын 1-ний өдрөөс эхлэн дараагийн сарын 1-ний өдөр хүртэлх мэдээг хамруулна.

Гурав. Жилийн тайлан

- 3.1 Халдварт өвчний онош баталгаажсан тохиолдлуудын долоо хоног, сарын мэдээг өссөн дүнгээр нэгтгэж жилийн тайланд тусгана.
- 3.2 Аймаг, дүүргийн халдвар судлаач, тархвар зүйч эмч нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг “Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-301 тайлан” маягтын дагуу нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 3.3 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь “Халдварт өвчин судлалын кабинетийн үйл ажиллагааны жилийн тайлан”-г нэгтгэж дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвд цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 3.4 Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн “Халдварт өвчин судлалын кабинетийн үйл ажиллагааны жилийн тайлан”-г хүлээн авч нэгтгэн Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цахим болон цаасан хэлбэрээр баталгаажуулан дараа оны 2 дугаар сарын 15-ны өдрийн дотор хүргүүлнэ.

Дөрөв. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн 1/6 дугаар тушаалын тавдугаар хавсралт

БЭЛГИЙН ЗАМААР ДАМЖИХ ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Бэлгийн замаар дамжих халдварыг бүртгэх

- 1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн /лаборатори бүхий/ байгууллагууд нь бэлгийн замаар дамжих халдвар, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас” маягтаар бүртгэн харьяа аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.
- 1.2 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв нь Бэлгийн замаар дамжих халдварыг хам шинжээр оношлон “Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас” маягтын дагуу бүртгэн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.
- 1.3 Төрөлхийн тэмбүүгийн сэжигтэй тохиолдлыг тухайн харьяаллын Бэлгийн замаар дамжих халдварын кабинетын эмч оношийг баталгаажуулан, халдвар судлаач эмч мэдээлнэ.
- 1.4 Хүний дархлал хомсдолын вирус (ХДХВ)-ийн халдварын сэжигтэй тохиолдлыг Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн нэгдсэн лабораторийн албанд баталгаажуулж Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/ БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд “ХДХВ-ийн халдвар, Дархлалын олдмол хомсдол (ДОХ)-ын өвчлөлийг мэдээлэх хуудас” маягтаар бүртгэн мэдээлнэ.
- 1.5 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлэг, клиник, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүдийн эмэгтэйчүүдийн эмч жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн тэмбүү илрүүлэх шинжилгээгээр тэмбүүгийн халдвар илэрсэн тохиолдолд тухайн харьяаллын БЗДХ-ын кабинетийн эмчид илгээн “Тэмбүүгийн халдвартай жирэмсэн эмэгтэйн хяналтын бүртгэл”-ийн маягтаар бүртгэн, аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар болон Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд мэдээлнэ.
- 1.6 Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ-ийн төрөх тасаг, амаржих газрууд, эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлэг, клиник, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүд, амаржих газар төрөх тасагт илэрсэн өвчлөлийг “Тэмбүү илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл” маягтаар бүртгэн аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар болон Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд мэдээлнэ.
- 1.7 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг “Серологийн шинжилгээний бүртгэл”, ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг “ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл”-ийн маягтын дагуу

бүртгэн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд мэдээлнэ.

- 1.8 Аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүдийн Бэлгийн замаар дамжих халдварын кабинетын эмч нь "Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас" маягтын дагуу бүртгэгдсэн тохиолдлыг эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн програмд шивж, мэдээний санг үүсгэнэ.

Хоёр. Сарын мэдээ

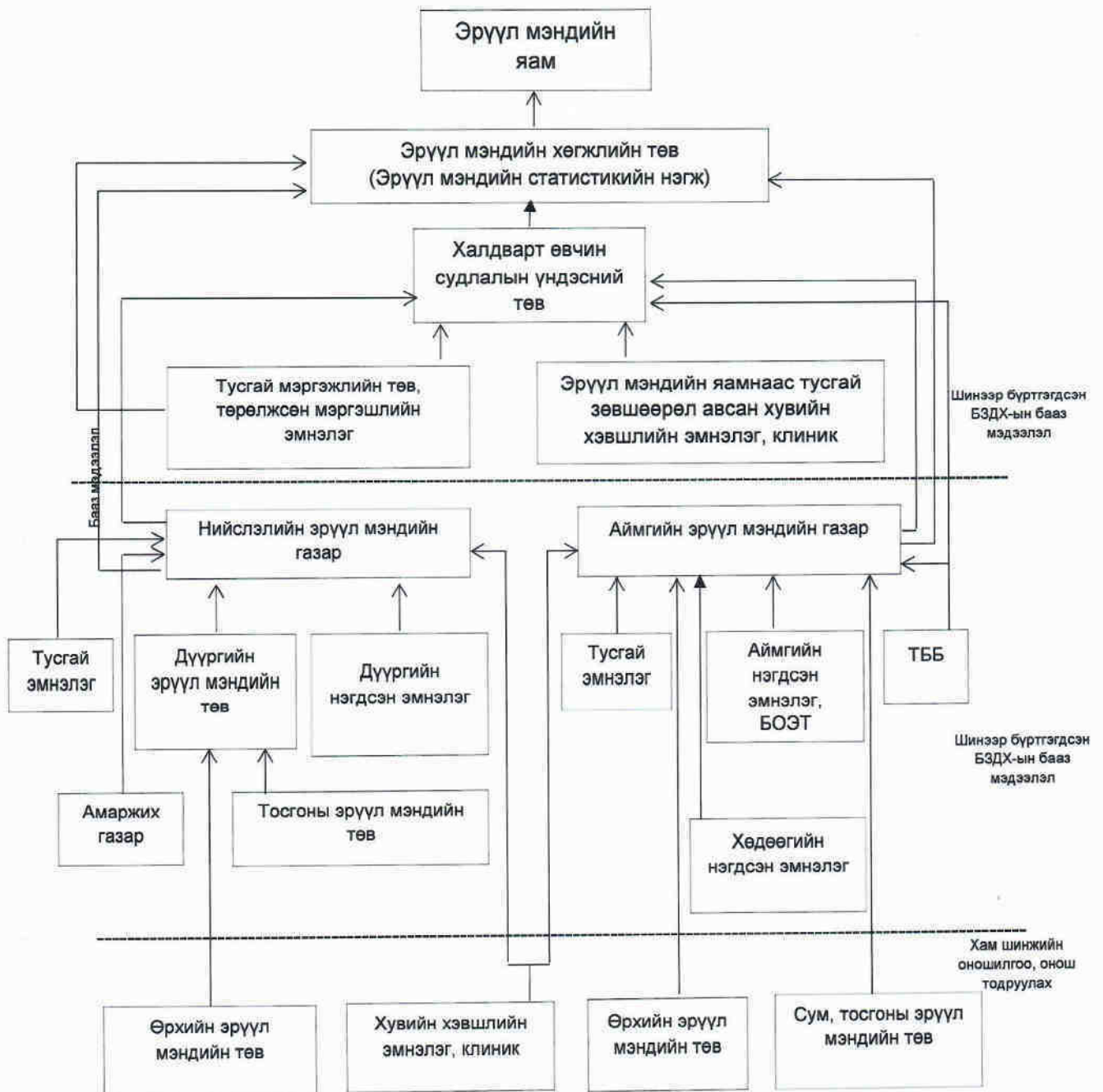
- 2.1 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь онош батлагдсан Бэлгийн замаар дамжих халдвар, төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг нэгтгэн дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд сар бүр мэдээлнэ.
- 2.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд онош батлагдсан тохиолдлын дагуу цахим мэдээний санг "Бэлгийн замаар дамжих халдварыг мэдээлэх хуудас" АМ-3 маягтын дараа сарын 04-ний өдрийн дотор бүрдүүлнэ.
- 2.3 Бэлгийн замаар дамжих халдварын шинжилгээний тайланг эрүүл мэндийн байгууллагын лабораторийн эмч, лаборант нар сар, улирлаар гарган дараа сарын 10-ны өдрийн дотор цахим болон цаасан хэлбэрээр Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд ирүүлнэ.
- 2.4 Хам шинжийн оношилгооны сарын тайланг өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн эмч нар нэгтгэн гаргаж аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төвийн Бэлгийн замаар дамжих халдварын кабинетийн эмчид цахим хэлбэрээр дараа сарын 5-ны өдрийн дотор хүргүүлнэ.
- 2.5 Бэлгийн замаар дамжих халдварын кабинетийн эмч нь хам шинжийн оношилгооны сарын тайлангийн нэгтгэлийг дараа сарын 10-ны өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд ирүүлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

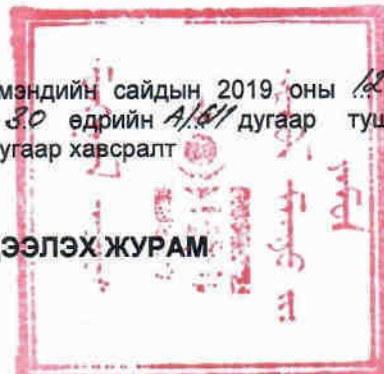
- 3.1 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж жилийн тайланд тусгана.
- 3.2 Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төвийн БЗДХ-ын кабинетийн эмч, хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-304 тайлан" маягтын дагуу гарган дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор харьяа аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 3.3 Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар, Тусгай мэргэжлийн төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Тусгай эмнэлэг, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөлтэй хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд, төрийн бус байгууллагууд нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны албанд цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

- 3.4 Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн ДОХ/БЗДХ-ын тандалт судалгааны алба нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, Тусгай мэргэжлийн төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Тусгай эмнэлэг, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөлтэй хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдээс ирүүлсэн “Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-304 тайлан”-г хүлээн авч нэгтгэн, баталгаажуулж цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлнэ.

Дөрөв. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/Б/Г дугаар тушаалын зургаадугаар хавсралт



СҮРЬЕЭ ӨВЧНИЙГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Сүрьеэ өвчнийг бүртгэх

- 1.1 Аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь онош батлагдсан шинээр илэрсэн сүрьеэгийн тохиолдлыг “Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас” АМ-4 маягтаар бүртгэн аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.
- 1.2 Сүрьеэ өвчний улмаас нас барсан тохиолдлыг “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ” АМ-7 маягтаар бүртгэн мэдээлэх бөгөөд сарын мэдээнд зөвхөн шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчний улмаас нас барсан тохиолдлыг мэдээлнэ.
- 1.3 Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн диспансерийн эмч нь “Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас” АМ-4 маягтын дагуу эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн програмд шивж цахим мэдээний сан үүсгэнэ.
- 1.4 Эмэнд дасалтай сүрьеэгийн сэжигтэй тохиолдол бүрийг Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн лавлах лабораториор баталгаажуулж олон эмэнд дасалтай сүрьеэтэй /ОЭДС/-тэй өвчтөний эмчилгээ хяналтын карт” ОЭДС-1 маягтаар бүртгэнэ.

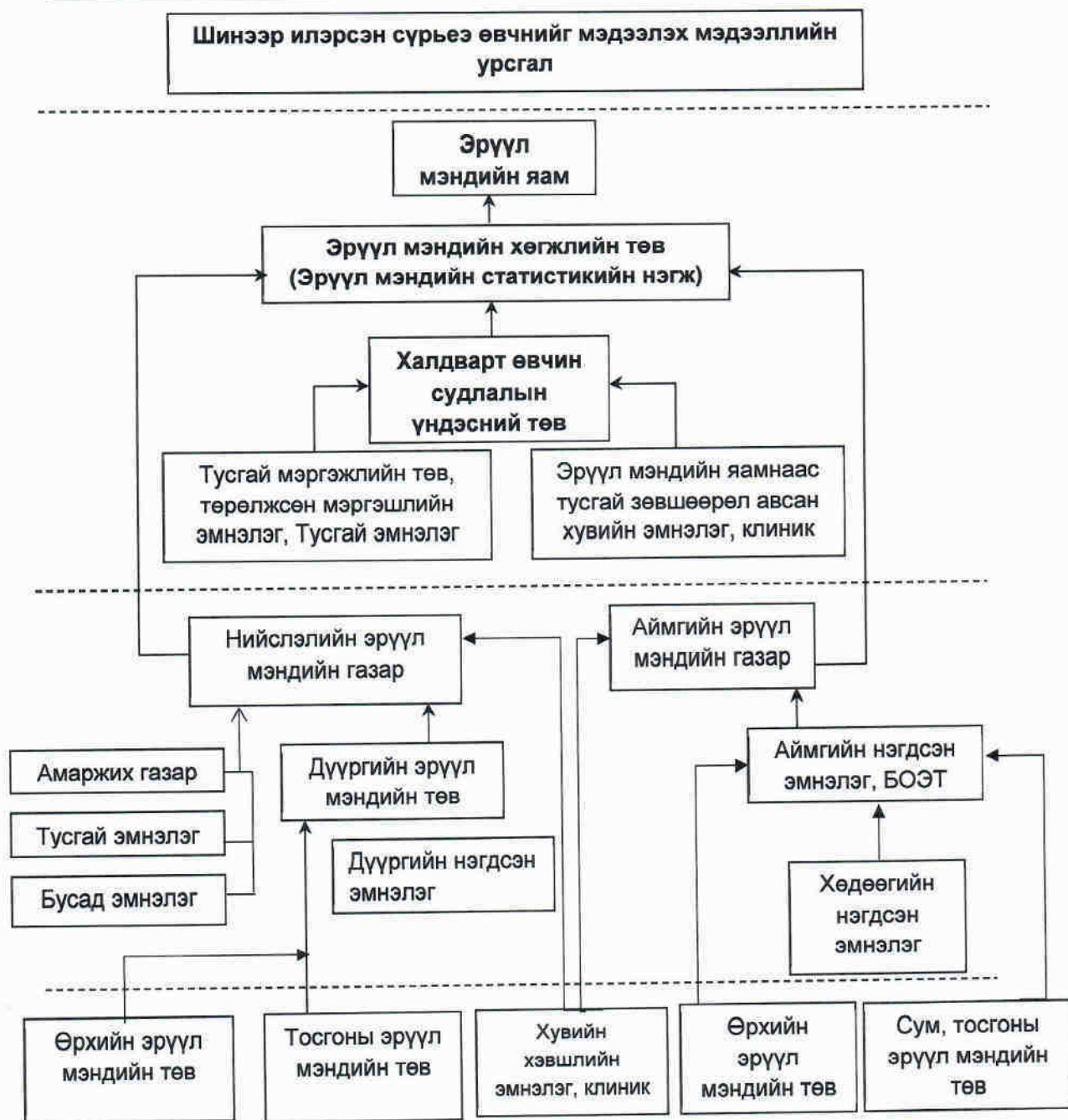
Хоёр. Сарын мэдээ

- 2.1 Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн диспансерийн эмч нь тухайн сард шинээр илэрсэн сүрьеэгийн өвчлөл, нас баралтын тохиолдлыг аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа сарын 02-ны өдрийн дотор, аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.
- 2.2 Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн диспансерийн эмч нь “Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас” АМ-4 маягтаар үүссэн цахим мэдээний санг дараа сарын 10-ны өдрийн дотор Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн СТСА-д сар бүр ирүүлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

- 3.1 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж жилийн тайланд тусгана.
- 3.2 Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн диспансерийн үйл ажиллагааны жилийн тайланг “Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-302 тайлан” маягтын дагуу сүрьеэгийн зохицуулагч эмч гарган дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 3.3 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг хүлээн авч нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн СТСА -д цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 3.4 Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн СТСА нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн “Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-302 тайлан”-г хүлээн авч нэгтгэн баталгаажуулж, цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлнэ.

Дөрөв. Мэдээлэх урсгал



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30. өдрийн А/Б/11 дугаар тушаалын долоодугаар хавсралт



ХОРТ ХАВДРЫГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Хорт хавдрыг бүртгэх

- 1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь онош батлагдсан шинээр илэрсэн хорт хавдрын тохиолдлыг "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас" АМ-5 маягтаар бүртгэн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт мэдээлнэ.
- 1.2 Хорт хавдар өвчний улмаас нас барсан тохиолдлыг "Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ" АМ-7 маягтаар бүртгэн мэдээлэх бөгөөд сарын шуурхай мэдээлэлд нийт (шинэ, хуучин) хорт хавдар өвчний улмаас нас барсан тохиолдлыг мэдээлнэ.
- 1.3 Аймаг, дүүргийн хавдар бүртгэгч нь "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас"-аар (АМ-5 маягт), "Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ"-ээр (АМ-7 маягт) бүртгэгдсэн тохиолдлыг хавдрын бүртгэл, хяналт, тайлангийн програмд цахим мэдээний санг үүсгэнэ.

Хоёр. Сарын мэдээ

- 2.1 Аймаг, дүүргийн хавдрын кабинетийн эмч нь тухайн сард шинээр илэрсэн хорт хавдрын өвчлөл, хорт хавдрын нийт нас баралтын тохиолдлыг ЭМТ-501 маягтын дагуу аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт дараа сарын 02-ны өдрийн дотор, аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар нь дараа сарын 4-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.
- 2.2 Тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Эрүүл мэндийн яамнаас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь тухайн сард шинээр илэрсэн хорт хавдрын өвчлөл, хорт хавдрын нийт нас баралтын тохиолдлыг ЭМТ-501 маягтын дагуу дараа сарын 2-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.
- 2.3 Аймаг, дүүргийн хавдар бүртгэгч нь өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудаас ирүүлсэн "Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас" АМ-5 маягтаар үүссэн цахим мэдээний нэгдсэн санг бүрдүүлж, дараа сарын 10-ны өдрийн дотор Хавдар судлалын үндэсний төвд сар бүр хүргүүлнэ.

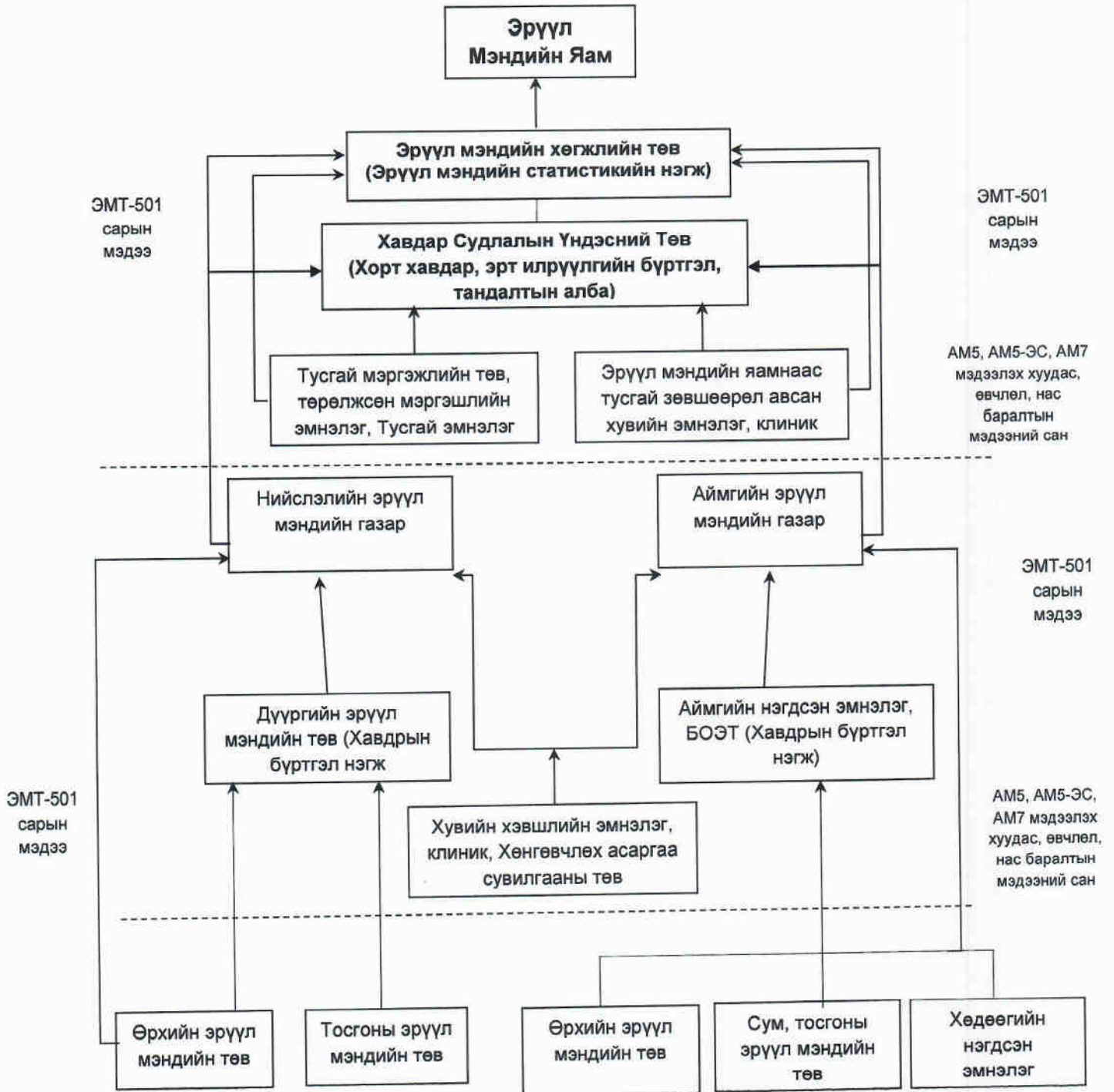
Гурав. Жилийн тайлан

- 3.1 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж жилийн тайланд тусгана.
- 3.2 Аймаг, дүүргийн хавдрын жилийн үйл ажиллагааны тайланг "Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-303 тайлан" маягтын дагуу хавдрын кабинетийн эмч гарган дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газарт цаасан хэлбэрээр хүргүүлнэ.
- 3.3 Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг хүлээн авч нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн дотор Хавдар судлалын үндэсний төвд цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

3.4 Хавдар судлалын үндэсний төв нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн “Захиргааны статистикийн мэдээлэл ЭМТ-303 тайлан”-г хүлээн авч нэгтгэн баталгаажуулж, цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлнэ.

Дөрөв. Мэдээлэх урсгал

**Шинээр бүртгэгдсэн хорт хавдрыг
мэдээлэх мэдээллийн урсгал**



Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/ИМ/ дугаар тушаалын наймдугаар хавсралт

ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Хорт хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийг бүртгэх

- 1.1 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь эрт илрүүлэг үзлэгийг Эмчийн үзлэгийн бүртгэл АМ-1А, 1Б маягтаар бүртгэн, үйлчлүүлэгч бүрт эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээлэх хуудас хөтөлж, өвчлөл бүртгэгдсэн тохиолдолд хорт хавдрыг мэдээлэх журмын дагуу мэдээлнэ.
- 1.2 Эрүүл мэндийн байгууллагуудын эрт илрүүлэг үзлэг хариуцсан эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн нь эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээлэх хуудсын дагуу цахим мэдээний санг үүсгэнэ.
- 1.3 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн хавдар бүртгэгч эмч нь “Эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээлэх хуудас” (ЭИМ маягт)-аар цахим мэдээний сан үүсгэнэ.
- 1.4 Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн эмч нар эрт илрүүлэг үзлэгийн програмд холбогдох эрхийн дагуу нэвтрэх эрхтэй бөгөөд цахим мэдээний сан үүсгэхэд үүргийн дагуу оролцоно.
- 1.5 Эрт илрүүлэг үзлэгийн цахим програмд нэвтэрч мэдээлийн сан үүсгэх эрхийг аймаг дүүргийн түвшинд хавдар бүртгэгч эмч олгоно. Нийслэл, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, ЭМЯ-наас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн эмнэлгийн хувьд Хавдар судлалын үндэсний төвөөс олгоно.

Хоёр. Сарын мэдээ

- 2.1 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, төрөлжсөн мэргэжлийн төв, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь эрт илрүүлэг үзлэгийн сарын мэдээг мэдээллийн урсгалын дагуу дараа сарын 1-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр ирүүлнэ.
- 2.2 Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлгийн эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээг аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн хавдар бүртгэгч эмч, Эрүүл мэндийн газар нь тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн эмнэлгийн үзлэгийн мэдээг нэмж нэгтгэн хянаж, дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Хавдар судлалын үндэсний төвд сар бүр мэдээлнэ.

2.3 Тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, ЭМЯ-наас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн эмнэлгүүд эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээг дараа сарын 4-ний өдрийн дотор цахим хэлбэрээр Хавдар судлалын үндэсний төвд сар бүр мэдээлнэ.

2.4 Цахим мэдээний санг эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээлэх хуудсаар дараа сарын 05-ны өдрийн дотор үүсгэсэн байна.

Гурав. Жилийн тайлан

3.1 Сарын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж жилийн тайланд тусгана.

3.2 Аймаг, дүүрэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн хавдрын кабинетийн эмч, хавдар бүртгэгч нь эрт илрүүлэг үзлэгээр үүссэн цахим мэдээний санг хянаж, үйл ажиллагааны тайланг зохих маягтын дагуу гарган цаасан болон цахим хэлбэрээр дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор Хавдар судлалын үндэсний төвд хүргүүлнэ.

3.3 Тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, ЭМЯ-наас тусгай зөвшөөрөл авсан хувийн эмнэлгүүд эрт илрүүлэг үзлэгээр үүссэн цахим мэдээний сан, үйл ажиллагааны тайланг цаасан болон цахим хэлбэрээр дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор Хавдар судлалын үндэсний төвд хүргүүлнэ.

3.4 Хавдар судлалын үндэсний төв нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн эрт илрүүлэг үзлэгийн үйл ажиллагааны тайланг хүлээн авч, нэгтгэн цахим болон цаасан хэлбэрээр дараа оны 2 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлнэ.

Дөрөв. Эргэн мэдээлэх

4.1 Хавдар судлалын үндэсний төвд онош тодруулахаар илгээсэн тохиолдлоос хорт хавдрын онош батлагдвал АМ-5 маягт болон цахим сангаар харьяа аймаг, дүүргийн хавдар бүртгэгчид эргэн мэдээлнэ.

4.2 Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар нь хорт хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийн сарын мэдээг нэгтгэн, хянаж дүн шинжилгээ хийн, дараа сарын 5-ны өдрийн дотор харьяа эрүүл мэндийн байгууллагуудад эргэн мэдээлнэ.

4.3 Хавдар судлалын үндэсний төв нь хорт хавдрын эрт илрүүлэг үзлэгийн мэдээг нэгтгэн, боловсруулж, дүн шинжилгээ хийн холбогдох газруудад эргэн мэдээлнэ.

4.4 Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар нь эрт илрүүлэг үзлэгийн жилийн тайлан, мэдээний санд боловсруулалт дүн шинжилгээ хийн холбогдох газруудад дараа оны 02 дугаар сарын 01-ний өдрийн дотор эргэн мэдээлнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн 167 дугаар тушаалын есдүгээр хавсралт



УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХЫН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ МЭДЭЭГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ ЖУРАМ

Нэг. Сарын мэдээ

- 1.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинет нь хүн амын өвчлөл, нас баралтыг Уламжлалт анагаах ухааны оношийн дагуу бүртгэж, кодлоно.
- 1.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинет нь тухайн эрүүл мэндийн байгууллагад бүртгэгдсэн хүн амын өвчлөл, нас баралтын мэдээллийг Эрүүл мэндийн бүртгэл, тайлангийн програмд өдөр бүр бүртгэн цахим мэдээний сан үүсгэнэ.
- 1.3 Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төв нь өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинетаас ирүүлсэн өвчлөл, нас баралтын мэдээг нэгтгэж, дараа сарын 05-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.

Хоёр. Улирлын мэдээ

- 2.1 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинетад үзүүлсэн уламжлалт анагаахын тусламж үйлчилгээг бүртгэлийн маягт АМ-28А, АМ-28Б, АМ-29А, АМ-29Б, АМ-29В, АМ-29Г маягтын дагуу бүртгэн, тайлангийн ЭМТ-203.6 маягтын дагуу дараа улирлын эхний сарын 10-ны өдрийн дотор Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төвд мэдээлнэ.
- 2.2 Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төв нь өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинетаас ирүүлсэн уламжлалт анагаах ухааны заслын мэдээг улирал бүр нэгтгэж, дараа улирлын эхний сарын 15-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд мэдээлнэ.

Гурав. Жилийн тайлан

- 3.1 Сар, улирлын мэдээг өссөн дүнгээр гаргаж, жилийн тайланд тусгана.
- 3.2 Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын уламжлалт эмчилгээний тасаг, кабинетад үзүүлсэн уламжлалт анагаахын тусламж үйлчилгээний мэдээг нэгтгэн дараа оны 1 дүгээр сарын 10-ны өдрийн дотор Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төвд мэдээлнэ.
- 3.3 Монгол Уламжлалт анагаах ухааны үндэсний төв нь үйл ажиллагааны жилийн тайланг батлагдсан маягтын дагуу нэгтгэн дараа оны 2 дугаар сарын 01-ны өдрийн дотор Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд цаасан болон цахим хэлбэрээр хүргүүлнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30 өдрийн А/Б дугаар тушаалын аравдугаар хавсралт



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БҮРТГЭЛИЙН БОЛОН ТАЙЛАНГИЙН МАЯГТЫН ЖАГСААЛТ, ХАДГАЛАХ ХУГАЦАА

А. ӨРХ, СУМ, ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВҮҮДЭД ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Дугаар	Маягтын нэр	Маягтын дугаар	Хөтлөх хүний албан тушаал	Хадгалах хугацаа / жилээр / цаасан хэлбэр	Хадгалах хугацаа / жилээр / цахим хэлбэр
А. ӨРХ, СУМ, ТОСГОНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨВҮҮДЭД ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ					
1	Тав хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр	ӨЭ-1.А	Их эмч	Байнга	/-/
2	6-18 настай хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр	ӨЭ-1.Б	Их эмч	Байнга	/-/
3	Өрхийн хүн амын эрүүл мэндийн бүртгэл	ӨЭ-2	Өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	Байнга	Байнга
4	Хүүхдийн эрүүл өсөлт, хөгжлийн хяналтын карт	ӨЭ-3А	Өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	20	/-/
5	Хүүхдийн өсөлт, хөгжлийн бүртгэлийн маягт	ӨЭ-3Б	Өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	20	/-/
6	2 сар хүртэлх хүүхдийн үзлэгийн маягт	ӨЭ-4А	Өрх болон сумын эмч	5	/-/
7	Хоёр сараас 5 хүртэлх насны өвчтэй хүүхдийн үзлэгийн маягт	ӨЭ-4Б	Өрх болон сумын эмч	15	/-/
8	Дархлаажуулалтад хамрагдсан 0-15 настай хүүхдийн нэгдсэн бүртгэл	ӨЭ-5А	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	/-/
9	Товлолын бус урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдсан хүмүүсийн бүртгэл	ӨЭ-5.Б	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	

10	Дархлаажуулалтын дараах урвал хүндрэлийн бүртгэл	ӨЭ-5.В	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	
11	Урьдчилан сэргийлэх тарилгын орлого, зарлагын едер тутмын бүртгэл	ӨЭ-5.Г	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	
12	0-15 настай хүүхдийг дархлаажуулах сарын төлөвлөгөө ба хамралт	ӨЭ-6.А	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	
13	Урьдчилан сэргийлэх тарилгаас татгалзсан тухай мэдээлэх хуудас	ӨЭ-6.Б	Өрх, сумын эмч, өрхийн сувилагч, сумын болон багийн бага эмч	5	5
14	Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилгын гэрчилгээ	ӨЭ-7	Вакцины сувилагч	15	15
15	Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүсийн бүртгэл	ӨЭ-8	Өрхийн их эмч, сувилагч	5	5
16	Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүний ахиц дэвшлийг үнэлэх маягт	ӨЭ-9	Өрхийн их эмч, сувилагч	5	5
17	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн асуудалтай хүмүүст үзүүлсэн тусламжийн бүртгэл	ӨЭ-10	Өрхийн их эмч, сувилагч	5	5
18	18, 36 сартай хүүхдийн эрүүл мэндийн цогц үзлэгийн маягт	ӨЭ-11	Их эмч	5	5
19	Гэрээр үзүүлэх тусламж үйлчилгээний бүртгэл	ӨЭ-12	Их эмч, сувилагч	5	5
20	Гэрээр үзүүлэх тусламж үйлчилгээний хяналтын карт	ӨЭ-13	Их эмч, сувилагч	5	5
21	Эмчийн үзлэгийн бүртгэл	АМ-1А	Их эмч	5	5
22	Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	АМ-2	Их эмч	5	5
23	БЗДХ-ыг мэдээлэх хуудас	АМ-3	Их эмч	5	5
24	Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ	АМ-7	Их эмч	20	20
25	Эмнэлгийн магадлагаа	АМ-8	Их эмч	/-/	/-/
26	Энгийн эмийн жор	АМ-9А	Их эмч	1	/-/

27	Мансууруулах эмийн жор	AM-9Б	Их эмч	1	/-/
28	Хяналтын карт / диспансерийн /	AM-11	Их эмч	Байнга	Байнга
29	Эмнэлэгт өвчтөн илгээх хуудас	AM-13А	Их эмч	Өвчний түүхийн хамт	Өвчний түүхийн хамт
30	Эмнэлгээс өвчтөн илгээх хуудас	AM-13Б	Их эмч	1	/-/
31	Эмнэлэгт өвчтөн илгээх цахим бүртгэлийн хуудас	AM-13В	Их эмч	1	/-/
32	Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн бүртгэл	AM-14	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	5
33	Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хяналтын хөтөч	AM-15	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	/-/
34	Солилцох хуудас	AM-16	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	Төрөлтийн түүхийн хамт	/-/
35	Эхийн эндэгдэл, ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт	AM-17	Их эмч	5	/-/
36	Амбулаториор эмчлүүлэгсдийн карт	AM-20	Их эмч, сувилагч	/-/	/-/
37	Шинжилгээнд явуулах бичиг	AM-21/А-Б/	Их эмч, сувилагч	/-/	/-/
38	Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагсдын бүртгэл /амбулаторит/	AM-26А	Их эмч, сувилагч	10	10
39	Настны эрүүл мэндийн бүртгэл	AM-28	Өрхийн их эмч, сувилагч	5	5
40	Өдрийн эмчилгээний бүртгэл /хүүхэд/	AM-30А	Их эмч	10	10
41	Өдрийн эмчилгээний бүртгэл /насанд хүрэгчид/	AM-30Б	Их эмч	10	10
42	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас	AM-31	Их эмч	5	5
43	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас	AM-32	Их эмч	5	5

44	Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудас	AM-33	Их эмч, сувилагч	10	10
45	Бүх нийтээр тэмдэглэх баяр, тэмдэглэлт өдрийн амралтын үеийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг мэдээлэх бүртгэл	AM-36	Их эмч, сувилагч	5	5
46	5 хүртэлх насны хүүхдийн эрт илрүүлэг үзлэгийн маягт	ЭИМ-1	Их эмч	5	5
47	5-18 хүртэлх насны хүүхэд, өсвөр үеийнхний эрт илрүүлэг үзлэгийн маягт	ЭИМ-2	Их эмч	5	5
48	Насанд хүрэгчдийн эрт илрүүлэг үзлэгийн маягт	ЭИМ-3	Их эмч, сувилагч	5	5
49	Артерийн гипертензи, чихрийн шижин хэв шинж 2-ийн эрт илрүүлгийн үзлэгийн бүртгэл	ЭИМ-3.1A	Их эмч, сувилагч	5	5
50	Умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт	ЭИМ-4.1	Их эмч, сувилагч	5	5
51	Хөхний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт	ЭИМ-5.1	Их эмч, сувилагч	5	5

Б. АМБУЛАТОРИ ПОЛИКЛИНИКТ ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

1	Эмчийн үзлэгийн бүртгэл	AM-1Б	Их эмч	5	5
2	БЗДХ-ын кабинетын эмчийн үзлэгийн бүртгэл	AM-1В	Их эмч, сувилагч	5	5
3	Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	AM-2.А	Их эмч	5	5
4	Вирүст гепатитын сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	AM-2.Б	Их эмч	5	5
5	БЗДХ-ыг мэдээлэх хуудас	AM-3	Их эмч	5	5
6	Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас	AM-4	Их эмч	5	5
7	Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас	AM-5	Их эмч	5	5
8	Гемодиализын хяналтын карт	AM-6	Их эмч	5	5
9	Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ	AM-7	Их эмч, статистикч их эмч	20	20
10	Эмнэлгийн магадлагаа	AM-8	Их эмч	/-/	/-/
11	Эмийн жор	AM-9А	Их эмч	1	/-/
12	Мансууруулах эмийн жор	AM-9Б	Их эмч	1	/-/
13	Уламжлалт эмийн жор	AM-9В	Их эмч	1	/-/
14	Эрүүл мэндийн хуудас	AM-10	Их эмч	1	/-/
15	Хяналтын карт /диспансерийн /	AM-11	Их эмч	Байнга	Байнга
16	Эмнэлэг хяналтын комиссоор орогчдын бүртгэл	AM-12А	Эмч нарын комиссын нарийн бичгийн дарга	20	20
17	Комиссын шийдвэр	AM-12Б	Эмч нарын комиссын нарийн бичгийн дарга	5	/-/

			AM-13A	Их эмч	Өвчний түүхийн хамт	Өвчний түүхийн хамт
18	Эмнэлэгт өвчтөн илгээх хуудас		AM-13A	Их эмч		
19	Эмнэлгээс өвчтөн илгээх хуудас		AM-13Б	Их эмч	-	-
20	Эмнэлэгт өвчтөн илгээх цахим бүртгэлийн маягт		AM-13B	Их эмч	1	/-/
21	Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн бүртгэл		AM-14A	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	5
22	Тэмбүүгийн халдвартай жирэмсэн эмэгтэйн хяналтын бүртгэл		AM-14Б	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	5
23	Амаржих газар /гөрөх тасаг/ тэмбүү илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл		AM-14B	Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч, эх баригч бага эмч	5	5
24	Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хяналтын хөтөч		AM-15	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	5	/-/
25	Солилцох хуудас		AM-16	Хяналтын эмч, эх баригч бага эмч	Төрөлтийн түүх хамт	/-/
26	Эхийн эндэгдэл, ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт		AM-17	Их эмч	5	/-/
27	Үр хөндөлтийн түүх		AM-18	Их эмч	5	5
28	Үр хөндөлтийн бүртгэл		AM-19	Их эмч, сувилагч	5	5
29	Амбулаториор эмчлүүлэгсдийн карт		AM-20	Их эмч, эх баригч бага эмч	2	2
30	Шинжилгээнд явуулах бичиг		AM-21 (A-Г)	Их эмч, сувилагч	/-/	/-/
31	Лабораторийн шинжилгээний хуудсууд		AM-22 (A-M)	Лаборант	/-/	/-/
32	Лабораторийн шинжилгээний бүртгэл		AM-23	Их эмч, лаборант	5	10
33	Үйл оношийн кабинетийн шинжилгээний бүртгэл		AM-24A	Их эмч, сувилагч	5	10
34	Хэвлийн хөндийн эрхтнүүдийн хэт авиан оношилгоо		AM-24Б	Их эмч, сувилагч	5	10
35	Сэргээн засах эмчилгээний карт		AM-25A	Их эмч, сувилагч	5	/-/

36	Сэргээн засах эмчилгээний бүртгэл	AM-25Б	Их эмч, сувилагч	5	5
37	Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагсдын бүртгэл /амбулаторит/	AM-26А	Их эмч, сувилагч	2	2
38	Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагсдын бүртгэл /стационарт/	AM-26Б	Их эмч, сувилагч	2	2
39	Насны эрүүл мэндийн бүртгэл	AM-27	Их эмч, сувилагч	10	10
40	Зүү засал эмчилгээний карт	AM-28А	Их эмч	5	5
41	Төөнө засал эмчилгээний карт	AM-28Б	Их эмч	5	5
42	Дэвтээлгэ засал эмчилгээний карт	AM-29А	Их эмч	5	5
43	Бариа засал эмчилгээний карт	AM-29Б	Их эмч	5	5
44	Хатгах засал эмчилгээний карт	AM-29В	Их эмч	5	5
45	Өдрийн эмчилгээний бүртгэл /хүүхэд/	AM-30А	Их эмч	5	5
46	Өдрийн эмчилгээний бүртгэл /насанд хүрэгчид/	AM-30Б	Их эмч	5	5
47	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас	AM-31	Их эмч	5	5
48	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас	AM-32	Их эмч	5	5
49	Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудас	AM-33	Их эмч, сувилагч	10	10
50	Хөдөлгөөн заслын үнэлгээний хуудас	AM-34	хөдөлгөөн засалч	5	5
51	Хөдөлмөр заслын үнэлгээний хуудас	AM-35	хөдөлмөр засалч	5	5
52	Бүх нийтээр тэмдэглэх баяр, тэмдэглэлт едрийн амралтын үеийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг мэдээлэх бүртгэл	AM-36	Их эмч, сувилагч	5	5
53	Нүүр амны эмчлэгч эмчийн эмчилгээний бүртгэл	AM-37	Их эмч	5	5
54	Нүүр амны мэс заслын эмчийн эмчилгээний бүртгэл	AM-38	Их эмч	5	5

55	Нүүр амны согог заслын эмчийн эмчилгээний бүртгэл	AM-39	Их эмч		
56	Нүүр амны гажиг заслын эмчийн эмчилгээний бүртгэл	AM-40	Их эмч	5	5
57	Нүүр амны урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн бүртгэл	AM-41	Их эмч	5	5
58	Умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт	ЭИМ-4.2	Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч	5	5
59	Хөхний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн үзлэгийн маягт	ЭИМ-5.2	Мэс заслын эмч, Хавдрын эмч	5	5

В. СТАЦИОНАРТ ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

1	Өвчний түүх	СТ-1	Эмчлэгч эмч	50	50
	Дотрын эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Мэдрэлийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Нүдний эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Чих хамар хоолойн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Арьс, харшлийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Дотоод шүүрлийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Гэмтлийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Уламжлалтын эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Эмэгтэйчүүдийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Цусны эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Сэтгэцийн эмчийн үзлэгийн хуудас		Эмчлэгч эмч	50	50
	Хоол боловсруулах эрхтний эмчийн үзлэг		Эмчлэгч эмч	50	50
Зүрхний эмчийн үзлэг	Эмчлэгч эмч	50	50		
Сэргээн засахын эмчийн үзлэг	Эмчлэгч эмч	50	50		
2	Өвчний түүх /хүүхдийн/	СТ-2	Эмчлэгч эмч	50	50
3	Эмчлүүлэгчийн хэрэглэсэн эмийн хуудас	СТ-1,2 Хавсралт 1	Сувилагч	Өвчний түүхийн хамт	Өвчний түүхийн хамт
4	Амин үзүүлэлтийн хуудас	СТ-1,2 Хавсралт 2	Сувилагч	---	---
5	Эрчимт эмчилгээний хяналтын хуудас	СТ-1,2 Хавсралт 4	Их эмч, сувилагч	---	---
6	Мэдээгүйжүүлэгч эмчийн үзлэг, мэдээ алдуулалтын явц, сэрээх үеийн хяналтын хуудас	СТ-1 Хавсралт 5	Их эмч, сувилагч	---	---
7	Сэрээх үеийн хяналтын хуудас /хүүхэд/	СТ-2	Их эмч, сувилагч	---	---

8	Мэс заслын тэмдэглэл	Хавсралт 5	Их эмч	---//---	---//---
9	Мэс засал/мэс ажилбар хийлгэх тухай зөвшөөрлийн хуудас	СТ-1.2 Хавсралт 6	Их эмч	---//---	---//---
10	Амь нас/эрүүл мэндэд эрсдэлтэй тусламж үйлчилгээ үзүүлэх зөвшөөрлийн хуудас	СТ-1.2 хавсралт 8	Их эмч	---//---	---//---
11	Өөрийн хүсэлтээр эмнэлгээс гарах тухай зөвшөөрлийн хуудас	СТ-1.2 хавсралт 9	Их эмч	---//---	---//---
12	Өөрийн хүсэлтээр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах тухай зөвшөөрлийн хуудас	СТ-1.2 хавсралт 10	Их эмч	---//---	---//---
13	Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзсан тухай мэдүүлэг	СТ-1.2 хавсралт 11	Их эмч	---//---	---//---
14	Сувилагч эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх хуудас	СТ-1.2 хавсралт 12	Их эмч	---//---	---//---
15	Сувилгааны тэмдэглэл	СМ-1 Хавсралт 11	Их эмч, сувилагч	---//---	---//---
16	Өвдөлтийг хянах хуудас/сонгомлоор/	СМ-2 Хавсралт 12	Их эмч, сувилагч	---//---	---//---
17	Шингэний балансийг хянах хуудас/сонгомлоор/	СМ-3 Хавсралт 13	Их эмч, сувилагч	---//---	---//---
18	Төрөлтийн түүх	СМ-4 Хавсралт 14	Их эмч, сувилагч	---//---	---//---
19	Кесар мэс заслын тэмдэглэл	СТ-3	Их эмч	20	20
20	Ургийн зүрхний бичлэгийн үнэлгээний хуудас	СТ-3 Хавсралт 1	Их эмч	Төрөлтийн түүхийн хамт	Төрөлтийн түүхийн хамт
21	Төрөхийн өмнөх эхэд үзүүлэх тусламж үйлчилгээний хуудас	СТ-3 Хавсралт 2	Их эмч	---	---
22	Төрсөн тухай эмнэлгийн гэрчилгээ	СТ-3 Хавсралт 3	Их эмч	---	---
23	Төрөлтийн бүртгэл	СТ-4	Их эмч	20	20
24	Эхийн амрах байраар үйлчлүүлэгчдийн бүртгэл	СТ-5	Эх баригч бага эмч	20	20
25	Нярайн түүх	СТ-6	Амрах байрны сувилагч	20	20
		СТ-7	Нярайн их эмч, их эмч	15	15

	Нярайн эрчимт эмчилгээний хяналтын хуудас	СТ-7 Хавсралт 1	Нярайн их эмч, нярайн сувилагч	Нярайн түүхийн хамт	Нярайн түүхийн хамт
26	Нярайн эрчимт эмчилгээний хяналтын хуудас	СТ-7 Хавсралт 1	Нярайн их эмч, нярайн сувилагч	Нярайн түүхийн хамт	Нярайн түүхийн хамт
27	Нярай хүүхдийн бүртгэл	СТ-8	Эх баригч бага эмч	5	5
28	Нярайн вакцин хийсэн тухай бүртгэл	СТ-9	Эх баригч бага эмч	5	5
29	Эд, эс, эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээний бүртгэлийн маягт /Реципиентийн мэдээлэл/	СТ-10А	Их эмч, сувилагч	20	20
30	Эд, эс, эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээний бүртгэлийн маягт /Донорын мэдээлэл/	СТ-10Б	Их эмч, сувилагч	20	20
31	Нярайн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас	СТ-11	Их эмч	5	/-/
32	Нярайн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас	СТ-12А	Их эмч	5	/-/
33	Амьгүй төрөлтийг мэдээлэх хуудас	СТ-12Б	Их эмч	5	/-/
34	Эмчлүүлэгчийг эмнэлэг (сувилалд) хүлээн авсан бүртгэл	СТ-13А	Хүлээн авахын сувилагч	5	20
35	Яаралтай тусламж үйлчилгээ үзүүлэгсдийн бүртгэл	СТ-13Б	Хүлээн авахын сувилагч	5	20
36	Эмчлүүлэгсдийн едөр тутмын тооцооны бүртгэл	СТ-14	Ахлах сувилагч, Сувилагч	2	/-/
37	Эмч дуудах хуудас	СТ-15	Их эмч	1	/-/
38	Цус цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэсэн протокол	СТ-16	Эмчлэгч эмч	Өвчний түүхийн хамт	Өвчний түүхийн хамт
39	Цус цусан бүтээгдэхүүн захиалах маягт	СТ-17	Эмчлэгч эмч, сувилагч	5	/-/
40	Цусны албанд шинжилгээний сорьц хүргүүлэх маягт	СТ-18	Эмчлэгч эмч, сувилагч	5	/-/
41	Цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэлийг мэдээлэх маягт	СТ-19	Эмчлэгч эмч, сувилагч	5	/-/
42	Цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх зөвшөөрөл авах маягт	СТ-20	Эмчлэгч эмч	5	/-/
43	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэлийн бүртгэл	СТ-21	Сувилагч	5	5
44	Цус, цусан бүтээгдэхүүн захиалсан ба хүлээн авсан бүртгэл	СТ-22	Сувилагч	5	5
45	Түргэн тусламжийн дуудлагын хуудас	СТ-23А	Их эмч, сувилагч	5	6
46	Хүүхдийн түргэн тусламжийн дуудлагын хуудас	СТ-23Б	Их эмч, сувилагч	5	6

47	Халдвартай өвчний тусгаарлалт, халдваргүйтгэлийн дуудлагын хуудас	СТ-23В	Их эмч, сувилагч	5	6
48	Түргэн тусламжийн эмчийн ажлын тооцооны хуудас /насанд хүрэгчид/	СТ-24А/Б	Их эмч	3	3
49	Хүүхдийн түргэн тусламжийн эмчийн ажлын тооцооны хуудас	СТ-25А/Б	Их эмч	3	3
50	Алсын дуудлагын хуудас	СТ-26	Их эмч, сувилагч	3	3
51	Эмийн захиалгын түүвэр	СТ-27	Сувилагч	3	/-/
52	Тусгай хог хаягдлын устгалын бүртгэл	СТ-28	Сувилагч	1	/-/
53	Тусгай хог хаягдлын бүртгэл	СТ-29	Сувилагч	1	/-/
54	Эмнэлгийн зөөлөн эдлэлд хийсэн халдваргүйтгэл, угаалга ариутгалд хүлээн авч, олгосон бүртгэл	СТ-30	Сувилагч	1	/-/
55	Ариутгалд багаж материал хүлээн авч олгосон бүртгэл	СТ-31	Сувилагч	1	/-/
56	Яаралтай тусламжийн хуудас /насанд хүрэгч/	СТ-32.А	Их эмч, сувилагч	5	6
57	Яаралтай тусламжийн хуудас /хүүхэд/	СТ-32.Б	Их эмч, сувилагч	5	6
58	Яаралтай тусламжийн хуудас /төрөх, эмэгтэйчүүд/	СТ-32.В	Их эмч, сувилагч	5	6
59	Амилуулах тусламжийн хуудас	СТ-33	Их эмч, сувилагч	5	6
60	Гемодиализ хяналтын карт	СТ-34	Их эмч, сувилагч	5	6
61	Гэрийн төрөлтийг мэдээлэх хуудас	СТ-35	Их эмч, эх баригч, сувилагч	5	5
62	Түлэгдлийн шалтгаантай осол гэмтлийг бүртгэх нэмэлт хуудас	СТ-36	Их эмч, сувилагч	5	5
63	Халдварт өвчин, хамшинж, сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	АМ-2	Их эмч	5	5
64	БЗДХ-ыг мэдээлэх хуудас	АМ-3	Их эмч	5	5
65	Шинээр илэрсэн сүрьеэ өвчнийг мэдээлэх хуудас	АМ-4	Их эмч	5	5
66	Хорт хавдрыг мэдээлэх хуудас	АМ-5	Их эмч	5	5
67	Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ	АМ-7	Их эмч, статистикч их эмч	20	20
68	Эмнэлгийн магадлагаа	АМ-8	Их эмч	/-/	/-/

69	Эмийн жор	AM-9A	Их эмч	1	I-I
70	Мансууруулах эмийн жор	AM-9B	Их эмч	1	I-I
71	Уламжлалт эмийн жор	AM-9B	Их эмч	1	I-I
72	Эхийн эндэгдэл, ноцтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт	AM-17	Их эмч	5	I-I
73	Үр хөндөлтийн түүх	AM-18	Их эмч, сувилагч	5	5
74	Үр хөндөлтийн бүртгэл	AM-19	Их эмч, сувилагч	5	5
75	Хөнгөвчлөх эмчилгээнд хамрагсдын бүртгэл /стационарт/	AM-26Б	Их эмч, сувилагч	2	2
76	Зүү засал эмчилгээний карт	AM-28A	Их эмч	5	5
77	Төөнө засал эмчилгээний карт	AM-28Б	Их эмч	5	5
78	Дэвтээлгэ засал эмчилгээний карт	AM-29A	Их эмч	5	5
79	Бариа засал эмчилгээний карт	AM-29Б	Их эмч	5	5
80	Хатгах засал эмчилгээний карт	AM-29B	Их эмч	5	5
81	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг мэдээлэх хуудас	AM-31	Их эмч	5	5
82	29 хоногоос 5 хүртэлх насны хүүхдийн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг мэдээлэх хуудас	AM-32	Их эмч	5	5
83	Осол гэмтлийн тохиолдлыг бүртгэх хуудас	AM-33	Их эмч, сувилагч	10	10
84	Хөдөлгөөн засал эмчилгээний хуудас	AM-34	хөдөлгөөн засалч	5	5
85	Хөдөлмөр засал эмчилгээний хуудас	AM-35	хөдөлмөр засалч	5	5
86	Бүх нийтээр тэмдэглэх баяр, тэмдэглэлт өдрийн амралтын үеийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг мэдээлэх бүртгэл	AM-36	Их эмч, сувилагч	5	5

Г. ТУСГАЙ МЭРГЭЖЛИЙН ТӨВ, ТӨРӨЛЖСӨН МЭРГЭШЛИЙН ЭМНЭЛГҮҮДЭД ХӨТЛӨГДӨХ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

1	Сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэл	СҮ-1	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	10
2	Сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээ, хяналтын карт	СҮ-2	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	10
3	Сүрьеэгийн үүсгэгчийг түрхэц, хрефт аргаар илрүүлэх шинжилгээний хуудас	СҮ-3	Лаборант	5	/-/
4	Сүрьеэгийн үүсгэгч илрүүлэх, эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний хуудас	СҮ-4	Лаборант	5	/-/
5	Сүрьеэгийн үүсгэгч илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл	СҮ-5	Их эмч	5	/-/
6	Сүрьеэтэй байж болзошгүй тохиолдлын бүртгэл	СҮ-10	Өрх болон сумын эмч болон нарийн мэргэжлийн эмч нар	5	/-/
7	Сүрьеэгийн тохиолдлын хяналтын хавьтлын бүртгэл	СҮ-11	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
8	Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчийн карт	СҮ-13	Өрх болон сумын эмч	5	/-/
9	Гадаад чанарын үнэлгээний түрхэц дагалдах хуудас	СҮ-14	Хяналтын эмч, лаборант	5	/-/
10	Сүрьеэгийн лабораторийн гадаад чанарын хяналтын эргэх холбооны хуудас	СҮ-16	Хяналтын эмч, лаборант	5	/-/
11	Сүрьеэгийн урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд орсон тохиолдлын бүртгэл	СҮ-20	Их эмч	5	/-/
12	Рифампицинд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэл	ЭТС-1А	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
13	Нэг ба цөөн эмэнд тэсвэртэй /Рифампицинээс бусад/ сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэл	ЭТС-1Б	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
14	Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээ хяналтын карт	ЭТС-2	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
15	Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний бүртгэл	ЭТС-3	Лабораторийн эмч, лаборант	10	10
16	Түрхэц, өсгөвөрлөх, хрефт mtb/lif шинжилгээний бүртгэл	ЭТС-4	Лабораторийн эмч, лаборант	10	10
17	Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй байж болзошгүй тохиолдлын бүртгэл	ЭТС-10	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/

18	Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын хавьтлын хяналтын бүртгэл	ЭТС-11	Аймаг, дүүргийн сүрьеэгийн эмч	5	/-/
19	БЗДХ-ын хавьтал судлалын бүртгэл	БЗДХ-1	Их эмч, сувилагч	10	10
20	Нян судлалын шинжилгээний бүртгэл	БЗДХ-2	Их эмч, сувилагч	10	10
21	Серологийн шинжилгээний бүртгэл	БЗДХ-3	Их эмч, сувилагч	10	10
22	Тэмбүүгийн үүсгэгч илрүүлэх шинжилгээний хариуны маяг	БЗДХ-4	Лаборант	5	/-/
23	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний хариуны маяг	БЗДХ-5	Лаборант	5	/-/
24	Нян судлалын лабораторийн шинжилгээний хариуны маяг	БЗДХ-6	Лаборант	5	/-/
25	Бэлгийн замаар дамжих халдварын хяналтын карт	БЗДХ-7	Их эмч	5	/-/
	Төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг бүртгэх, хянах хуудас	БЗДХ-8	БЗДХ-ын кабинетын их эмч	5	/-/
26	ХДХВ-ийн халдвар, ДОХ-ын өвчлөлийг мэдээлэх хуудас	ХДХВ-1	Их эмч	5	10
27	ХДХВ-ийн халдварын тохиолдлын тандалтын хуудас	ХДХВ-2	Тархвар зүйч эмч Халдвар судлаач их эмч	5	/-/
28	ХДХВ-ийн халдварын өртөлтийн дараах сэргийлэлтийн эмчилгээний бүртгэл	ХДХВ-3	Их эмч, сувилагч	10	20
29	БЗДХ/ДОХ-ын кабинетийн эмчийн үзлэгийн бүртгэл	ХДХВ-4	Хяналтын их эмч	10	/-/
30	Ретровирусын эсрэг эмийн эмчилгээнд орсон ХДХВ/ДОХ-тай эмчлүүлэгчийн нэгдсэн бүртгэл	ХДХВ-5	Хяналтын их эмч, сувилагч	10	10
31	ХДХВ/ДОХ-ын үед үзүүлэх эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдахаас сайн дураар татгалзах хуудас	ХДХВ-6	Хяналтын их эмч, сувилагч	10	20
32	ХДХВ/ДОХ-ын эмчилгээнд хамруулах зөвшөөрлийн хуудас	ХДХВ-7	Хяналтын их эмч	10	/-/
33	Эмчлүүлэгчийн хэрэглэсэн эмийн хуудас	ХДХВ-8	Хяналтын их эмч, сувилагч	10	20
34	T лимфоцит эсийн маркер тодорхойлох шинжилгээний бүртгэл	ХДХВ-9	Хяналтын их эмч	5	/-/
35	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл	ХДХВ-10	Лабораторийн эмч, лаборант	5	10

36	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ, үйлчилгээний бүртгэл	ХДХВ-11	Лабораторийн эмч, лаборант	5	10
37	Сэтгэцийн эмгэгтэй хүмүүсийн хяналтын бүртгэл	СЭ-1	Их эмч, сувилагч	10	20
38	Шүүх сэтгэц эмгэг судлалын дүгнэлт шинжилгээ	СЭ-2	Их эмч	10	/-/
39	Шүүх сэтгэц эмгэг судлалын дүгнэлт шинжилгээний бүртгэл	СЭ-3	Их эмч	10	20
40	Амиа хорлох томиолдлыг бүртгэх маягт	СЭ-4	Их эмч	10	20
41	Албадан эмчлүүлсэн, нийгэмд аюултай үйлдэл хийж болзошгүй хүмүүсийн бүртгэл	СЭ-5	Их эмч	10	20
42	Мансууруулах бодис хэрэглэх эмгэгтэй хүмүүсийн бүртгэл	СЭ-6	Их эмч	10	20
43	Амьд сорьцын шинжилгээний бүртгэл	ЭС-1	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
44	Амьд сорьцын шинжилгээний хуудас	ЭС-1А	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
45	Хөхний булчирхайн эдийн шинжилгээний хуудас	ЭС-1Б	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
46	Эмэгтэйчүүдийн эдийн шинжилгээний хуудас	ЭС-1В	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
47	Цогцсыг хүлээн авсан ба олгосон бүртгэл	ЭС-2	Эмгэг судлаач их эмч	50	50
48	Эмгэг судлалын шинжилгээний бүртгэл	ЭС-3	Эмгэг судлаач их эмч	70	70
49	Эсийн шинжилгээний бүртгэл	ЭС-4	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
50	Бамбай булчирхайн эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4А	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
51	Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4Б	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
52	Шээс ялгаруулах зам, шээсний эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4В	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
53	Шүлсний булчирхайн эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4Г	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
54	Эсийн шинжилгээний хуудас	ЭС-4Д	Эмгэг судлаач их эмч	10	10
55	Цусны нөөц зохицуулах нэгжийн бүртгэл	ЦТ-1	Их эмч, бага эмч	10	10
56	Цус, цусан бүтэгдэхүүн сэлбэсэн протокол	ЦТ-2	Их эмч, бага эмч	10	10

57	Цус, цусан бүтээгдэхүүн захиалах маягт	ЦТ-3	Их эмч, бага эмч	10	10
58	Цусны албанд шинжилгээний сорьц хүргүүлэх маягт	ЦТ-4	Их эмч, бага эмч	10	10
59	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлттэй холбоотой урвал, хүндрэлийг бүртгэх мэдээлэх маягт	ЦТ-5	Их эмч, бага эмч	10	10
60	Ночтой хүндрэлийг мэдээлэх маягт	ЦТ-6	Их эмч, бага эмч	10	10
61	Донорт илэрсэн сөрөг урвал, хүндрэлийг бүртгэх, мэдээлэх маягт	ЦТ-7	Их эмч, бага эмч	10	10
62	Урвал, гарах шахсан тохиолдол, үл тохирлыг бүртгэх маягт	ЦТ-8	Их эмч, бага эмч	10	10
63	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх зөвшөөрөл авах маягт	ЦТ-9	Их эмч, бага эмч	10	10
64	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэлийг бүртгэх маягт	ЦТ-10	Их эмч, бага эмч	10	10
65	Цус, цусан бүтээгдэхүүний хэрэглээний бүртгэл	ЦТ-11	Их эмч, бага эмч	10	10
66	Хаягдал цус, цусан бүтээгдэхүүн шинжилгээний сорьцын устгалын бүртгэл	ЦТ-12	Цусны станцын сувилагч, ариутгагч	10	10
67	Цус сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэлийн шалтгааныг судлах маягт	ЦТ-13	Их эмч, Тархвар зүйч эмч	5	/-/
68	Цусны аво, резус бүлэг тодорхойлох шинжилгээний бүртгэл	ЦТ-14	Их эмч, бага эмч	10	10
69	Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүний аво, резус бүлэг тодорхойлоход хөтлөгдөх маягт	ЦТ-15	Их эмч, бага эмч	10	10
70	Хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээний карт	ЦТ-16	Их эмч, бага эмч	10	10
71	Цусны аво, резус бүлэг, хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээнд сорьц хүлээж авсан бүртгэл	ЦТ-17	Их эмч, бага эмч	10	10
72	Цус, цусан бүтээгдэхүүн олгох маягт	ЦТ-18	Их эмч, бага эмч	10	10
73	Зоонозын халдварын хүний өвчлөлийн сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	ЗХӨ-1	Их эмч, бага эмч	10	10
74	Галзуу өвчний сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	ЗХӨ-2	Их эмч, бага эмч	10	10
75	Тарваган тахал өвчний сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	ЗХӨ-3	Их эмч, бага эмч	10	10

76	Боом энцефалит өвчний сэжигтэй тохиолдлыг мэдээлэх хуудас	ЗХӨ-4	Их эмч, бага эмч	10	10
77	Лабораторит ирсэн сорьцын бүртгэл	ЗХӨ-5	Их эмч, бага эмч	10	10
78	Шинжилгээний дүнгийн хуудас	ЗХӨ-6	Их эмч, бага эмч	10	10

Д. ТАЙЛАНГИЙН МАЯГТУУД

1	Өрхийн эрүүл мэндийн төвийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-101	Статистикч бага эмч	20	Байнга
2	Сумын эрүүл мэндийн төвийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-102	Статистикч бага эмч	20	Байнга
3	Халдварт бус өвчний эрт илрүүлгийн тайлан	ЭМТ-103	Статистикч бага эмч	20	Байнга
4	Аймаг, нийслэлийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-201	Статистикч их эмч	20	Байнга
5	Хувийн эмнэлгийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-202	Их эмч	20	Байнга
6	Сувиллын үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-203	Их эмч	5	5
7	Халдварт өвчин судлалын төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-301	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
8	Сүрьеэгийн төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-302	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
9	Хавдар судлалын төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-303	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
10	БЗДХДОХ-ийн төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-304	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
11	Сэтгэц, эмгэг мансуурал судлалын төв кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-305	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
12	Дархлаажуулалтын үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-306	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
13	Эмгэг судлалын үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-307	Кабинетийн их эмч	20	Байнга

14	Цусны төвийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-308	Их эмч	20	Байнга
15	Нүүр амны төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-309	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
16	Осол, гэмтэл гадны шалтааны үр дагаврын тайлан	ЭМТ-310	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
17	Геронтологийн төв, кабинетийн үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-311	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
18	Арьсны төв кабинетын үйл ажиллагааны тайлан	ЭМТ-312	Кабинетийн их эмч	20	Байнга
19	Эрүүл мэндийн байгууллагын хүний нөөцийн тайлан	ЭМТ-401	Хүний нөөцийн менежер, статистикч их эмч	20	Байнга
20	Эрүүл мэндийн байгууллагын хүчин чадлын тайлан	ЭМТ-402	Хүний нөөцийн менежер, статистикч их эмч	20	Байнга
21	Хүн амын өвчлөл эндэгдлийн сарын мэдээ	ЭМТ-501	Статистикч их эмч	20	Байнга
22	Хүн амын амбулаторын өвчлөлийн тайлан	ЭМТ-502	Статистикч их эмч	20	Байнга
23	Хүн амын стационарын өвчлөлийн тайлан	ЭМТ-503	Статистикч их эмч	20	Байнга
24	Хүн амын нас баралтын тайлан	ЭМТ-504	Статистикч их эмч	20	Байнга

ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

1 дүгээр хэсэг												
Эцэг/эхийн нэр	Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Утасны дугаар.								
Регистрийн дугаар		Боловсролын байдал:		Ажлын хаяг:								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь боловсрол 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор		
Оршин суугаа хаяг												
Аймаг / Хот: _____ Сум / Дүүрэг: _____												
Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____												
Газар / Гудамж / Байр: _____ Тоот: _____												
Хөдөлмөр эрхлэлт	Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо	Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх	Өвчтөн нас барсан эсэх									
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	_____ /он/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй									
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	_____ /сар/ _____ /өдөр/ _____ /цаг мин/	Тийм бол огноо: _____	Тийм бол огноо: _____									
Эмнэлзүйн мэдээлэл (хамшинж тэмдгийг бичнэ)												
Хамшинж:	Эмнэл зүйн шинж тэмдгийг онцлон бичнэ үү.			Илэрсэн огноо:								
Тархвар судлалын холбогдол												
Халдварын эх уурхай		Дамжих зам		Халдварт өртсөн байж болзошгүй огноо:								
<input type="checkbox"/> Хүн <input type="checkbox"/> Мал (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Амьтан (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Тогтоогдоогүй		Ахуйн: <input type="checkbox"/> Шууд хавьтал /ам мөр <input type="checkbox"/> Ус <input type="checkbox"/> Хүнс <input type="checkbox"/> Хөрс <input type="checkbox"/> Бусад: _____ <input type="checkbox"/> Агаар / дусал <input type="checkbox"/> Дам халдвар <input type="checkbox"/> Цусаар <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Эмнэлэгт хандахаас өмнөх эмчилгээ												
Хэрэглэсэн эмийн нэр	Хэдэн ширхэг, хэдэн удаа	Эмчилгээ эхэлсэн хугацаа	Үргэлжилсэн хугацаа	Сорьц авахаас өмнө хэрэглэсэн эмийн нэр, тун, хэмжээ								
Урьдчилсан онош (ОУӨА-10)												
Мэдээлсэн байгууллага												
Мэдээлсэн байгууллага	Мэдээлсэн эмч / мэргэжилтэн / албан тушаалтны нэр	Мэдээлсэн хэлбэр		Мэдээлсэн хугацаа								
		<input type="checkbox"/> Утсаар <input type="checkbox"/> Цахимаар <input type="checkbox"/> Цаасаар										
2 дугаар хэсэг												
Лабораторийн шинжилгээ												
Сорьцын нэр	Сорьц авсан огноо	Шинжилгээний төрөл	Шинжилгээний дүн	Лабораторийн нэр								
Батлагдсан онош (ОУӨА-10)		Эмнэлзүйгээр	Тархвар холбогдлоор									
		Лаборатороор										
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой халдвар			Тийм	Үгүй								
Онош батлагдсан огноо:												

ВИРУСТ ХЕПАТИТИЙН СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Вирус хепатитийн сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

Мэдээлсэн огноо: _____

1.Эцэг/эхийн нэр	2.Өөрийн нэр	3.Нас	4.Хүйс	5.Утасны дугаар	6.Ам бүл		
7. Регистрийн дугаар		8.Оршин суугаа хаяг Аймаг / Хот: _____ Сум / Дүүрэг: _____ Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____ Газар / Гудамж / Байр: _____ Тоот: _____			9. Ажлын газар:		
10. Албан тушаал: Хөдөлмөр эрхлэлт: <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан		11.Хэрвээ хүүхэд бол <input type="checkbox"/> Сургууль <input type="checkbox"/> Цэцэрлэг <input type="checkbox"/> Гэртээ <input type="checkbox"/> Дотуур байр <input type="checkbox"/> Хүүхэд асрах төв <input type="checkbox"/> Бусад _____			12.Боловсрол <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		
13.Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо _____/он/ _____/сар/ _____/өдөр/ _____/цаг мин/	14.Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____	15.Цочмог эхэлсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	16. Арьс салст шарласан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	17.Эмнэлзүйн шинж тэмдэг эхэлсэн _____/он/ _____/сар/ _____/өдөр/ _____/цаг мин	18.Шинжилгээ авсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____	19.Өвчтөн нас барсан эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____	20.Вирус хепатитийн эсрэг дархлаажуулалт <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй А хепатитийн вакцин <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй В хепатитийн вакцин <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
21.Өмнө нь архаг хепатитийн халдвартай		22.Халдварын эх уурхай		23.Лабораторийн шинжилгээ хийсэн: тийм-1 үгүй-2 Аланинаминотрансфераз (АЛАТ)-ын түвшин: ОУН..... Аспаргиннаминотрансфераз (АСАТ)-ын түвшин: ОУН.....			
Архаг В вирусийн халдвар	1	Өвчтөн	1	Anti-HAV IgM	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HBs	<input type="checkbox"/> эерэг
Архаг С вирусийн халдвар	2	Вирус тээгч	2	Anti-HAV IgG	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HDV	<input type="checkbox"/> эерэг
Архаг В, D вирусийн халдвар	3	Тодорхойгүй	3	HBsAg	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HDV IgM	<input type="checkbox"/> эерэг
				Anti-HBcIgM	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HCV	<input type="checkbox"/> эерэг
				HBeAg	<input type="checkbox"/> эерэг	HCV RNA	
				Anti-HBc	<input type="checkbox"/> эерэг	HCV genotype	<input type="checkbox"/> эерэг
				HBV DNA	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HEV IgM	<input type="checkbox"/> эерэг
				Anti-HBe	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HGV IgM	<input type="checkbox"/> эерэг
24. Эрсдэлт хүчин зүйл							
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой	Эмнэлэгт хэвтэж байсан	1	Бусад эрсдэлт хүчин зүйл	Баталгаагүй эх үүсвэрээс ундны ус уусан	11		
	Мэс ажилбар хийлгэсэн	2		Баталгаагүй хүнсний бүтээгдэхүүн хэрэглэсэн	12		
	Цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлсэн	3		Өвчлөл гарсан хүүхдийн байгууллагын хүүхэд эсвэл ажилтан	13		
	Шүд эмчлүүлсэн	4		Вирус хепатитийн өвчлөл өндөртэй газар очсон	14		
	Үр хөндөлт хийлгэсэн	5		Гэр бүлд вирусийн халдвартай хүн байгаа	15		
	Уламжлалт эмчилгээ хийлгэсэн	6		Шүдний сойз, сахлын хутга, хумсны хутга гэх мэт хувийн ариун цэврийн хэрэглэлийг дамжуулан хэрэглэдэг	16		
	Арьс цоолох, гоо сайхны эмчилгээ үйлчилгээ хийлгэсэн	7		Эрчүүдтэй бэлгийн хавьталд ордог эрчүүд	17		
	Гемодиализ эмчилгээ хийлгэдэг	8		Бэлгийн олон хавьтагчтай	18		
Ажил мэргэжилтэй холбоотой	Эмнэлгийн ажилтан тусламж үйлчилгээ хийж байх үедээ өвчтөний цусанд хүрсэн	9		Мансууруулах бодис хэрэглэдэг, бэлгийн харьцаанд орсон	19		
	Хүний цустай харьцдаг эм, биобэлдмэлийн үйлдвэр, цусны төвд ажилладаг	10		Бэртэл гэмтэл	20		
			Гэрээр тариа хийлгэсэн	21			
			Бусад	22			
Батлагдсан онош (ОУӨА-10) <input type="checkbox"/> Эмнэлзүйгээр <input type="checkbox"/> Тархвар судлалын асуумж <input type="checkbox"/> Лабораториор							
Онош батлагдсан огноо: _____							

Эмнэлгийн нэр

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

БЗДХ-ЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ 2. Нэр: _____ 3. РД: _____

4. Нас: _____ 5. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй 6. Жирэмсэн эсэх: _____ тийм _____ үгүй

7. Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

9. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

10. Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

13. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1
	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3
	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

8. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дипломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
	Доктор	9

11. Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир амбулаторт	2
	Хяналт	3
	Тандалт /хавьтлаар/	4
	Дуудлага	5

12. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1
	Гомосекс	2
	Бисекс	3
	Трансжендер	4
	Тодорхой бус	5

15. Үндсэн онош:	1		2		3		4		5		6	
------------------	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

16. Халдвар дамжсан зам

Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1А
	Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1В
	Мэс ажилбар	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүн	МБСТХ	3
	Бохир зүү тариур	4
	Цус сэлбүүлсэн	5
Эхээс хүүхдэд халдварласан		6
Тодорхой бус		7

17. Онош баталгаажилт

Хурдавчилсан сорил	1	Полимеразын гинжин урвал /PCR/	7
RPR	2	Нойтон түрхэц	8
ТРНА	3	Наац	9
ФХЭБУ/ ELISA/	4	Өсгөвөр	10
FTA-abs	5	Эмнэл зүй	11
Бараан талбайд шууд харах	6	Бусад	12

Эмчид үзүүлсэн: он _____ сар _____ өдөр _____

Мэдээлсэн их эмч:

/албан тушаал/

/гарын үсэг/

/нэр/

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____ Мэдээлсэн огноо: ____/____/____

Тохиолдлын тодорхойлолт: <input type="checkbox"/> Шинэ <input type="checkbox"/> Дахилт <input type="checkbox"/> Эмчилгээ үр дүнгүй болсны дараах <input type="checkbox"/> Хяналт алдагдсаны дараах <input type="checkbox"/> Эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй		Тохиолдлын илрүүлсэн арга: <input type="checkbox"/> Өвчний учир амбулаториор /идэвхигүй/ <input type="checkbox"/> Идэвхитэй илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Хавьтлын илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр <input type="checkbox"/> Бусад /задлан шинжилгээ-нас барсан Огноо: ____/____/____																			
Эцэг, эхийн нэр: _____	Өөрийн нэр: _____	Регистрийн дугаар: _____	Нас _____ Хүйс _____																		
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Хаяг: _____ тоот _____		Огноо: Өвчин эхэлсэн: ____/____/____ Эмчид үзүүлсэн: ____/____/____ Оношлогдсон: ____/____/____ Бүртгэлд авсан: ____/____/____ Эмчилгээ эхэлсэн: ____/____/____																			
Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал: 1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> 2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: <input type="checkbox"/>		Боловсролын ангилал: <table border="1"> <tr><td>Боловсролгүй</td><td>01</td></tr> <tr><td>Бага</td><td>02</td></tr> <tr><td>Суурь боловсрол</td><td>03</td></tr> <tr><td>Бүрэн дунд</td><td>04</td></tr> <tr><td>Мэргэжлийн болон техникийн</td><td>05</td></tr> <tr><td>Дидломын</td><td>06</td></tr> <tr><td>Бакалавр</td><td>07</td></tr> <tr><td>Магистр</td><td>08</td></tr> <tr><td>Доктор</td><td>09</td></tr> </table>		Боловсролгүй	01	Бага	02	Суурь боловсрол	03	Бүрэн дунд	04	Мэргэжлийн болон техникийн	05	Дидломын	06	Бакалавр	07	Магистр	08	Доктор	09
Боловсролгүй	01																				
Бага	02																				
Суурь боловсрол	03																				
Бүрэн дунд	04																				
Мэргэжлийн болон техникийн	05																				
Дидломын	06																				
Бакалавр	07																				
Магистр	08																				
Доктор	09																				
Гэр бүлийн байдал: <table border="1"> <tr><td>Огт гэрлээгүй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулсан гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулаагүй гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Тусгаарласан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Цуцалсан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Бэлбэсэн</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>	Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>	Цуцалсан	<input type="checkbox"/>	Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>	Ханиалгах шинж тэмдэг: <input type="checkbox"/> Илэрсэн _____ хоног <input type="checkbox"/> Илрээгүй	Онош баталгаажилт: Нян судлалаар батлагдсан: <input type="checkbox"/> Түрхэцээр <input type="checkbox"/> Бусад шинжилгээгээр Эмнэлзүйгээр оношлогдсон							
Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>																				
Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																				
Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																				
Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>																				
Цуцалсан	<input type="checkbox"/>																				
Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>																				
Ажлын газар, албан тушаал: Мэргэжил: _____	БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Сүрьеэгийн хэлбэр: <input type="checkbox"/> Уушгины <input type="checkbox"/> Уушгины бус	ӨОУА: А1 ____																		
Цээжний рентген зургийн дүгнэлт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийгүй <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийтэй <input type="checkbox"/> Хийгдээгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Эрсдэлт хүчин зүйлс: <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал</td><td><input type="checkbox"/> Жирэмслэлт</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн</td><td><input type="checkbox"/> Гэр хороолол</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Чихрийн шижин</td><td><input type="checkbox"/> Дархлал</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ</td><td><input type="checkbox"/> дарангуйлах эмчилгээ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Орон гэргүй</td><td><input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан</td><td><input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Уул уурхай</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал	<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт	<input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн	<input type="checkbox"/> Гэр хороолол	<input type="checkbox"/> Чихрийн шижин	<input type="checkbox"/> Дархлал	<input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ	<input type="checkbox"/> дарангуйлах эмчилгээ	<input type="checkbox"/> Орон гэргүй	<input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах	<input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан	<input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх	<input type="checkbox"/> Уул уурхай	<input type="checkbox"/>	Халдварын эх уурхай: <input type="checkbox"/> Өрхийн хавьтал <input type="checkbox"/> Ойрын хавьтал <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй Өрхийн хавьтлын тоо: ____ Насанд хүрэгчид: _____ Хүүхэд /0-15 нас/ _____				
<input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал	<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт																				
<input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн	<input type="checkbox"/> Гэр хороолол																				
<input type="checkbox"/> Чихрийн шижин	<input type="checkbox"/> Дархлал																				
<input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ	<input type="checkbox"/> дарангуйлах эмчилгээ																				
<input type="checkbox"/> Орон гэргүй	<input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах																				
<input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан	<input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх																				
<input type="checkbox"/> Уул уурхай	<input type="checkbox"/>																				
Эмэнд тэсвэржилт:																					
ЭМЧТ шинжилгээнд хамрагдсан эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Тийм бол, ЭМЧТШ дугаар: _____ Огноо: ____/____/____	Тэсвэртэй эмүүд: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Am <input type="checkbox"/> OfI <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> FQ																			

Тамга Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: /_____/

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-5

ХОРТ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого		РД		
		Тохиолдлын дугаар:		
Бүртгэлийн байдал:		Эрт илрүүлэг	Идэвхтэй хайлт	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр
Эцэг, эхийн нэр:		Өөрийн нэр:		
Төрсөн: он сар өдөр	Нас [] Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:		
Яс үндэс:				
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот _____ Холбоо барих утасны дугаар: _____		Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Гэр бүлийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн
Хавдар оношлогдсон огноо: он сар өдөр		Өвчтөний одоогийн байдал: <input type="checkbox"/> Амьд – 1 <input type="checkbox"/> Нас барсан -2 <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй - 3		
Анхдагч хавдрын байрлалын онош /ICDO-3 /:				С ____/____
Бүтэц зүйн онош				М ____/____
Торонтогийн хүүхдийн хавдрын ангилал				С ____/____
Хорт хавдар Toronto Tier үе шатны ангиллаар: Toronto Tier – 1, Toronto Tier - 2				
Хүүхдийн хавдрын ангилал / ICCS-3/				____/____

Хорт хавдар TNM үе шатны ангиллаар: T – is, 1, 2, 3, 4, X N – 0, 1, 2, 3, X M – 0, 1, X				
Хавдрын төлөв: <input type="checkbox"/> Байран өмөн – 2 <input type="checkbox"/> Хортой – 3 <input type="checkbox"/> Үсэрхийлсэн - 6				
Эсийн ялгарал:		Лимфома, лейкогийн эсийн ялгарал:		
<input type="checkbox"/> Өндөр ялгаралтай-1 <input type="checkbox"/> Дунд ялгаралтай-2 <input type="checkbox"/> Бага ялгаралтай-3 <input type="checkbox"/> Ялгаралгүй-4 <input type="checkbox"/> Ялгарлын зэрэг тодорхойгүй-9		<input type="checkbox"/> T-эсийн – 5, <input type="checkbox"/> B-эсийн /pre-B,B-precursor/ -6 <input type="checkbox"/> Null эсийн / non-T, non-B/ -7 <input type="checkbox"/> Киллер эсийн /natural/-8, <input type="checkbox"/> эсийн төрөл тодорхойгүй-9		
Хэрвээ 0-19 насны хүүхдийн хавдрын тохиолдол бол				
<input type="checkbox"/> Хурц лимфобласт лейкеми <input type="checkbox"/> Хурц миелоид лейкеми <input type="checkbox"/> Ходжкины лимфом <input type="checkbox"/> Ходжкины бус лимфом <input type="checkbox"/> Нейробластом <input type="checkbox"/> Вильямсын хавдар <input type="checkbox"/> Рабдомиосарком <input type="checkbox"/> Рабдо бус миосарком, зөөлөн эдийн сарком <input type="checkbox"/> Остеосарком <input type="checkbox"/> Ивингийн сарком <input type="checkbox"/> Ретинобластом <input type="checkbox"/> Гепатобластом <input type="checkbox"/> Өндгөвчний хавдар <input type="checkbox"/> Медуллобластом, бусад хөврөлийн, төв мэдрэлийн системийн хавдар <input type="checkbox"/> Эпендимом				
Анхдагч олон байрлалын хавдар мөн эсэх:		Хос эрхтнийг хамарсан эсэх:		
<input type="checkbox"/> Анхдагч ганц байрлалын хавдар-1 <input type="checkbox"/> Анхдагч олон байрлалын хавдрын нэг тохиолдол- 2 <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй- 9		<input type="checkbox"/> Баруун-1 <input type="checkbox"/> Зүүн-2 <input type="checkbox"/> 1 талыг хамарсан боловч ялгаж тусгаагүй-3 <input type="checkbox"/> Хоёр талын хамарсан-4 <input type="checkbox"/> Хос эрхтэн бус-5		
Бичил харуурын бус		Бичил харуурын		
<input type="checkbox"/> 1- Нас баралтын гэрчилгээгээр <input type="checkbox"/> 2- Эмнэл зүйн бүрдэл шинжээр <input type="checkbox"/> 3- Дүрс оношилгоо /КТГ, дуран, рентген, ЭХО, MRI, оношлогооны лапротоми аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих..... <input type="checkbox"/> 4-Лабораторийн оношлуур /цус, хавдрын өвөрмөц маркер, иммунологи аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих.....		<input type="checkbox"/> 5-Эсийн шинжилгээ <input type="checkbox"/> 6-Эдийн шинжилгээ үсэрхийлсэн эдээс /задлан шинжилгээний эд хамаарна/ <input type="checkbox"/> 7 - Эдийн шинжилгээ анхдагч эдээс /задлан шинжилгээний эд, ясны эд хамаарна/ <input type="checkbox"/> 8- Мэдэхгүй Эд, эсийн шинжилгээ хийсэн эмнэлгийн нэр: _____ Эд, эсийн шинжилгээний баримтын дугаар: _____		
Хавдрын эмнэл зүйн бүлэг: Ia, Ib, II, IIa, III, IV ба үүнээс өөрөөр бичигдэх бол: _____				
Хийгдсэн эмчилгээ	Мэс засал	1	Хими+даавар эмчилгээ	10
	RPA	2	Дурангийн мэс засал	11

	PEI	3	Даавар эмчилгээ	12
	Туяа	4	Хөнгөвчлөх мэс засал	13
	Хими	5	TACE / эрт үе шатанд хийгдсэн, хөнгөвчлөх зорилгоор / аль нь болохыг зур	14
	Мэс засал+туяа	6	Хөнгөвчлөх хими	15
	Мэс засал+хими	7	Хөнгөвчлөх туяа	16
	Туяа+хими+мэс засал	8	Бусад хөнгөвчлөх эмчилгээ ба тусламж /эмийн эмчилгээ /	17
	Хими+туяа	9	Эмчилгээнээс татгалзсан	18
Хийгдсэн мэс заслын нэр:			<u>/Үйлдлийн ОУ-9 ангиллаар тавих, кодлох/</u>	
Мэс засал хийгдсэн:		он сар өдөр	Мэс засал хийсэн эмнэлгийн нэр:	
Хагалгаа хийсэн эмчийн нэр:		эмчийн утасны дугаар: _____		
Эмчлэгч эмчийн нэр:		Мэдээлсэн огноо: он сар өдөр		
Тамга	Мэдээлсэн албан тушаалтан: / /			

ЭМГЭГ СУДЛАЛААС ХОРТОЙ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ХУВЬ ХҮНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

1. Ургын овог: _____ 2. Эцэг /эхийн/ нэр: _____
3. Өөрийн нэр: _____ 4. РД: _____
5. Төрсөн: _____ он _____ сар _____ өдөр 6. Нас: ____ 7. Хүйс: эрэгтэй [1], эмэгтэй [2]
8. Тогтмол хаяг: _____ аймаг, хот _____ сум,
дүүрэг _____ хороолол, _____ хороо, баг _____ байр, тоот
_____ утас

Б. ХАВДРЫН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

1. Сорьц илгээсэн эмнэлэг: _____ тасаг _____ эмчийн нэр _____
2. Сорьц авсан эрхтэн: _____
Хос эрхтэн бол: зүүн [] баруун [] хоёр тал []
3. Сорьцын төрөл: хагалгааны материал эд [], арчдас [], анхдагч хавдрын эд [],
Үсэрхийллийн эд [], задлангийн эд []
4. Сорьцын шинжилгээний дүгнэлт: _____
5. Бүтэц зүйн онош: _____
6. Хавдрын төлөв: [] хоргүй [] хортой [] байран өмөн [] мэдэхгүй

1. Эсийн ялгарал: өндөр ялгаралтай [1], дунд ялгаралтай [2], бага ялгаралтай [3],
ялгаралгүй [4]

В. МЭДЭЭНИЙ ЭХ СУРВАЛЖ:

1. Эмнэлгийн нэр: _____ 3. Баримтын дугаар: _____
2. Эмгэг судлалын лабораторийн нэр: _____
4. Шинжилгээний дугаар: _____

Г. БҮРТГЭЛИЙН ХЭСЭГ:

1. Мэдээлсэн : _____ он _____ сар _____ өдөр
2. Мэдээлсэн мэргэжилтний нэр : _____ гарын үсэг _____
_____ холбоо барих утас: _____
3. Хүлээн авсан бүртгэлийн эмчийн нэр: _____ гарын үсэг _____

ГЕМОДИАЛИЗ ХЯНАЛТЫН КАРТ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	
		ЭМД	
		Өвчний түүх нээсэн / / Он сар өдөр	
Эцэг /эх/-ийн нэр		Тасгийн нэр	
Төрсөн он сар өдөр / /		Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Гэрлэлтийн байдал: 1. Огт гэрлээгүй 2. Батлуулсан гэр бүлтэй 3. Батлуулаагүй гэр бүлтэй 4. Тусгаарласан 5. Цуцалсан 6. Бэлбэсэн
Өөрийн нэр: Өндсөн захиргаа: Аймаг/хот: Сум/дүүрэг: Утас:		Хөдөлмөр эрхлэлт: Ажлын газар <input type="checkbox"/> Мэргэжил <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан <input type="checkbox"/>	Боловсролын ангилал: Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор <input type="checkbox"/>
ТӨГСГӨЛИЙН ЭПИКРИЗ			
Үндсэн онош			ӨОУА код
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			
		Тасгийн нэр			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Өөрийн нэр:			
Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> 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		brachio basilic	Гарсан Үгүй
	R..... L	R..... L	R.... L.....		
Жич: Тийм; R – баруун, L-зүүн; Хүндрэл гарсан бол доор бичнэ үү.					
Тусгай тэмдэглэл					
Мэс засал хийсэн эмч				Сувилагч	

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

<i>Эмнэлгийн нэр лого</i>															
Эцэг/эхийн нэр:.....	Нэр:.....	Хүйс: <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Эрэгтэй				РД:.....	нас								
Төрсөн өдөр, сар, он	Ө | Ө | С | С | Ж | Ж | Ж | Ж	Нас барсан огноо				Ө | Ө | С | С | Ж | Ж | Ж | Ж									
Гэрийн хаяг:															
А хэсэг :															
1 Үхэлд шууд хүргэсэн өвчин ба эмгэг /а/	↻ ↻ ↻ ↻		Нас баралтын шалтгаан:				Өвчин эхэлснээс хойш нас барах хүртэлх хугацаа	ӨОУА-10							
		А													
		Б	Улмаас												
		В	Улмаас:												
		Г	Улмаас:												
Үндсэн онош:															
2 Нас барахад хүргэсэн бусад нөхцөл, шалтгаан															
В хэсэг:															
Сүүлийн 4 долоо хоногт мэс засал хийлгэсэн эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Хэрэв тийм бол мэс засал хийлгэсэн огноо															
Мэс заслын шалтгааныг тодруулж бичих (өвчин ба шалтгаан)										ҮОУА-9					
Асуумжаар дүгнэлт шинжилгээ (VA WHO 2016 standard) хийсэн эсэх ?															
										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Хэрэв тийм бол онош баталгаажуулахад ашигласан эсэх?															
										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Нас барсан хэлбэр:															
<input type="checkbox"/> Өвчин				<input type="checkbox"/> Амиа хорлосон				<input type="checkbox"/> Бусад осол							
<input type="checkbox"/> Зам тээврийн осол				<input type="checkbox"/> Бусад хорлогдсон				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрийн осол							
<input type="checkbox"/> Хордлого				<input type="checkbox"/> Шалтгаан тогтоогдоогүй байгаа				<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
Гадны шалтгаант болон хордлогын шалтгаант бол:										Гэмтсэн өдөр, сар, он		Ө | Ө | С | С | Ж | Ж | Ж | Ж			
Гадны шалтгааныг тодорхойлон бичих (Хэрэв хордлогын шалтгаант бол хордсон бодисыг бичих)										.....				
Нас барсан газар:															
<input type="checkbox"/> Эмнэлэгт		<input type="checkbox"/> Гэртээ		<input type="checkbox"/> Амьдрах зориулалттай тусгай байр				<input type="checkbox"/> Сургууль, бусад олон нийтийн ба засаг захиргааны газрууд							
<input type="checkbox"/> Гудамж ба зам		<input type="checkbox"/> Биенийн тамир, спортын талбай		<input type="checkbox"/> Худалдаа үйлчилгээний газрууд				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрлэл ба барилгын газар							
<input type="checkbox"/> Бусад (тодорхойлж бичих):						<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй									
Эмнэлэгт нас барсан бол:										Эмнэлгээс гадуурх нас баралт бол: Нас барахаас өмнө эмнэлэгт хэвтсэн эсэх?					
Ор хоног .....өдөр .....цаг.....минут										<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хэрэв тийм бол: өдөр..... сар жил			
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдоноос хойш амьдарсан хугацаа										<input type="checkbox"/> Жил [] <input type="checkbox"/> сар [] <input type="checkbox"/> хоног []					
Ураг болон нярайн эндэгдэл															
Ихэр эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Амьгүй төрөлт?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Хоног болоогүй нас баралт бол хугацааг бичих /цагаар/										Төрөх үеийн жин (гр)					
Жирэмсний хугацаа /7 хоногоор/										Эхийн нас					
Перинаталь эндэгдэлд нөлөөлсөн эхийн эрүүл мэнд болон жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэл /тодорхойлж бичих/										ӨОУА-10					
Эхийн эндэгдэл мөн эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрөх, төрсний дараах үе										<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрсний дараа 42 хоногийн дотор					
<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт, төрөлтийн дараа 42 хоногоос 1 жилийн дотор										<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Жирэмслэлт нь нас баралтын шалтгаан болсон эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Гэрчилгээ олгосон огноо										Ө | Ө		С | С		Ж | Ж | Ж | Ж	
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/				Нэр:				Гарын үсэг						
	Гэрчилгээ олгосон эмч:				Нэр:				Гарын үсэг						

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

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 _____

7. Ажил, 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.

Энгийн эмийн жорын маягт

Энгийн эмийн жор			
..... оны .....сарын			
Өвчтөний овог, нэр: _____			
Нас:_____ Хүйс:_____ Онош:_____			
Регистрийн № _____			
Rp: _____			
S: _____			
Rp: # _____			
S: _____			
Rp: # _____			
S: # _____			
Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____			
Эмнэлгийн нэр: _____			

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			
2			
3			

Урд тал

Энгийн эмийн жорын маягтад 3-аас илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.				
Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмчийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.				
Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ. Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.				
Гарын үсэг, огноо:				
Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно. Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.				

Ар тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягт

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жор			
Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...			
Өвчтөний овог, нэр: _____			
Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____			
Онош: _____			
Регистрийн № _____			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____			
Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____			
Эмнэлгийн нэр: _____			
Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.			
№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягтад 2-оос илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Мансууруулах эмийн жорын маягт

Мансууруулах эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Мансууруулах эмийн жорын маягтад 1 эм бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9D

Уламжлалт эмийн жорын маягт

Уламжлалт эмийн жор		
..... оны .....сарын		
Өвчтөний овог, нэр: _____		
Нас: _____ Хүйс: _____		
Уламжлалт анагаахын онош: _____		
Эмийн нэр	Хэмжээ	Эм уух арга
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Эмнэлгийн нэр: _____		
Эмчийн хувийн тэмдэглэл: _____		
Хаяг, харилцах утас: _____		

Ар тал				
Анхаарах зүйл:				
1. Буцалгаж уухдаа 1-2 ширхэг эмийг 200-250мл усанд 3/1-ыг ширгэтэл зөөлөн буцалгаж /халуун, бүлээн, хүйтэн/ ууна				
2. Буцалсан усаар бүрж уухдаа 200-250 мл халуун устай аяганд эмээ хийж таглаад бүлээсгэж ууна.				
3. Шимт 3 ясны /Далны маяа, борви тойг/, хонины бор махны шөлөөр даруулж ууна.				
4. Буцалсан усанд бурам, зөгийн бал, мөсөн чихрийг найруулж, эмийг даруулж ууна.				
5. Эмийн зөвхөн эмчийн зааврын дагуу ууж хэрэглэнэ.				
6. Эм уух явцад сөрөг нөлөө илэрвэл эмчид хандана уу				
7. Энэхүү жор бичигдсанаас хойш 10 хоногийн дотор хүчинтэй.				
8. Жир бичсэн эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан тохиолдолд хүчингүйд тооцно.				
9. Жорыг дамжуулах, эмийг илүүдэл хэмжээгээр хадгалах нь эмийг зүй бусаар хэрэглэх эрсдэлийг нэмэгдүүлж Таны болон бусдын эрүүл мэндэд халтай.				
Гарын үсэг, огноо: _____				
Гарын үсэг, огноо:				
Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт



Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-10

ЭМД

РД

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр _____
Олгосон _____ он _____ сар _____ өдөр Дугаар _____

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

Зориулалт: (зур) ажилд орох, суралцах, гэр бүл болох
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	БЗДХ			

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

_____ Дүгнэлт, шийдвэр гаргасан _____ он _____ сар _____ өдөр

Амбулаторийн эрхлэгч _____
(тамга)

ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

1. Зовиур: _____
2. Өвчний түүхээс: _____
3. Асуумжаас: _____
4. Үзлэг _____
5. Шинжилгээ: _____
6. Онош DS: _____

Хяналтын эмч: _____

(Тамга)

ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

1. Зовиур: _____

2. Өвчний түүхээс: _____

3. Асуумжаас: _____

4. Үзлэг _____

5. Шинжилгээ: _____

6. Онош DS: _____

Хяналтын эмч: _____

(Тамга)



Настны эрүүл мэндийн төлөвлөгөө

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

9-р тал

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-р тал

Он сар өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Эмчилгээний заалт

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-12Б

Эмнэлгийн код:

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

КОМИССЫН ШИЙДВЭР

Дугаар № _____

Тамга тэмдэггүй, засвартай бол хүчингүй

_____ оны _____ сарын _____ өдөр

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

/хэсэг/хороо/-ийн харъяат

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

Ажлын газар: _____

Ажил, мэргэжил: _____

Онош: _____

Үндэслэн: _____ КОМИССООС ТОГТООХ НЬ:

Маягтын ар тал

Шийдвэр: _____

Комиссын дарга: _____

Тэмдэг

Нарийн бичгийн дарга: _____

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

Эмнэлгийн нэр _____

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

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

Эмчлэгч эмч

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
_____ он _____ сар _____ өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13Б

Бүртгэлийн код

РД

ЭМД

ЭМНЭЛГЭЭС ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм

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

ЭМНЭЛЭГТ ИРГЭНИЙГ ИЛГЭЭХ ЦАХИМ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Паспортын хэсэг

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____ Нас _____

РД																				
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЭМД																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Цахим №																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Хүйс (сонго) 1. эрэгтэй 2. эмэгтэй
3. Иргэний утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
4. Иргэний (асран хамгаалагчийн) утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
5. Иргэний гэрийн /тогтмол/ хаяг: _____

“Илгээх” хэсэг

6. Илгээж байгаа байгууллагын нэр (сонго).....код /автоматаар гарч ирнэ/
7. Илгээсэнон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
8. Эмчлэгч эмчийн нэрхувийн дугаар
9. Хүлээн авах байгууллагын нэр (сонго).....
10. Иргэнийг илгээж байгаа шалтгаан (сонго)
- Онош тодруулах /сонго/
- Урьдчилан сэргийлэх үзлэг /сонго/
- Эмчилгээ /сонго/
- Эмчилгээний дараах хяналт /сонго/
- Жирэмсний болон төрөх үеийн тусламж, үйлчилгээ
- Хөнгөвчлөх эмчилгээ
- Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ
- Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ
- Давтан хяналт
- Бусад: /тодорхой бичих/
11. Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ) _____ /сонго/
 Хавсарсан онош /сонго/ _____
 Хавсарсан онош /сонго/ _____
 Хавсарсан онош /сонго/ _____
 Хавсарсан онош /сонго/ _____
 Тайлбар /бичих/ _____
12. Шилжүүлэх болсон шалтгааныг үндэслэх шинжилгээ (програмын өгөгдлийг бөглөнө)
 ЦЕШ /сонгох/ _____

 Биохими /сонгох/ _____

 ШЕШ /сонгох/ _____

_____Рентген _/эмчийн хариуг
бичих/_____
Бусад /MRI, KTG/ _/эмчийн хариуг бичих/ _____

“Цаг товлох” хэсэг

13. Хүлээн авах эсэх шийдвэр (сонго) 1.тийм 2.үгүй
14.Хэрэв тийм бол үзлэгийн кабинетын нэртасгийн нэр /сонго/
15.Хэрэв үгүй бол тайлбар, үндэслэл (сонго)
- тухайн эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ авах боломжгүй
- бусад /бичих/
16. Шийдвэр гаргасанон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
17.Товлосонсар.....өдөр.....цаг

“Хүлээн авах” хэсэг

18. Хүлээн авсан сар.....өдөр.....цагХүлээн авах эмчийн нэр
.....
19. Хүлээн авсан: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
____Хавсарсан онош
/сонго/_____
____Хавсарсан онош /сонго/_____
20. Эмчлүүлсэн: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
____Хавсарсан онош
/сонго/_____
____Хавсарсан онош /сонго/_____
21.Эмнэлэгт хэвтсэн ор хоног /сонго/

22.Эмнэлгээс гарсан огноо, цаг
(сонго)_____
23.Эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлт
(эпикриз)_/бичих/_____
24.Эмчлэгч эмчийн нэр.....утасны дугаар....., цахим
хаяг.....

“Эргэх холбоо тогтоох” хэсэг

25. Илгээсэн байгууллагад өгөх зөвлөмж /бичих/
26. Зөвлөмжийг хүлээн авсан огнооон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
27. Иргэнийг хяналтад авсан эсэх (сонго) 1.тийм 2. үгүй
28. Иргэнийг хяналтад авсан эмчийн нэр утасцахим хаяг

ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙН ХЯНАЛТЫН ХӨТӨЧ КАРТ №

РД

ЭМД

ХОТ, 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 _____

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

2. *Төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр

3. Жирэмсэн эмэгтэйн цусны бүлэг

1-р бүлэг 2-р бүлэг 3-р бүлэг 4-р бүлэг

резус бүлэг эерэг эерэг

4. *Яс үндэс _____

5. *Тогтмол хаяг, гэрийн болон гар утас _____

6. *Ажлын газар. Албан тушаал. Утас _____

7. *Мэргэжил _____

8. Боловсролын байдал **

Боловсролгүй

Бага

Суурь боловсрол

Бүрэн дунд

Мэргэжлийн болон техникийн

Дидломын

Бакалавр

Магистр

Доктор

13.1 Архи хэрэглэдэг эсэх? /зур/ тийм/үгүй

13.2 Тамхи хэрэглэдэг эсэх? /зур/ тийм/үгүй

14. Урт хугацааны эм биологийн идэвхит бүтээгдэхүүн

тогтмол хэрэглэдэг эсэх? /зур/ Тийм / Үгүй

9. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал

Цалин хөлстэй ажиллагч

Ажил олгогч

Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч

Нөхөрлөл хоршооны гишүүн

Мал аж ахуй эхрлэгч

Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин

Бусад /бичнэ/ _____

10. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан

Сургуульд сурдаг

Тэтгэвэрт

Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй

Гэрийн ажилтай

Тохирох ажил олдохгүй

Ажил хайж байгаа

Ажиллах сонирхолгүй

Бусад /бичнэ/

11. Гэр бүлийн байдал

Огт гэрлээгүй Тусгаарласан

Батлуулсан Цуцалсан

Батлуулаагүй Бэлбэсэн

12. Хөгжлийн бэрхшээлтэй эсэх

Тийм

Үгүй

*Ажлын нөхцөл

Ердийн Хүнд Хортой

* Ам бүлийн тоо

Тийм бол бичих: _____

II. ӨМНӨХ ЖИРЭМСЛЭЛТ, ТӨРӨЛТИЙН БАЙДАЛ*

Хэд дэх жирэмслэлт	Он	Жирэмсний төгсгөл (үр хөндөлт, зулбалт, төрөлт алин болохыг бич)	Жирэмсний хүндрэл	Төрөлтийн хүндрэл	Төрсний дараах хүндрэл	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. Нийгэм биологийн хүчин зүйлс		18-аас доош. 35-аас дээш насны тулгар төрөгч						
		Байнга тамхи татдаг. Архи уудаг. Мансууруулах бодис хэрэглэдэг /доогуур зур/						
		Гэр бүлд хүчирхийлэлийн орчин байгаа эсэх						
		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- Ү гэж тэмдэглэнэ)						

Б. Эх барихын ужиг дурдатгал	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)						
	Өмнөх жирэмсэлтийн үед манас таталтын урьдал, манас таталт O15, үжил халдвар O85-O86 -аар хүндэрсэн						
	Зуршсан зулбалт-O03, үр хөндөлт-O04, дутуу төрөлт-O60, умайн гаднах жирэмсэлт-O00, цулцант хураа-O01						
	Өсөлтгүй жирэмслэж байсан эсэх						
	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						
ны өвчний дурдатгал	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						
	Цусны өвчин: Цус багадлын 2,3-р зэрэг D50-D53, цусны бусад өвчин D55-D77						
	Хөхний болон эмэгтэйчүүдийн өвчин: Хөхний эмгэгүүд N60-N64, дайвруудын үрэвсэл N70, умай умайн хүзүүний үрэвсэл-N71-N72, эндометроз N80, бусад N70-N99						

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа	
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40		
Эх барихын тусгайлсан үзлэг	**Үтрээний шинжилгээ	Дайварууд	*Баруун тэмтрэгдэнэ /хэмжээ бич/								
			**Эмзэглэлтэй эсэх								
			**Зүүн тэмтрэгдэнэ /хэмжээ бич/.								
			**Эмзэглэлтэй эсэх								
		**Хүнхрээ чөлөөтэй эсэх									
	**Толины шинжилгээ	Умайн хузуу	**Шовх								
			**Бортгон								
			**Цэвэр								
			**Шархтай								
			**Урагдсан								
			**Эргэсэн								
			Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээ /заалтаар/								
	Үтрээний ялгарал	**Хэвийн									
		**Идээрхэг									
		**Усархаг									
**Цусархаг											

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40	
Шинжилгээ	**Шээсний ерөнхий шинжилгээ	Огноо								
		*Хэмжээ								
		*Өнгө (шар)								
		*Цөсний пигмент (-)								
		*Хувийн жин 1015-1025								
		*Уураг (-)								
		*рН 5.0-6.0								
		*Эпители эс 0-4х/т								
		*Бактери								
		*Цагаан эсүүд 0-4х/т								
	*Улаан эсүүд 0-1х/т									
	***Цусны ерөнхий шинжилгээ	Огноо								
		Гемоглобин 130-160 г/л								
		Цагаан эсүүд 4*109/л-8*109/л								
		Улаан эсүүд 3.7*1012/л-4.7*1012/л								
		Тромбоцит 180*109/л-320/109/л								
		Моноцит 2-9%								
		Улаан эсийн тунах хурд 2-12 мм/цаг								
		Гематокрит								
		Витамин Д хэмжээ үзэх /заалтаар/								
	Кальцын хэмжээ үзэх /заалтаар/									
Т эсийн лемпотрофик вирус*										
Шинж тэмдэггүй бактериурийг илрүүлэх /заалтаар/										
"TORCH" халдварыг илрүүлэх /заалтаар/										
B C вирусын маркер илрүүлэх шинжилгээ	Огноо									
	HBS Ag									
	HCV									
Стрептококкын халдварыг үзэх										

Тайлбар: * - Т эсийн лемпотрофик вирусийн шинжилгээг хөхний сүүний донор болох хүсэлтэй эхчүүд өгнө.

ЧАНД АВИАН ШИНЖИЛГЭЭ

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

Жирэмсний явцыг удирдах /шийдвэрлэх төлөвлөгөө:	Эмчилгээ
Эхний үзлэгээр _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №2 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №3 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №4 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №5 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №6 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №7 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №8 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг _____ _____ _____	_____ _____ _____

Огноо	Мэргэжлийн чиглэл	Онош	Эмчилгээ	Гарын үсэг
	Дотор			
	Нүд			
	Шүд			
	Мэдрэл			
	Зүрх судас			
	Цусны эмгэг			
	Бөөр			
	Чих, хамар, хоолой			
	Эндокринолог			
	Сүрьеэ			
	БЗДХ			
	Бусад			

**ЭХИЙН ЭНДЭГДЭЛ, НОЦТОЙ
ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ**

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

РД

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

Тогтмол хаяг

аймаг, хот _____

сум/дүүрэг _____

баг/хороо _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур):
 - 1.1 Хүндэрсэн
 - 1.2 Эндсэн
2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар
 - 2.1 Гэрт
 - 2.2 ӨЭМТ/СЭМТ
 - 2.3 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 2.4 Хувийн эмнэлэгт
 - 2.5 Амаржих газар
 - 2.6 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
 - 2.7 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 2.8 Бусад
3. Нас _____
4. Ам бүл: _____
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: (ӨОУА-10 кодлоно уу)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____
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.	Каогулограмм:	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 жирэмсний төгсгөл:
- 18.1 Эрт үеийн зулбалт
 - 18.2 Хожуу үеийн зулбалт(халдварлагдсан,халдварлагдаагүйг зурах)
 - 18.3 Үр хөндөлт
 - 18.4 Умайн гадуурх жирэмсэн
 - 18.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
 - 18.6 Дутуу төрөлт
 - 18.7 Гүйцэд төрөлт
 - 18.8 Илүү тээлттэй төрөлт
 - 18.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
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, ЭХЭМҮТ
 - 23.2 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн нэгдэл
 - 23.3 Улаанбаатар хот, Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 23.5 Аймаг сумын Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.6 Хувийн эмнэлэгт
 - 23.7 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
 - 26.11 Бусад _____
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 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 28.3 Амаржих газар
 - 28.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ

- 28.5 ӨЭМТ/СЭМТ
28.6 Хувийн эмнэлэг
28.7 Бусад (нэрлэ) _____
29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
29.1 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
29.2 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
29.3 Амаржих газар
29.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
29.5 ӨЭМТ/СЭМТ
29.6 Хувийн эмнэлэг
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 хугацаа (долоо 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 гадуурх жирэмсэн
32.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
32.6 Дутуу төрөлт
32.7 Гүйцэд төрөлт
32.8 Илүү тээлттэй төрөлт
32.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн 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 гадуурх 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 Давтан 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 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг үтрээн дээгүүр авах хагалгаа
- 40.10 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг бүхэлд нь авах хагалгаа
- 40.11 Кесар хагалгааг өргөтгөн хийгдсэн умайг тайрах/авах хагалгааны заалт
- 40.12 Давтан хийгдсэн хагалгааны нэр
- 40.13 Давтан хийгдсэн хагалгааны заалтыг бичих
- 40.14 Давтан хагалгаа хийгдсэн _____он____сар____өдөр
- 40.15 Умайн гадуурх жирэмсний улмаас хийгдсэн хагалгаа, нэр _____
- 40.16 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 гадуурх 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
- 45.6 Умайн урагдал
- 45.7 Ихэс түрүүлэлт
- 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 гадуурх 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 нарийсгагч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
49.3 Зүрх зогсох
49.4 Хүнд хэлбэрийн гипоперфузи(лактат>5 ммоль/л эсвэл 45мг/дл)
49.5 Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (рН<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 (РаО₂/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 диалез 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 (5нэгжээс 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 кодлоно уу/
Үндсэн онош: _____
Хүндрэл: _____
Дагалдах онош: _____
57. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан (зур)
58. Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн:
1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр
60. Ор хоног: _____ хоног _____ цаг _____ минут
61. Эх эндсэн үед: Эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн эсэх
1. Хийгдсэн 2. Хийгдээгүй

62.1 Эхийн эндэгдэл

Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (ӨОУА-10 кодлох)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

62.2 Эхийн ноцтой хүндрэл

Ихэс, умай, дайврыг гистологи шинжилгээнд илгээсэн эсэх

1. Илгээсэн 2. Илгээгээгүй

Ихэс, умай, дайврын гистологи шинжилгээний дүгнэлт:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

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 1: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 2: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 3: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

3 _____

67. Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

68. Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

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

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

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

70. Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

71. Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1 Эмч дуудсан хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.2 Төрсөн хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.3 Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа _____

72.4 Эмч очсон хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Мэдээлсэн

Огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Аймаг /хот: _____ сум/дүүрэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмчийн нэр: _____

Албан тушаал: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

Нас: _____

РД

Тогтмол хаяг: _____

Утас _____ | Ажлын газар _____
 Мэргэжил _____

Хөдөлмөр эрхлэлт:

1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

Боловсрол:

01	Боловсролгүй
02	Бага
03	Суурь боловсрол
04	Бүрэн дунд
05	Мэргэжлийн болон техникийн
06	Дипломын
07	Бакалавр
08	Магистр
09	Доктор

Эмнэлэг	Он	Сар	Өдөр	Цаг
Хэвтсэн				
Үр хөндүүлсэн				
Гарсан				

Ор хоног

Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

Онош	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 _____

Жирэмсний хяналтад орсон эсэх: Хэд дэх жирэмслэлт _____

1. Тийм 2. Үгүй

Үр хөндүүлсэн удаа _____ Үүнээс гүйцэд төрсөн хүүхэд _____ зулбасан _____

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 _____

Ураг хөндүүлсэн тухай тэмдэглэл:

Гадна бэлэг эрхтэнг _____ уусмалаар халдваргүйтгэж, үтрээнд толь тавьж, үтрээ болон умайн хүзүүг ариутгав. Ажилбарын үед өвдөлт намдаалтыг: /зур/ умайн хүзүүний орчны эдэд хориг хийх, бүсчилсэн мэдээгүйжүүлэг, ерөнхий мэдээгүйжүүлэг хийв.

Мэдээгүйжүүлгийн уусмал, тун хэмжээ: _____

Сэтгүүрийг умайн хүзүүгээр болгоомжтой оруулахад умайн байрлал _____, чиглэл _____, умайн хөндийн хэмжээ _____ см байв.

Умайн хүзүүг тэлсэн эсэх: Тийм Үгүй

Тийм бол /бичих/: Гигарын тэлэгч № _____, соруурын хошуу № _____

Умайн хөндийн агууламжийг № _____ хошуугаар соруулан, умайн хөндий хоосорсон эсэх /зур/: улаан ягаан цусархаг хөөс гарах, хүржигнэх чимээ сонсогдох, соруурт эд дахин орж ирээгүй-г шалгаж хавхлагыг хаасны дараа хошууг умайд үлдээж, соруурыг салгаж авав.

Умайгаас авсан эд /зур/: бүрэн, бүрэн бус

Умайгаас соруурын хошуу, суман хавчуур, үтрээний толийг авч ажилбарыг дуусгав.

Алдсан цус _____ мл. Ажилбарын үргэлжилсэн хугацаа _____

Хүндрэл гарсан эсэх: Үгүй Тийм бол бичих: _____

Ажилбарын дараах үе: _____

Жирэмснээс сэргийлэх эм, хэрэгсэл хэрэглүүлсэн эсэх: Тийм, Үгүй

Тийм бол /бичих/: _____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18 Хавсралт 01

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХИЙН ХАВСРАЛТ /ЭМИЙН/

Нэмэлт хийгдсэн шинжилгээ: _____

Онош: _____

Мифепристоны тун: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

Давтан үзлэгт ирэх хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

ҮЗЛЭГ 2. Илэрсэн зовиур, өөрчлөлт _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Мизопростолын тун хэмжээ _____

Эмийг хаана хэрэглэхээр олгосон /зур/: гэрт, эмнэлэгт

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

ҮЗЛЭГ 3. Үзлэгт ирсэн хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Үйлчлүүлэгчид илэрсэн шинж тэмдэг: _____

Ажилбар дууссан тухай тэмдэглэл: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Хэрэв ажилбар дуусаагүй бол авсан арга хэмжээ, зөвлөгөө: _____

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

3-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

4, 16-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

Эмнэлгийн нэр:

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-каковскийн 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 _____

AM-21Б

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____

_____ овогтой _____ нэр

Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм

Онош _____

Судасны цусны шинжилгээ

1. Элэгний үйл ажиллагаа (АЛАТ, АСАТ, Билирубин, тимол, сурьма)
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 /LgA, LgM, LgG/
7. Альфа амилаза
8. Фермент /КК, ГГТ, ШФ, КФ, ЛДГ/
9. Коагулограмм /РТ, ТТ, АРТВ, Фибриноген/
10. Хеликобактери /H pylori/
11. Серологи /RPR/
12. Бусад _____

Эмчийн нэр _____ /...../

200__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

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____

_____ овогтой _____ нэр

Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм

Онош _____

Өндөгний цусны шинжилгээ

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

Эмчийн нэр _____ /...../

_____ оны _____ сарын _____ өдөр

_____ Ар тал

Зөвлөмж

1. Судасны цусны шинжилгээ өгөхдөө урьд орой нь
2. Өглөө нь өлөн байвал сайн.
3. Тухайн шинжилгээний өмнө рентген, эхо, дурангийн шинжилгээг хийж болохгүй.
4. Шинжлүүлэгч сэтгэл санаа тайван, даарч ядраагүй,

Танд баярлалаа

Эмнэлгийн нэр _____

АМ-21г

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 няи \бактер судлах\

Эмч: _____/гарын үсэг/

200 оны сарын өдөр Ар тал

ЗӨВЛӨМЖ

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.

Танд баярлалаа

Эмнэлгийн нэр _____

AM-22A

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДСУУД

Эцэг /эх/ийн нэр _____

Нэр _____

РД Нас ____ Хүйс: /зур/ эр, эм
____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Шинжилэгдэхүүн		Лавлах хэмжээ	Хариу
Лейкоцит			
Эритроцит			
Гемоглобин			
Эритроцитын тухайн хурд			
Гемокрит			
Эритроцитын дундаж эзэлхүүн \mcv\			
Эритроцит дахь гемоглобины дундаж концентраци \mchc\			
Тробоцит /ялтаст эс\			
Цус гоожилт			
Цус бүлэгнэлт			
Өнгө заалт			
Ретикулоцит			
Лейкограмма	савхан бөөмт нейтрофил		
	тасархай бөөмт нейтрофил		
	эозонофил		
	лимфоцит		
	моноцит		
Улаан эсийн морфологи	анизоцитоз		
	пойкилоцитоз		
	сфероцит		
	гипохроми		
	полихормази		
	микроцит		
	макроцит		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

Эмнэлгийн нэр _____

AM-22B

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДСУУД

Эцэг \эх\ийн нэр _____

Нэр _____

РД

___ он ___ сар ___ өдөр ___ цаг ___ минут

Шинжилэгдэхүүн	Лавлах хэмжээ	Хариу
Билирубин нийт		
Шууд		
Холбоот		
Нийт уураг		
Альбумин		
Асат (ГОТ)		
Алат (ГПТ)		
Шүлтлэг фосфатаза		
Хүчиллэг фосфатаза		
& амелиза /цус/		
глутамил-трансфераза		
лактат дегидрогеназа /ПЛ/		
глюкоз		
холестерин		
триглицерид		
креатинин		
мочевин		
азот		
шээсний хүчил		
фосфор		
натри		
кали		
кальци		
магни		
хлор		
төмөр		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эмнэлгийн нэр _____

AM-22Г

ИММУНОЛОГИЙН ШИНЖИЛГЭЭ №

Эцэг /эхийн нэр _____

Нэр _____

РД

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

 Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм
_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Шинжилэгдэхүүн	Лавлах хэмжээ	Хариу
АСЛО		
Ревтатиод фактор		
С улвалжийн уураг		
фетопротейн		
иммуноглобулин G		
иммуноглобулин A		
иммуноглобулин M		
Hbs Ag		
Hbe Ag		
Hbs Ab		
Anti HCV		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

Шинжилгээний хариуны маягт
Нян судлалын лабораторийн шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	БЗДХ-ын үүсгэгч илрүүлэх						
Төрөл	Наац		Өсгөвөр		Ньюжентийн шалгуур		
Аргачлал				Үйлдвэрлэгчийн заавар			
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр			нас	эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг	13 А маягтын дугаар						
Үзлэгийн төрөл/код				Хүн амын бүлэг/код			
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан				
Төрөл	Ялгадас			Бусад			
Сорьцын дугаар							
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторид сорьц хүлээн авсан огноо		20... он...сар ...өдөр		
Онош							

Наацын шинжилгээний дүн:

Шинжлэгдэхүүн	Эрэгтэй шээсний сүв	Эмэгтэй	
		Үтрээнд	Умайн хүзүүний суваг
Хучуур эс			
Цагаан эс			
Грам /-/ диплококк			
Трихомонад			
Кокк			
Мөөгний эс			
Савханцар			
Түлхүүр эс			

Ньюжентийн шалгуур:

Элементүүд	Тоо
Лактобацилл	
Гарднерелла	
Мобилункус	
Нийт дүн	
Хариу	

Өсгөвөр шинжилгээний дүн:

№	Үзүүлэлт	Лавлах хэмжээ	Үр дүн
1	Neisseria gonorrhoeae	Сөрөг	
2	Candidas	Сөрөг	

Антибиотик мэдрэг чанар:

Үүсгэгч:					
Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн
Azithromycin		Cefotaxime		Ofloxacin	
Benzyl Penicillin		Ciprofloxacin		Spectinomycin	
Ceftriaxone		Nalidixic Acid		Tetracycline	

Тайлбар: S-мэдрэг, I- дунд мэдрэг, R- тэсвэртэй

Шинжилгээ хийсэн: Техникч Хариу гарсан огноо:.....

Баталгаажуулсан: Эмнэл зүйн эмгэг судлаач эмч

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-22М

**Шинжилгээний хариуны маягт
ТЭМБҮҮГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН**

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх						
Төрөл	ФХЭБУ		Наалдуулах			ПГУ	
Аргачлал	Үйлдвэрлэгчийн заавар		Үйлдвэрлэгчийн заавар			Үйлдвэрлэгчийн заавар	
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог				Нэр			
Регистр	нас			эрэгтэй	эмэгтэй		
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг	Өвчний түүхийн дугаар						
Үзлэгийн төрөл/код	Хүн амын бүлэг/код						
Онош							
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага				Хүлээн авсан			
Төрөл	Цус			Ийлдэс			
Дугаар	Хэмжээ						
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр			Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо		20... он...сар ...өдөр	

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	RPR	negative		
2.	RPR титр	-		
3.	TPHA	negative		
4.	Anti-syphilis IgG	negative		
5.	Anti-syphilis IgM	negative		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо:

Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:

Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-22Л

Шинжилгээний хариуны маягт
ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	ХДХВ 1/2-н халдвар илрүүлэх						
Төрөл	Хурдавчилсан		Наалдуулах		ФХЭБУ		
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр		нас		эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг			Өвчний түүхийн дугаар				
Үзлэгийн төрөл/код			Хүн амын бүлэг/код				
Онош							
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан байгууллага				
Төрөл	Цус			Ийлдэс			
Дугаар			Хэмжээ				
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо	20... он...сар ...өдөр			

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	Anti HIV1/2	Сөрөг		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо:

Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:

Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

A/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-24Б

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

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

ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН ЭРХТНҮҮДИЙН ХЭТ АВИАН ОНОШИЛГОО

.....он.....сар....өдөр

Эцэг \эхлийн нэр _____

Нас _____ Хүйс:/зур/ эр,эм

Нэр _____

Элэг: Хэмжээ _____ **Гадаргуу:** тэгш, тэгш бус **Бүтэц:** _____ жигд, жигд бус

Эхо ойлт: _____ хэвийн, ихэссэн, багассан, **Үүдэн венийн голч:** _____

Голомтот: өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____

Бусад: _____

Цэсний хүүдий: Байрлал, хэлбэр хэмжээ: _____ **Хана:** хэвийн, зузаарсан, нимгэрсэн _____

Агууламж, голомтот өөрчлөлт: цэс, хэвийн, цэс өтгөрсөн, тунадастай, чулуутай, ургацагтай _____

Цэсний ерөнхий цорго: өргөсөөгүй, өргөссөн голч _____, Бусад _____

Нойр булчирхай: Хэмжээ _____, **Хүрээ:** тэгш, тэгш бус, **Бүтэц:** _____ жиг, жигд бус

Эхо ойлт: _____ хэвийн, ихэссэн, багассан, **Голомтот:** өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____

Бусад: _____

Дэлүү: Хэмжээ: _____ **ДИ/дэлүүний индекс/** _____, **Бусад:** _____

Бөөр: Баруун-байрлал: хэвийн, хэвийн бус, **Хэмжээ:** _____ **Хүрээ:** тэгш, тэгш бус _____

АТ: өргөсөөгүй, өргөссөн, сийрэгжсэн, **Голомтот:** өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____

Зүүн-байрлал: хэвийн, хэвийн бус, **Хэмжээ:** _____, **Хүрээ:** тэгш, тэгш бус, **АТ:** өргөсөөгүй, өргөссөн, сийрэгжсэн

Голомтот: өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____, Бусад: _____

Давсаг: Хана: _____, **Голомтот:** өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____

Хэвлийн хөндийд: сул шингэнгүй, шингэнтэй _____

Бусад: _____

Эмчийн нэр _____ / _____
гарын үсэг

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

Эмнэлгийн нэр _____

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28А

Эмнэлгийн код:

ЗҮҮ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД:

ЭМД:

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний зарчим _____

5. Зүү эмчилгээний төрөл:/зур/

Их биеийн зүү

Цахилгаан зүү

Усан зүү _____ Эмийн бодис

Гарын зүү

Чихний зүү

6. Жор: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Зүү эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

Маягтын ар тал
Б тал

№	Он сар өдөр	Зүү засал	Хавсран хийгдэх эмчилгээ	Засал хийсэн эмчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28Б

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

ТӨӨНӨ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД:

ЭМД:

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Төөнө заслын төрөл: /зур/

Цахилгаан төөнө

Монгол төөнө

Шовгон төөнө

Хайрцаган төөнө

Харандаан төөнө

5. Төөнө хийх бэлчир орон: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Төөнө эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Төөнө засал	Засал хийсэн эмчийн нэр
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29А

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

ДЭВТЭЭЛГЭ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

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

Сувдан ванн

Бусад

6. Ороолт:

Эмийн бодис: _____

Бэлчир орон: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Дэвтээлгийн төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

Эмнэлгийн нэр _____

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29Б

Эмнэлгийн код:

БАРИА ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД:

ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Барианы төрөл: Бүтэн биеийн бариа : Хэсэгчилсэн бариа:

1. Бүтэн биеийн зөөлөн бариа	1. Толгой, хүзүү, нуруу
2. Халуун тосон бариа	2. Нүүрний хэсэг
3. Сүүн бариа	3. Гарын /мөр, бугалга, шуу, тохой, сарвууны хэсэг/
4. Шөлөн бариа	4. Сээр бүсэлхий ууц нуруу
5. Арвайн бариа	5. Хөлийн /түнх, гуя, өвдөг, шилбэ, тавхайн хэсэг/
6. Бусад бариа	6. 4 тольтын бариа
.....	7. Даран бариа
	8. Бусад бариа

5. Анхаарах зүйл: _____

Эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал
Б тал

№	Он сар өдөр	Барианы төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

Эмнэлгийн нэр _____

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29В

Эмнэлгийн код:

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

ХАТГАХ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД:

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

ЭМД:

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

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний төрөл, талбай, байрлал: _____

Ханасан судасны нэр: _____

Самнуур: _____

Шивүүр: _____

Түрэм: _____

5. Эмчилгээний талаар зөвлөгөө өгсөн эсэх: _____ тийм _____ үгүй

6. Гарсан хүндрэл: _____

7. Авсан арга хэмжээ: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Хатгах засал хийхийг зөвшөөрсөн өвчтөний нэр: _____

ӨДРИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ /Хүүхэд/

Дугаар №

Өдрийн эмчилгээний хуудас нээсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ мин _____

Эмнэлгийн нэр: Тасаг, кабинетийн нэр:

Эцэг /эх/-ийн нэр:..... Нэр. Нас Хүйс

Регистрийн дугаар: ЭМДаатгал №:

Цусны бүлэг: (эцэг эхийн үгээр / эмнэлэгт тодорхойлсон бол хэзээ?))

Тодорхойлсон эмч: сувилагч: огноо

Тогтмол хаяг:

Холбоо барих утас: 1. 2. 3. 4.

Нарийн мэргэжлийн эмчид үзүүлсэн: оны ... сарын ... өдөр

Явуулсан эмнэлэг: Үйлчлүүлэгчийн өвчний онош:

	Онош	ӨОУА-10 код	Огноо
1. Үндсэн			
2. Хавсарсан			
3. Хүндрэл			
Мэс засал / ажилбарын нэр		өгноо. / /	ӨОУА-9 код
			нийт зардал
		 ₮

Эмчийн үзлэг:

Өгүүлэмж:

Харшил: эм хоол бусад

Хүүхдийн амин үзүүлэлт: Биеийн байдал, Ухаан санаа,

Амьсгал Зүрхний цохилт, Артерийн даралт....., Биеийн хэм,

Цусны хүчилтөрөгчийн хангамж, Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт, FIO₂,

Ерөнхий үзлэг:

Хэсэг газрын үзлэг:

Шинжилгээний үзүүлэлтүүд хэвийн / хэвийн бус

Хавсаргасан шинжилгээ: () ЦЕШ () ШЕШ () Ре зураг/харалт () Биохими () Бүлэгнэлт () Вирус () Бак

Өдрийн (мэс засал / эмийн) оношлогоо/эмчилгээний үндэслэл:

Төлөвлөж буй мэдээгүйжүүлгийн хэлбэр:

Төлөвлөж буй мэс засал/ажилбар:

Мэс заслын өмнөх өвөрмөц бэлтгэл, гарч болох хүндрэл, түүнээс сэргийлэн авсан арга хэмжээ:

1.

2.

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

Хариулт:

Өвчтөн

..... –н аав/ ээж/ ах/ эгч/ эмээ/ өвөө/ асран хамгаалагч (доогуур зур)

би хүүхэддээ өдрийн мэс засал / эмийн эмчилгээг хийлгэхийг зөвшөөрч байна

Үйлчлүүлэгч/асран хамгаалагчийн нэр: овогтой Гарын үсэг /

20..... оны –р сарын.....өдөр

Эмчлэгч эмч /

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр:

Хэсэг газарт нэвчүүлэн Бүсчилсэн/ мэд.хориг Ерөнхий (ЕТТ / LMA / FM) үгүй

Мэс засал / ажилбар: цэвэр / идээт (зур)

Огноо.....	Эхэлсэн	Дууссан	Нийт
Мэдээгүйжүүлэг	..... цаг..... мин	..... цаг..... мин	..... цаг..... мин
Мэс засал / ажилбар	..... цаг..... мин	..... цаг..... мин	..... цаг..... мин
Эмийн эмчилгээ	..... цаг..... мин	..... цаг..... мин	..... цаг..... мин

Мэс заслын/ ажилбарын/ эмийн эмчилгээний тэмдэглэл:

Мэс засал/ ажилбарын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ авсан эсэх: тийм / үгүй (зур)

	Шинжилгээ	сорьц	Тоо, хэмжээ
1	Эдийн		
2	Нян судлалын		
3	Цусны		
4	Бусад		

Мэс засал / ажилбарын дараах онош:

Оёдолд хэрэглэсэн утас:

Хэрэглэсэн антибиотикийн тухай:

Мэс заслын өмнө:

Мэс заслын үед:

Мэс заслын дараа:

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө:

1.
2.
3.
4.

Өдрийн эмчилгээний баг:

1. / /
2. / /
3. / /
4. / /
5. / /
6. / /

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Ерөнхий мэдээлэл:

- Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар:
- Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____
Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
- Эхийн боловсрол: 1. Боловсролгүй 4. Мэргэжлийн ба техникийн
2. Бага 5. Дээд
3. Дунд 6. Мэдээлэлгүй
- Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Бусад _____
- Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй; 3. Мэдээлэлгүй
- Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?
 - Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
 - Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
 - Өрх толгойлсон эх/эцэг
 - Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг
 - Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

- Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
- Нас: нас сар хоног
- Хүйс: 1. Эрэгтэй 2. Эмэгтэй
- Хүүхдийн төрсөн газар : 1. ЭХЭМҮТ 6. Хувийн эмнэлэг
2. Хотын амаржих газрууд 7. Тээвэрлэх үед
3. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ 8. Сумын эмнэлэг
4. Дүүргийн эмнэлэг 9. Бусад _____
5. Гэрт
- Төрөх үеийн биеийн жин: (гр)
- Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:
 - Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор
 - Төрсний дараах эхний 1 хоногт
 - 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд
 - Амлуулаагүй
- Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?
 - Тийм; 2. Үгүй
- Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: (гр)
- Одоогийн биеийн өндөр: (см)
- Айлын хэд дэх хүүхэд вэ:
- Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):
 - БЦЖ 1 тун
 - Тавт вакцин 1 тун 2 тун 3 тун
 - УГУ (улаанууд, гахайн хавдар, улаанбурхан) вакцин 1 тун 2 тун
 - В гепатит 1 тун
 - Халдварт саа 1 тун 2 тун 3 тун 4 тун
 - Сахуу татран 1 тун 2 тун
 - Бусад _____

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

20. Хүүхдийн нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ___ сар ___ өдөр ___ цаг ___ минут

21. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугацааг бичнэ үү
1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ үү _____ _____ _____	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног

22. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй

23. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?

1. Өрхийн эмнэлэгт
2. Сумын эмнэлэгт
3. Хувийн эмнэлэгт
4. Аймгийн эмнэлэгт
5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
6. Гэрт:
 - o Эмчийн заавраар
 - o Өөрсдөө

24. Хүүхэд эндсэн газар:

1. эмнэлэгт
2. гэрт
3. хээр, гадаа
4. тээврийн хэрэгсэлд
5. бусад _____

25. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ___ сар ___ өдөр ___ цаг ___ минут

26. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?

1. Тийм;
2. Үгүй

27. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:

1. 1-р шатлал (сум/өрх)→2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал (сум/өрх)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)→1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)
5. Хувийн эмнэлэг→Улсын эмнэлэг
6. Бусад: _____

28. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:

1. дунд;
2. хүндэвтэр;
3. хүнд;
4. маш хүнд

29. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:

1. Сэхээн амьдруулалт
2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
3. Судсаар дусал шингэн залгасан
4. Антибиотик
5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд

- 8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
- 9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
- 10. Стеройдууд
- 11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
- 12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
- 13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
- 14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
- 15. Мэс засал
- 16. Бусад _____

30. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: хоног цаг минут

31. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:

- 1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
- 2. Яаралтай тусламжийн тасаг
- 3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____

32. Эмнэлзүйн онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу): _____

33. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

34. Эмгэг судлалын онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

35. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

36. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

• 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн) _____

• 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____

• 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн) _____

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Ерөнхий мэдээлэл:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
2. Хүүхдийн нэр: _____
3. Регистрийн дугаар: _____
4. Оршин суугаа хаяг:
Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
Баг/хороо: _____
5. Эхийн боловсрол:

01	Боловсролгүй	06	Дипломын
02	Бага	07	Бакалаврын
03	Суурь боловсрол	08	Магистр
04	Бүрэн дунд	09	Доктор
05	Мэргэжлийн болон техникийн		

6. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал

- 01 Цалин хөлстэй ажиллагч
- 02 Ажил олгогч
- 03 Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч
- 04 Нөхөрлөл хоршооны гишүүн
- 05 Мал аж ахуй эхрлэгч
- 06 Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин хөлсгүй оролцогч гишүүн
- 07 Бусад /бичнэ/

7. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан

- 01 Сургуульд сурдаг
- 02 Тэтгэвэрт
- 03 Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй
- 04 Гэрийн ажилтай
- 05 Тохирох ажил олдохгүй
- 06 Ажил хайж байгаа
- 07 Ажиллах сонирхолгүй
- 08 Бусад /бичнэ/

8. Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх:

1. Тийм
2. Үгүй

9. Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?

1. Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
2. Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
3. Өрх толгойлсон эх/эцэг

4. Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг

5. Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

10. Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____ - ____ - ____

11. Нас: ____ нас

____ сар

____ хоног

12. Хүйс:

1. Эрэгтэй

2. Эмэгтэй

13. Хүүхдийн төрсөн газар:

1. ЭХЭМҮТ

2. Хотын амаржих газрууд

3. Аймаг, БОЭТ, хотын эмнэлэг

4. Гэрт

5. Хувийн эмнэлэг

6. Тээвэрлэх үед

7. Сумын эмнэлэг

8. Бусад _____

14. Төрөх үеийн биеийн жин: гр

15. Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:

1. Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор

2. Төрсний дараах эхний 1 хоногт

3. 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд

4. Амлуулаагүй

16. Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?

1. Тийм 2. Үгүй

17. Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: кг

18. Одоогийн биеийн өндөр: см

19. Айлын хэд дэх хүүхэд вэ: _____

20. Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):

• БЦЖ 1 тун

• Тавт вакцин 1 тун 2 тун 3 тун

• УГУ вакцин 1 тун 2 тун

• В гепатит 1 тун

• Халдварт саа 1 тун 2 тун 3 тун 4 тун

• Сахуу татран 1 тун 2 тун

• Бусад

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

21. Хүүхэд нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ - ____ - ____ : ____

22. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугааг бичнэ үү
---	--------------------	-----------------------	--

1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	... хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	... хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	... хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	... хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	... хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	... хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	... хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	... хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	... хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	... хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	... хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	... хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	... хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ ҮҮ	Тийм / Үгүй	... хоног

23. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх:

1. тийм

2. үгүй

24. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?

1. Өрхийн эмнэлэгт

2. Сумын эмнэлэгт

3. Хувийн эмнэлэгт

4. Аймгийн эмнэлэгт

5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт

6. Гэрт:

○ Эмчийн заавраар

○ Өөрсдөө

25. Нас барсан газар:

1. эмнэлэгт

2. гэрт

3. хээр гадаа

4. тээврийн хэрэгсэлд

5. бусад

.....

26. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: ____ - ____ - ____ : ____

27. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?

1. Тийм

2. Үгүй

28. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:

1. 1-р шатлал (сум/өрх) → 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)

2. 1-р шатлал (сум/өрх) → 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)

3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг) → 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)

4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг) → 1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)

5. Хувийн эмнэлэг → Улсын эмнэлэг

6. Бусад _____

29. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. Дунд | 3. Хүнд |
| 2. Хүндэвтэр | 4. Маш хүнд |

30. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:

1. Сэхээн амьдруулалт
2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
3. Судсаар дусал шингэн залгасан
4. Антибиотик
5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд
8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
10. Стеройдууд
11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
15. Мэс засал
16. Бусад _____

31. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: хоног цаг минут

32. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:

1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
2. Яаралтай тусламжийн тасаг
3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____

33. Эмнэлзүйн онош:

- А. Үндсэн онош: _____
- Б. Хүндрэл: _____
- В. Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу): _____

34. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх:

- | | |
|---------|---------|
| 1. Тийм | 2. Үгүй |
|---------|---------|

35. Эмгэг судлалын онош:

- А. Үндсэн онош: _____
- Б. Хүндрэл: _____
- В. Дагалдах онош: _____

36. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх:

- | | |
|---------|---------|
| 1. Тийм | 2. Үгүй |
|---------|---------|

37. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

- 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн)

- 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____
- 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн)

А1. Эмнэлгийн нэр:

ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ ХУУДАС

Эрэмбэлэн ангилал

A	B	C	D
----------	----------	----------	----------

А2. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

А3. Нэр _____

А4. РД

А5. Нас

А6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

А10. Боловсрол	
Боловсролгүй	1
Бага	2
Суурь боловсрол	3
Бүрэн дунд	4
Мэргэжлийн болон техникийн	5
Дипломын	6
Бакалавр	7
Магистр	8
Доктор	9

А14. Өөр эмнэлэгт хандсан эсэх	
Өрх ЭМТөв	1
Сум, тосгон, сум дундын ЭМТ	2
Аймаг, Дүүргийн НЭ	3
БОЭТ	4
Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг	5
Бусад	98

А7. ТОГТМОЛ ХАЯГ:

А8. УТАС _____

А9. АЖЛЫН ГАЗАР, АЛБАН ТУШААЛ

А11. Эмнэлэгт яаж ирсэн	
Өөрөө	1
Түргэн тусламжаар	2
Бусад _____	98

15. Гэмтсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Үзүүлсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<p>А12. Гэмтэл авах үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх</p> <p>Тийм 1</p> <p>Үгүй 2</p> <p>А13. Гэмтэл авах үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх</p> <p>Тийм 1</p> <p>Үгүй 2</p>	<p>А17. Осол болсон газар, байршил /дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/ _____</p>
---	---

Б 1. ОСОЛ ГАРАХ ҮЕИЙН БАЙРШИЛ

Гэртээ	1	Ажлын байранд	Үйлдвэрлэл	8
Сургууль, цэцэрлэг	2		Барилга	9
Биеийн тамир, спортын талбай	3		Уурхай	10
Гудамж, зам	4		Албан тасалгаа	11
Худалдаа үйлчилгээний газар	5		Бусад / бичих / _____	98
Хөдөө аж ахуй ба ферм	6		Тодорхойгүй	99
Олон нийтийн газар (бар, диско)	7			

Б 2. ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ШАЛТГААН

Зам тээврийн осол /V00-V99/	1	Амьтай механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах	Нохойд хазуулах	17	
Хүчирхийлэл /X85-Y09/	2		Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____	18	
Амиа хорлохыг завдах /X60-X84/	3	Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/ _____	19		
Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах	Цас, мөсөн дээр хальтарч унах	4	Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/ _____	20	
	Явганаас унах	5	Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/ _____	21	
	Тэшүүр, цанаар гулгах үед унах	6	Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/	22	
	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхээдэн унах	7	Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах	Цахилгаан гүйдэл	23
	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/	8		Гал, дөлд	24
	Спортын хэрэгслээс унах	9		Халуун цай, хоол, тосонд	25
	Шат, гишгүүрээс унах	10		Халуун усанд	26
	Барилга, байгууламжаас унах	11		Халуун уур, агаар, хийнд	27
	Бусад уналт /бичих/ _____	12		Ахуйн халуун хэрэгсэлд	28
	Тодорхойгүй уналт	13		Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур	29
Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/ бүлгээс харах	Хурц зүйл /бичих/ _____	14		Бусад түлэгдэл _____	30
	Мохоо зүйлд /бичих/ _____	15		Тодорхойгүй	31
	Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, сальют гэх мэт бичих/ _____	16		Бусад осол /бичих/ _____	98
			Тодорхойгүй осол _____	99	

В. ЗАМ ТЭЭВРИЙН ОСОЛ V00-V99

В1 Осол гарах үед та ямар тээврийн хэрэгслээр явж байсан бэ	
Явган	1
Унадаг дугуй, мопед	2
Мотоцикл	3
Суудлын тэрэг	4
Ачааны тэрэг	5
Нийтийн тээврийн хэрэгсэл	6
Морь	7
Галт тэрэг	8
Онгоцны осол	9
Бусад _____	98
Тодорхойгүй	99

В2 Та ослын үед замын хөдөлгөөнд яаж оролцож байсан бэ	
Явган зорчигч	1
Жолооч	2
Зорчигч	3
Уралдааны морь унаач	4
Энгийн морь унаач	5
Бусад _____	98

Тодорхойгүй	99

В3 Та ослын үед ямар зүйлтэй мөргөлдсөн бэ	
Явган хүн, мал амьтан	1
Унадаг дугуй	2
Мотоцикл	3
Суудлын машин ба бага даацын тээврийн хэрэгсэл	4
Автобус, ачааны машин	5
Галт тэрэг	6
Хөдөлгөөнгүй зүйл	7
Мөргөлдөөгүй /онхолдох/	8
_____	_____
Тодорхойгүй	99

В4 Осол гарах үед та ямар хамгаалалт хэрэглэсэн бэ	
Хамгаалах бүс	
Тийм	1
Үгүй	2
В5. Хамгаалалтын малгай	
Тийм	1
Үгүй	2

В6. Зам тээврийн осолд өртөгсдийн тоо		
1	2	3
4-өөс дээш		

Г. ХҮЧИРХИЙЛЭЛ Х85-У09

Г1. Хүчирхийлэлийн хэлбэр	
Бие махбодын	1
Сэтгэл санааны	2
Бэлгийн хэлбэр	3
Эдийн засгийн хэлбэр	4
Хууль хяналтын байгууллагын дарамт	5
Хар тамхитай холбоотой	6
Бусад _____	98
_____	_____
Тодорхойгүй	99

Г2. Хэрэглэсэн арга/ зүйл	
Дүүжлэх, боймлох, боох /Х91/	1
Усанд живүүлэх /Х92/	2
Галт зэвсэг, бугаар халдах /Х93-Х95/	3
Тэсрэх, дэлбэрэх зүйлээр халдах /Х96/	4
Утаа, гал дөлөөр түлэх /Х97/	5
Халуун зүйлээр түлэх /Х98/	6
Иртэй зүйлээр /Х99/	7
Мохоо зүйлээр /У00/	8
Өндрөөс түлэх /У01-У02/	9
Тээврийн хэрэгслээр осол хийж хорлох /У03/	10
Биеийн хүчээр халдах /У04-У05/	11
Бусад /бичих/ _____	98
Тодорхойгүй	99

Д. АМИА ХОРЛОХЫГ ЗАВДАХ Х60-Х84

Д1. Амиа хорлоход хүргэсэн хэлбэр	
Биеийн өвчин	1
Сэтгэл санааны	2
Бэлгийн хэлбэр	3
Эдийн засгийн хэлбэр	4
Хууль хяналтын байгууллагын дарамт	5
Сэтгэцийн эмгэгтэй	6
Гэр бүлийн гишүүд маргалдах	7
Ажлын байрны дарамт	8
Бусад _____	98
_____	_____
Тодорхойгүй	99

Д2. Хэрэглэсэн арга/ зүйл

Эмийн бодис /бичих/ _____	1
Спирт, бусад бодис /бичих/ _____	2
Дүүжлэх, боох /Х70/	3
Усанд живэх /Х71/	4
Галт зэвсэг, буу /Х72-Х74/	5
Тэсрэх, дэлбэрэх /Х75/	6
Гал дөл, ууранд түлэх /Х76-Х77/	7
Иртэй зүйлээр /Х78/	8
Мохоо зүйлээр /Х79/	9
Өндрөөс үсрэх /Х80/	10
Зам тээврийн осолд орох /Х81-Х82/	11
Бусад /бичих/ _____	98
_____	_____
Тодорхойгүй	99

Г3. Хэдэн хүчирхийлэгч оролцсон бэ?	
1	1
2	2
3	3
4 ба дээш	4
Тодорхойгүй	99

Г5. Хүчирхийлэгч-хохилогч хоорондын холбоо	
Гэр бүлийн хүн /хамтран амьдрагч	1
Эх эцэг	2
Бусад хамаатан	3
Хамаатан биш харгалзагч	4
Танил/найз	5
Хууль цагдаагийн хүн	6
Үл таних хүн	7
Бусад _____	98
Тодорхойгүй	99

Г4. Гол хүчирхийлэгчийн хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

Е1. ТУСГАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ /Гэмтсэн шалтгаан, механизмыг дэлгэрэнгүй бичнэ./	

Е2. ГЭМТЛИЙН ОНОШ

--	--	--	--

Е3 ШИЛЖҮҮЛСЭН ХЭЛБЭР

Тасаг	1	Өрх	4
Эрчимт эмчилгээ	2	Аймаг/Дүүргийн НЭ	5
Нас барсан	3	Бусад	98

Е4. АВСАН АРГА ХЭМЖЭЭ

--	--	--	--

Эмчийн нэр, гарын үсэг /тамга/ _____ ()

ХӨДӨЛГӨӨН ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/

Гэрийн хаяг: _____

Амьдралын нөхцөл: _____

Ажил эрхлэлт, ажлын нөхцөл: _____

Зовуурь: _____

Өвчин эхэлсэн шалтгаан: _____

Шинжилгээний дүгнэлт /MRI, CP, X-Ray/: _____

Үндсэн онош (ICD-10): _____ РТ/онош (ICF): _____

Өвчин эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр Эмнэлэгт хэвтсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

Үнэлгээ хийсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр ХЗЭ дууссан: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан:он.....сар.....өдөр

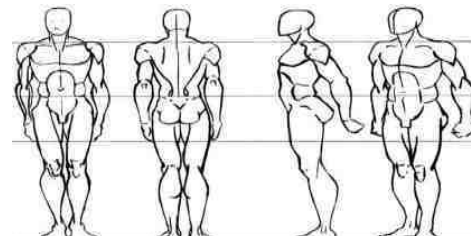
/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭӨ/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 0-өвдөлтгүй
- 1-2 маш бага өвдөлт
- 3-4 бага өвдөлт
- 5-6 дунд зэргийн өвдөлт
- 7-8 их өвдөлт
- 9-10 маш их өвдөлт

/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭД/

0 1 3 4 5 6 7 8 9 10



Өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар /Modified Barthel Index/

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Нилээд тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөх уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэнцвэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15
Нийт оноо/хувь					

Төрх байдлын анализ:

.....

.....

.....

.....

Алхааны анализ:

.....

.....

.....

.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч	Үений далайц	Үе холбоос	Далайц	Булчингийн хүч	Үений далайц
Баруун				Зүүн	
		Мөрний үе	Нугалах	0-180	
			Тэнийлгэх	0-60	
			Холдуулах	0-180	
			Ойртуулах	0-45	
			Гадагш эргүүлэх	0-90	
			Дотогш эргүүлэх	0-90	
		Тохойн үе	Нугалах	0-150	
			Тэнийлгэх	0-10	
		Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90	
			Алга дээш харуулах	0-80-90	
		Бугуйн үе	Нугалах	0-80	
			Тэнийлгэх	0-70	
		Түнхний үе	Нугалах	0-120	
			Тэнийлгэх	0-30	
			Холдуулах	0-45	
			Ойртуулах	0-30	
			Гадагш эргүүлэх	0-45	
			Дотогш эргүүлэх	0-35	
		Өвдөгний үе	Нугалах	0-135	
			Тэнийлгэх	0	
		Шагайн үе	Ээтиллгэх	0-20	

Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах: _____

Богино хугацааны зорилго: _____

Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа: _____

Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө: _____

Хийгдсэн эмчилгээ: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-35

ХӨДӨЛМӨР ЗАСЛЫН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/

Үндсэн онош (ICD-10): _____ Хөдөлмөр засалчийн онош (ICF): _____

Modified Barthel Index (өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар)

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Их тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөж уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэргэнцэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15

Нийт оноо:.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч	Үений далайц	Үе холбоос	Далайц	Булчингийн хүч	Үений далайц
Баруун		Мөрний үе	Нугалах	0-180	Зүүн
			Тэнийлгэх	0-60	
			Холдуулах	0-180	
			Ойртуулах	0-45	
			Гадагш эргүүлэх	0-90	
			Дотогш эргүүлэх	0-90	
		Тохойн үе	Нугалах	0-150	
			Тэнийлгэх	0-10	
		Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90	
			Алга дээш харуулах	0-80-90	
		Бугуйн үе	Нугалах	0-80	
			Тэнийлгэх	0-70	
		Түнхний үе	Нугалах	0-120	
			Тэнийлгэх	0-30	
			Холдуулах	0-45	
			Ойртуулах	0-30	
			Гадагш эргүүлэх	0-45	
			Дотогш эргүүлэх	0-35	
		Өвдөгний үе	Нугалах	0-135	
			Тэнийлгэх	0	
		Шагайн үе	Ээтийлгэх	0-20	
			Жийх	0-50	

1. Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах:

.....
.....
.....
.....

2. Богино хугацааны зорилго:

.....
.....
.....
.....

3. Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа:

.....
.....
.....
.....
.....

4. Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө:

.....
.....
.....
.....
.....

5. Хийгдсэн эмчилгээ:

.....
.....
.....
.....

Хөдөлмөр засалч /Ахуй засалч/: _____

20 оны сарын өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-36

**БҮХ НИЙТЭЭР ТЭМДЭГЛЭХ БАЯР, ТЭМДЭГЛЭЛТ ӨДРИЙН АМРАЛТЫН ҮЕИЙН ЭМНЭЛГИЙН
 ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭГ МЭДЭЭЛЭХ БҮРТГЭЛ**

№	Үзүүлэлт	№	Өрх сумын эрүүл мэндийн төв	Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	Төв эмнэлэг, тусгай мэргэшлийн төвүүд	Бусад	Нийт дүн		
А	Б	В	1	2	3	4	5		
1	Төрсөн эхийн тоо	1							
2	Амьд төрсөн нярай	2							
3	Амьгүй төрсөн хүүхэд	3							
4	Нас барсан хүний тоо	4							
5	Үүнээс: эмнэлэгт	5							
6	Хоног болоогүй нас баралт	6							
7	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл	7							
8	1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл	8							
9	Осол гэмтлийн улмаас нас барсан хүний тоо	9							
10	Үүнээс	Зам тээврийн ослоор		10					
		Хөлдөлт, осголт		11					
		Хордлогоор	Архины шалтгаант	12					
			Хоолны	13					
			Бусад	14					
Бусад ослоор		15							
11	Амбулаторын нийт үзлэг	16							
12	Үүнээс: Томуу, томуу төст өвчний учир	17							
13	Хүлээн авах, яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлсэн иргэдийн тоо	Насанд хүрэгчид	Нийт		18				
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		19			
				Хордлого	Архи	20			
					Хоол	21			
			Осол гэмтэл	Авто осол	22				
				Түлэгдэлт	23				
				бусад гэмтэл	24				
			Буцаасан		25				
			Нас барсан		26				
		Хүүхэд	Нийт		27				
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		28			
				Томуу, томуу төст өвчин, амьсгалын замын өвчлөл		29			
				Хордлого		30			
			Осол гэмтэл	Авто осол	31				
				Түлэгдэлт	32				
				бусад	33				
			Буцаасан		34				
Нас барсан			35						
Томуу, амьсгалын замын өвчний амбулаторийн үзлэгт эзлэх хувь		36							
Нийт		37							
Хүүхэд	0-5 насны хүүхдийн томуу, амьсгалын замын өвчлөл		38						
	Хордлого		39						
	Халдварт өвчин		40						

14	Түргэн туслам жийн дуудлагын тоо	Нийт		41						
		Насанд хүрэгчид	Осол гэмтэ	Архи	42					
				Хоол	43					
			Төрөх	44						
			Халдварт өвчин	45						
			Бусад	46						
		Эмч очихоос өмнө нас барсан		47						
15	Орон нутагт гарсан олныг хамарсан аюулд өртсөн хүний тоо	Осол, гэмтэл		48						
		Хордлого		49						
		Түлэгдэл		50						
		Үер, усны аюул		51						
		Нас баралт		52						
16	Зоонозын өвчний сэжигтэй тохиолдол		53							

Мөрийн дагуу: 9= (10+11+12+13+14+15)

ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН ХУУДАС

Өрх, сумын эмч /өрхийн сувилагч/ Бага эмч/ (зур)

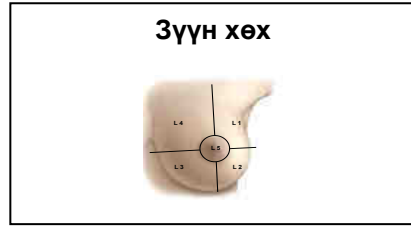
1. Эмнэлгийн нэр, код

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

2.РД

3.Эцэг, эхийн нэр:		4.Өөрийн нэр:	
5.Төрсөн он сар өдөр	7. Гэр бүлийн байдал:	8. Боловсрол:	9. Мэргэжил:
6. Нас [<input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	10.Албан тушаал 11.Ажлын газар
12. Тогтмол хаяг:		13. Асуумжийн хэсэг:	
Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот Утас: _____		Та урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж эмчлүүлж байсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэрэв тийм бол хэдэн онд өвдсөн бэ? 14. Ямар эмчилгээ хийгдсэн бэ? (Олон сонголттой байж болно) <input type="checkbox"/> Мэс засал эмчилгээ <input type="checkbox"/> Туяа эмчилгээ <input type="checkbox"/> Хими эмчилгээ <input type="checkbox"/> Хөнгөвчлөх эмчилгээ <input type="checkbox"/> Эмчилгээ хийгдээгүй	
15.Таны ойрын төрөл садангаас (ээж, эгч, охин дүү) хэн нэгэн нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Хэрэв тийм бол:			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
16.Үзлэгийн хэсэг:			
Үзлэг хийсэн огноо: он сар өдөр			
Үзлэгийн хэлбэрүүдийн аль тохирохыг тэмдэглэнэ үү(Олон хариулт сонгож болно, тохирох хариултын нүдэнд <input checked="" type="checkbox"/> тэмдэглэнэ үү)			
1.Умайн хүзүүний өмөнгийн илрүүлэгтэй зэрэгцэн хийгдэж буй хөхний өмөнгийн илрүүлэг үзлэг			
2.Боломжит илрүүлгийн бусад хэлбэр: Хөхний өмөнгөөр өвдөх өндөр эрсдэлтэй бүлгийн илрүүлэг			
2а.Урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан			
2б.Ойрын садан төрөл нь өвдөж байсан удамшилын өгүүлэлтэй			
2в.Бусад			
3.Илрүүлэг үзлэг бус, эмнэлзүйн шалтгаанаар үзүүлэхээр ирсэн			
3а.Хөхөө өөрөө тэмтрэх аргаар үзэхэд бэрсүү илэрсэн			
3б.Бусад			
17.Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хөхний эмнэлзүйн аргаар үйлчлүүлэгчийн хөхийг үзэхэд өөрчлөлт илэрсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			

Хэрэв Тийм бол, эмгэг өөрчлөлт илэрсэн хэсгийг зураг дээрх тэмдэглэгээнээс харж, хүснэгтэд тэмдэглэнэ үү. (Тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)



Шинж тэмдэг	Зураг дээрх байршлын дугаар									
	Баруун хөх					Зүүн хөх				
	R1	R2	R3	R4	R5	L1	L2	L3	L4	L5
Нүдээр харах, тэмтрэхэд хэвийн байх										
Хөхөнд бэрсүүтэй, хэмжээ (мм)										
Арьс татагдах										
Цээжний хана руу тархаж, наалдацтай болох										
Жүржийн хальсны шинж тэмдэг (шархлах)										
Хөхний толгой татагдах										
Хөхний толгойноос шүүрэл гарах										
18.Тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ /хөдөлгөөнтэй/ <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ /орчны эдтэйгээ наалдацтай/ <input type="checkbox"/> үнэлэх боломжгүй										
19.Тунгалгийн булчирхай тэмтрэгдэж байгаа бол байрлалыг тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү.										
Байршлын дугаар										
R – Баруун тал				L – Зүүн тал						
Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний			
R6	R7	R8	R9	L6	L7	L8	L9			

20. Үзлэг хийсэн эмч/сувилагчийн, дугаар _____ /

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

Заавар: Тодруулсан асуултууд (асуулт 15-17) Эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулах асуултууд байх болно. Бусад задгай хариулт бүхий асуултуудыг эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулахгүй.

Байршлын дугаарыг зургаас харна уу	Нүдээр харах тэмтрэхэд хэвийн байна уу	Бэрсүү байна уу		Бэлэгдсэн /хөдөлгөөн/ байдал		Жүржийн хальсны шинж /арьсны шархлаа/ зангилаа	Хөхний толгой цааш татагдсан	Хөхний толгойноос шүүрэл гарах	
		Тийм/ Үгүй	Тийм/ Үгүй	Хэмжээ /mm/	Арьс				Цээжний хана
					Тийм/ Үгүй				Тийм/ Үгүй
Баруун	R1								
	R2								
	R3								
	R4								
	R5								
Зүүн	L1								
	L2								
	L3								
	L4								
	L5								
15.Тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> үнэлэх боломжгүй									
16.Хэрэв тэмтрэгдэж байвал: дараах хэсэгт тэмдэглэнэ үү,									
Байршлын дугаар									
R – Баруун тал					L – Зүүн тал				
Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний		Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	
R6	R7	R8	R9		L6	L7	L8	L9	

17.Хийгдсэн мэс ажилбар (Тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)

Хийгдсэн үйлдэл	Зургийг ашиглан байрлалыг тодорхойлох																		
	Баруун хөх					Зүүн хөх					Тунгалагийн булчирхай -баруун талд				Тунгалагийн булчирхай - зүүн талд				
	R1	R2	R3	R4	R5	L1	L2	L3	L4	L5	R6	R7	R8	R9	L6	L7	L8	L9	
Хатгалт хийж эсийн шинжилгээ авсан																			
Хатгалт хийж эдийн шинжилгээ авсан																			
Зүсэлт хийж эдийн шинжилгээ авсан																			
Мэс заслын аргаар эдийн шинжилгээ авсан																			

Маммографи шинжилгээний маягт

Мэс заслын эмч/ Рентген оношлогооны эмч

1. Эмнэлэгийн нэр, код				2.РД											
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															
3.Эцэг, эхийн нэр:				4.Өөрийн нэр:											
5.Төрсөн он сар өдөр		8. Боловсрол:		9. Тогтмол хаяг:											
6. Нас []		<input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот											
7.Гэр бүлийн байдал:															
<input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн															
10. Мэргэжил:		11.Албан тушаал	12 .Ажлын газар												
13.Шинжилгээ хийсэн огноо: он сар өдөр															
14.Шинжилгээний дүгнэлт (Тохирох өөрчлөлтийн нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү, олон хариулттай байж болно)															
Хэвийн															
Фиброз - уйланхай															
Хөхний толгой татагдсан															
Арьсанд наалдаж, хөдөлгөөнгүй болсон															
Булчирхайн суваг шохойжсон															
Завсрын эд шохойжсон															
Булчирхайн сувгууд олширч, хэлбэр дүрсээ алдсан															
Эмгэг сүүдэр илэрсэн															
Бүтэц:		1 өнгөтэй <input type="checkbox"/>		1 төрлийн бус, жигд бус <input type="checkbox"/>											
Ирмэг хүрээ :		Тод <input type="checkbox"/>		Тод бус <input type="checkbox"/>											
Эрүүл эд хамарсан :		Тийм <input type="checkbox"/>		Үгүй <input type="checkbox"/>											
15. Авсан арга хэмжээ :															
<input type="checkbox"/> Хэвийн бус гэсэн дүгнэлт өгсөн тул үйлчлүүлэгчийг Мэс заслын эмчид эргэн хандахыг зөвлөсөн															
<input type="checkbox"/> Хэвийн гэсэн дүгнэлт өгсөн тул үйлчлүүлэгчид зөвлөгөө өгсөн <input type="checkbox"/>															
16 Шинжилгээний дүгнэлт гаргасан эмчийн нэр, дугаар / _____ /															

Заавар: Энэхүү маягтын **А** (1-12 асуулт) хэсгийг мэс заслын болон хавдрын эмч бөглөн үйлчлүүлэгчийг уг маягтын хамт маммограммын аппарат бүхий дүрс оношлогооны кабинетад илгээнэ. Рентген оношлогооны эмч үргэлжлүүлэн бөглөж, шинжилгээний дүгнэлтийг тэмдэглэн, маягтыг цаасаар аймаг, дүүргийн Хавдар бүртгэгчид илгээнэ.

Энэ маягтын эх хувь нь хадгалах хугацааны туршид Хавдар бүртгэгчид хадгалагдана.

	<input type="checkbox"/> Суулгац <input type="checkbox"/> Бэлгэвч <input type="checkbox"/> Хавсарсан арга <input type="checkbox"/> Хэрэглэдэггүй	<p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Шархтай <input type="checkbox"/> Цэврүүтэй <input type="checkbox"/> Хавдрын сэжигтэй
Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээ авахыг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../...../			
19.Сорьц авсан огноо : он сар өдөр Авсан эмчийн нэр,гарын үсэг,.....			
20.Сорьц илгээсэн огноо : он сар өдөр			
21 .Хүний папиллом вирусийн илрүүлэх шинжилгээний сорьц авсан : Он сар өдөр Авсан эмчийн нэр,гарын үсэг,.....			
22.Дээрх сорьц илгээсэн огноо : он сар өдөр			
23.Эс судлалын шинжилгээний хэсэг			
Пап наац хүлээж авсан эмнэлгийн нэр, код ,.....,Шинжилгээний дугаар			
Пап наац хүлээн авсан огноо: он сар өдөр			
24.Наац шаардлага хангасан эсэх: <input type="checkbox"/> Шаардлага хангасан <input type="checkbox"/> Шаардлага хангаагүй			
25.Шаардлага хангаагүй бол <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (цус ихтэй) <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (эс цөөн, халдвар зур) <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (бусад-агаарт хатаагдсан)	26.Эндоцервикал эс байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	27.Бэлгийн замын халдвар: <input type="checkbox"/> Трихоминад <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> Кокобацилл <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр	28.Урвалж өөрчлөлт: <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> Атрофи <input type="checkbox"/> Метаплази <input type="checkbox"/> Реактив өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Үгүй
29.Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, онош (Тохирох хариултын нүдэнд √ тэмдэглэнэ үү)			
Д/Д	БЕТЕСДА АНГИЛАЛ		
1	Хэвийн		
2	Хэвшинжгүй хавтгай эсүүд – Өөрчлөлт нь тодорхой бус (ASC-US)		
3	Хэвшинжгүй хавтгай эсүүд – Хучуур эдийн дотор хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй (ASC-H)		

4	Хавтгай хучуур эсийн хөнгөн гэмтэц (LSIL)	
5	Хавтгай хучуур эсийн хүнд гэмтэц (HSIL) (CIN II, CIN III, CIS)	
6	Хавтгай хучуурын Байран өмөн (CIS)	
7	Цөмлөн түрсэн өмөн (SCC)	
8	Хэвшинжгүй булчирхайлаг эсүүд (atypical glandular cell -AGUS)	
9	Булчирхайлаг эсийн байран өмөн (adenocarcinoma in situ)	
10	Булчирхайлаг өмөн (adenocarcinoma)	
11	Бусад хорт хавдар	

30. Хүний папиллом вирусийн илрүүлэх шинжилгээний хариу эерэг сөрөг

31. Нэмэлт тэмдэглэл:

32. Эс судлаач эмчийн нэр,

_____ /

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

33. Эсийн шинжилгээний хариу гарсан огноо: (0000/CC/ӨӨ]

34. Эсийн шинжилгээний хариуг хүлээлгэн өгсөн огноо:

(0000/CC/ӨӨ]

Заавар: Энэхүү маягтын (1-22 дүгээр асуулт) хэсгийг өрх, сумын эмч хөтлөнө.

Эс судлаач эмч 23 дугаар асуулт хэсгээс эсийн шинжилгээний дүгнэлтийг бичиж, тухайн өдөртөө багтаан эргэн дуудах тогтолцооны програмд шивж оруулна. Бүртгэлийн маягтуудыг цуглуулан долоо хоногт нэг удаа аймаг, дүүргийн статистикч (ХБА) эмчид цаасаар илгээнэ.

Үзлэг хийсэн огноо: _____ он ____ сар__ өдөр			
22. Гадна бэлэг эрхтний хөгжил:		23. Умайн хүзүүний харагдах байдал:	
<input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Дутуу <input type="checkbox"/> Эмгэгтэй <input type="checkbox"/> Уужим <input type="checkbox"/> Бачуу		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Умайн хүзүүний уулзвар хэсэг бүтэн харагдана <input type="checkbox"/> Уулзвар хэсэг харагдахгүй <input type="checkbox"/> Үрэвсэлтэй <input type="checkbox"/> Шархалсан	
		<input type="checkbox"/> Ур ургацаг харагдана цагийн байрлалд ... хэмжээтэй <input type="checkbox"/> Цайвар тов харагдана ...цагийн байрлалд ... хэмжээтэй <input type="checkbox"/> Хавдрын сэжигтэй ... цагийн байрлалд ... хэмжээтэй	
24. Үтрээний дурангийн шинжилгээ хийсэн үү? <input type="checkbox"/> Хийсэн <input type="checkbox"/> Хийгээгүй			
25. Хэрэв хийсэн бол үтрээн дурангийн шинжилгээ хийх талаар үйлчлүүлэгчид таниулж зөвшөөрөл авсан эмчийн нэр, гарын үсэг /...../			
26. Үтрээн дурангийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../			
27. Үтрээн дурангийн шинжилгээний дүгнэлтийн хэсэг			
Шинжилгээ <input type="checkbox"/> Хангалттай <input type="checkbox"/> Хангалтгүй			
Шилжилтийн бүс <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 1 <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 2 <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 3			
Умайн хүзүүний өөрчлөлт:		Үтрээний өөрчлөлт:	
<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хавдар сэжиглэх <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлтүүд		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хавдар сэжиглэх <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлтүүд	
Эдийн шинжилгээ авах талбай сонгох боломжтой эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
Кольпоскоп шинжилгээний урьдчилсан онош :			
ӨОУА-10			
28. Эдийн шинжилгээ авсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
29. Хэрэв тийм бол умайн хүзүүний эдийн шинжилгээ хийх талаар үйлчлүүлэгчид таниулж зөвшөөрөл авсан эмчийн нэр, гарын үсэг /...../			
30. Умайн хүзүүний эдийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../			
31. Эдийн шинжилгээнд сорьц илгээсэн огноо:			
32. Эдийн шинжилгээний дүгнэлт:			
Эдийн шинжилгээний дүгнэлт илгээсэн лабораторын нэр, дугаар:			
Эдийн шинжилгээний хариу хүлээн авсан огноо: _____ он ____ сар__ өдөр			
Эдийн шинжилгээний хариу:			
33. (Тохирох хариултын нүдэнд √ тэмдэглэнэ үү)			
Д/Д	ДЭМБ-ын ангилал		
1	Онош тогтоох боломжгүй	6	CIS /Байран өмөн /
2	Хэвийн	7	SCC /Цөмлөн түрсэн өмөн/
3	CIN 1	8	Аденокарцинома
4	CIN 2	9	Бусад
5	CIN 3		

34. Эмэгтэйчүүдийн эмчийн дүгнэлт хэсэг

Төгсгөлийн онош: Хэвийн Үрэвсэлтэй CIN1 CIN2-CIN3 Байран өмөн
 Цөмлөн түрсэн өмөн (SCC)

_____ ӨОУА – 10

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

Арга хэмжээ авч эхэлсэн огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр

35. Авсан арга хэмжээ:

Давтан шинжилгээ хийх Дараагийн илрүүлэг үзлэгт хамрагдахыг зөвлөсөн
 Шаардлагатай эмийн эмчилгээг зөвлөсөн LEEP Конизаци ХСҮТ-д эмчилгээ
хийлгэхийг зөвлөсөн Давтан хамрагдалт

36. Зөвлөмж, тэмдэглэгээ

_____ /

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

Заавар: Энэхүү маягыг үзлэг хийсэн тухайн өдөрт нь Эргэн дуудах тогтолцооны програмд шивж оруулна. Давтан авсан эсийн болон эдийн шинжилгээний хариу гарсны дараа дүгнэлтээ гаргаж, үлдсэн асуултуудыг бүрэн бөглөсний дараа маягыг програмд оруулан, цаасаар аймаг, дүүргийн статистикч (ХБА) эмчид илгээнэ..

Жич: Үйлчлүүлэгч өрх, сумын эрүүл мэндийн төвдөө үзүүлээгүй шууд эмэгтэйчүүдийн кабинетаар үйлчлүүлж, зөвхөн эсийн шинжилгээ авсан тохиолдолд ЭИМ-3- г хөтөлнө.

-Түүнчэн төрөлжсөн мэргэжлийн төв, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдэд эрт илрүүлэг үзлэг хийсэн хийсэн тохиолдолд эх барих эмэгтэйчүүдийн эмчийн хөтлөх маягыг хөтөлж, Эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулан мэдээллийн сан үүсгэж, журмйн дагуу мэдээлнэ. Энэхү маягтын дагуу Эрт илрүүлэг эргэн дуудах тогтолцооны програм ажиллах бөгөөд тухай бүрд хөгжүүлэлт хийх болон заавар зөвлөмж өгөх ажлыг ХСҮТ-ийн Хавдрын бүртгэл тандалт эрт илрүүлгийн алба хариуцна.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр, лого

		РД			
		НДД			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Өвчний түүх нээсэн он сар өдөр цаг мин / /			
		Тасгийн нэр:		Өөрийн нэр:	
Төрсөн он сар өдөр / /	Нас: _____	Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн		Боловсролын байдал: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ тоот _____			Ажлын газар, албан тушаал: Мэргэжил: _____		Цусны бүлэг: _____ Баталгаажуулсан хүний нэр гарын үсэг: _____
Яаралтай үед холбоо барих Өөрийн утас: _____ Ар гэрийн утас: _____		Төлбөрийн төрөл: <input type="checkbox"/> Төр хариуцсан <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> Өвчтөн хариуцсан		Доод шатлалаас илгээсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Харшлын анамнез: <input type="checkbox"/> Эмийн бодис <input type="checkbox"/> Хоол хүнс <input type="checkbox"/> Бусад
Хэвтэх үеийн онош					
Үндсэн онош					ӨОУА-код он сар өдөр
Дагалдах онош					
Хүндрэл					
Үйлдлийн онош (Мэс засал, мэс ажилбар)					ҮОУА-код
Уламжлалтын онош					
Өвчний төгсгөл: <input type="checkbox"/> Эдгэрсэн <input type="checkbox"/> Сайжирсан <input type="checkbox"/> Хэвэндээ <input type="checkbox"/> Нас барсан		Эмнэлгээс: <input type="checkbox"/> Гарсан <input type="checkbox"/> Шилжсэн <input type="checkbox"/> Нас барсан		он сар өдөр / / / / / /	Ор хоног [] хоног [] цаг
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг		Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Эмчилгээ эрхэлсэн орлогч, тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/			
Үзлэг эхэлсэн _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут ХЧТА-ын _____ хоног					
Өндөр (см) []			Цусны даралт (ммуб)		
Жин (кг) []			<input type="checkbox"/> Систолын даралт []		
Биеийн жингийн индекс (кг/м2) []			<input type="checkbox"/> Диастолын даралт []		

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Хэвтэх үеийн зовиур:

Өвчний түүх:

Амьдралын түүх:

Ахуйн нөхцөл:

Орон сууцанд Гэрт, Бусад

Ажил хөдөлмөрийн нөхцөл:

Ердийн Хүнд Хортой
 Бусад

Урьд өвчилсөн өвчин, эмгэгийн байдал:

Халдварт:

Улаан бурхан Салхин цэцэг
 Вирус хепатит А Вирус хепатит В
 Вирус хепатит С Сүрьеэ
 Гахайн хавдар Бусад _____

Мэс ажилбар хийсэн эсэх:

Осол гэмтэл, хордлого, шалтгаан

Харшлын анамнез:

Эмийн бодис Хоол хүнс
 Бусад

Удамшлын анамнез:

Удамшлын өвчнүүд:

Хооллолтын байдал:

Ердийн
 Цагаан
 Бусад

Архи хэрэглэдэг эсэх:

Тийм
 Үгүй

Тамхи татдаг эсэх:

Тийм
 Үгүй

Хэдэн наснаас эхэлж татсан _____
Хэдэн жил татаж байгаа _____

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:

Эмзэглэлтэй эсэх:
 Эмзэглэлгүй
 Эмзэглэлтэй (_____)
 Уян чанар:
 Хэвийн Буурсан

Дууны доргион:
 Хэвийн Суларсан
 Тодорхойлогдохгүй
 Хүчтэй болсон

Тогшилт

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)

Зүрх судасны тогтолцоо

Зүрх судасны эрсдэлт хүчин зүйлс:

Зохисгүй хооллолт Архины зохисгүй хэрэглээ
 Хөдөлгөөний хомсдол Удамшил
 Стресс Артерийн гипертензи
 Таргалалт Гиперхолестеринеми
 Тамхидалт Чихрийн шижин

Ажиглалт

Арьсны хөхрөлттэй эсэх: Захын хавантай эсэх:
 Тийм Үгүй Тийм Үгүй
 Гүрээний венийн Зүрхний оройн түлхэлт:
 лугшилт: Ажиглагдана
 Ажиглагдахгүй Ажиглагдахгүй
 Ажиглагдана (хүчтэй, дунд, сул)

Тэмтрэлтээр

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

Тогшилтоор

Зүрхний (харьцангуй) хил хязгаар:
 Хэвийн
 Томорсон (дээд, баруун, зүүн хил)

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		
Хэл өнгөртэй эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Арьс, салст-чийглэг <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Өнгө _____ Хэвлийн – хэм <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус Хэлбэр _____		Хэвлий эмзэглэлтэй эсэх <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Булчингийн чангарал байгаа эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хэвлийн хэнгэрэгэн чимээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн Ихэссэн хэсэгт тогшилтын дуу <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Тодорсон <input type="checkbox"/> Дүлий болсон	Чагналтаар Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Дүлий	
Гүнзгий тэмтрэлтээр:						
Тахир гэдэс – байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Өгсөх болон уруудах гэдэс: - Байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хөндлөн гэдэс: Байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Цутгалан гэдэс: Байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Элэг цэс, дэлүү						
Элэгний шинж тэмдгүүд: <input type="checkbox"/> Мэдрэл сульдал <input type="checkbox"/> Биж хам шинж <input type="checkbox"/> Иммуни-үрэвслийн шинж <input type="checkbox"/> Өвдөх хам шинж: Хүч _____ Хугацаа []		<input type="checkbox"/> Шарлах хам шинж <input type="checkbox"/> Загатналт <input type="checkbox"/> Цусархаг хам шинж <input type="checkbox"/> Элэгний их шинж <input type="checkbox"/> Элэгний бага шинж		Элэгний хэмжээ тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (Баруун, зүүн дэлбэн, зур)	Дэлүүний хэмжээ тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (I, II, III, IV зэрэг, дугуйл)	
Шээс бэлгийн тогтолцоо						
Хоногийн шээсний гарц: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Багассан		Шээсний өнгө: <input type="checkbox"/> Сүрлэн шар <input type="checkbox"/> Улаан шар <input type="checkbox"/> Өнгөгүй <input type="checkbox"/> Тундастай <input type="checkbox"/> Тундасгүй		Шөнө шээдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм, тоо _____ <input type="checkbox"/> Үгүй Шээс тасалддаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Дутуу шээдэг эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Дүлж шээдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Шээхэд давсгаар өвддөг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Бөөр тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (Баруун, зүүн) Пастернацкий <input type="checkbox"/> Баруун () <input type="checkbox"/> Зүүн ()
Мэдрэлийн тогтолцоо						
Үнэрлэх мэдрэмж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Ялгахгүй Сонголын мэдрэмж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан		Нүүрний 2 тал: <input type="checkbox"/> Ижил <input type="checkbox"/> Ижил бус Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хадгалагдана <input type="checkbox"/> Хадгалагдаагүй		Мэдрэхүй: Өнгөц: Гүн: Хэт мэдрэгшил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Буурсан		
Сэтгэцийн байдал:						
Бусад: (Арьс, үе мөч, тунгалагийн тогтолцоо)						

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

КЛИНИКИЙН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

Зовиураас:

Асуумжаас:

Бодит үзлэгээс:

Лабораторийн шинжилгээ:

Үйл оношийн шинжилгээ:

Үндсэн онош:

Дагалдах онош:

Хүндрэл:

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

ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ, ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ДҮГНЭЛТ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____

Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

_____ оны _____ сарын _____ -нд _____

оношоор эмнэлэгт _____ хоног хэвтэж эмчлүүлэв.

Нийт хэрэглэсэн эмийн зардал (₮): 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 томографи	12
Иммунологи	6	Соронзон томографи	13
Бусад	7	Хийгдээгүй	14

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

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 _____

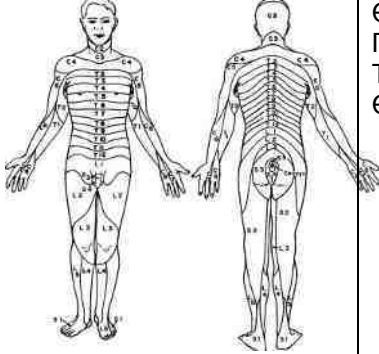
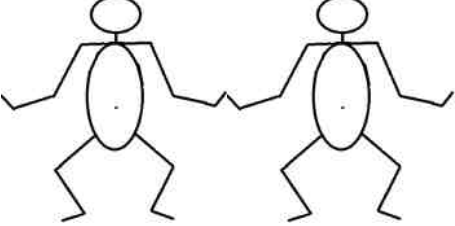
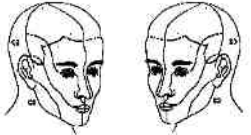
Шарх эдгэрэлт - анхдагчаар, хоёрдогчоор /зур/

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

Эмчлэгч эмч _____
_____ он _____ сар _____ өдөр

МЭДРЭЛИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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

<input type="checkbox"/> Хэвийн	Эвэрлэгийн рефлекс				Хатангиршил/татвалзал		
<input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Зажлуурын булчингийн хүч				Дизартри/анартри		
Хөдөлгөөний тогтолцоо				Мэдрэхүйн тогтолцоо			
Булчингийн хүч		Рефлексүүд				Өнгөц мэдрэхүй- Өн Гүний мэдрэхүй- Г Температур - Т Өвдөлт- Өв	
		Эмгэг рефлекс: <input type="checkbox"/> Бөхийх <input type="checkbox"/> Гэдийх Булчингийн тонус: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Хэвийн бус: <input type="checkbox"/> БГ <input type="checkbox"/> БХ <input type="checkbox"/> ЗГ <input type="checkbox"/> ЗХ					
7. Тэнцвэрийн тогтолцоо				8. Мэнэнгийн хамшинж:			
Зогсох тэнцвэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус ____ Явах тэнцвэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус ____ Шугаман алхалт: Хурдан солигдох хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хэвийн ____ <input type="checkbox"/> Дисдиадохокинез Ромбергийн сорил: <input type="checkbox"/> БГ <input type="checkbox"/> БХ <input type="checkbox"/> ЗГ <input type="checkbox"/> ЗХ <input type="checkbox"/> Эерэг <input type="checkbox"/> Сөрөг				<input type="checkbox"/> Дагзны хөшингө: _ хуруу <input type="checkbox"/> Кернигийн шинж: Б_ 3_			
				9. Ёзоорын хамшинж:			
				<input type="checkbox"/> Ласегийн шинж: Б_ 3_ <input type="checkbox"/> Мацкевичийн шинж: Б_ 3_ <input type="checkbox"/> Сколиоз <input type="checkbox"/> Нурууны булчингийн чангарал			
						10. Вегататив үйлийн байдал	
<input type="checkbox"/> Хэвийн		Б	З	<input type="checkbox"/> Хөлрөлт: _____ <input type="checkbox"/> Пигментаци: _____ <input type="checkbox"/> Вазомотор урвал: _____ <input type="checkbox"/> Симпаталги: _____ <input type="checkbox"/> Тэжээрлийн байдал: _____			
<input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Өсгий-өвдөг-шилбэний						
	Хуруу-хамрын сорил						
	Дисметри:						
11. Бусад шинжүүд:							
12. Байршлын болон клиникийн онош:							

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 рефлекс			4. Мэдрэхүйн тогтолцоо
Рефлекс	Б	З	
Хэвлийн дээд рефлекс			
Хэвлийн дунд рефлекс			
Хэвлийн доод рефлекс			
Хөлийн улны рефлекс			
Хушганы рефлекс			
Рефлекс (Зураг дээр): (0) үүсэхгүй, (+) сул, (++) хэвийн, (+++) ихэссэн, (++++)хэт ихэссэн, эмгэг рефлекс (↓↑) эмгэг рефлекс			Тэмдэглэгээ (Зураг дээр): (Ө) (Т) (Х) (С)
Хөдөлгөөний идэвхи Хөдөлгөөнгүйтэл (Гипокинез)			

НҮДНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст	
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд	<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо			
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Хэржигнүүртэй <input type="checkbox"/> Уушги цулцангийн <input type="checkbox"/> Амьсгал сулавтар <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн (баруун, зүүн, 2 талдаа)		
Цусны эргэлтийн тогтолцоо			
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо			
Хэл <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: <input type="checkbox"/> Өнгөц тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Гүн тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (байрлал _____) <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Зөөлөн гялтан цочрол үгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн		
Мэдрэлийн тогтолцоо			
Сонсох чадвахи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хадгалагдана <input type="checkbox"/> Хадгалагдахгүй		
Бусад _____			
Сэтгэцийн байдал _____			
НҮДНИЙ ҮЗЛЭГ			
VOD		ph	
VOS		ph	
Өнгө танилт:			
Нүдний хөдөлгөөн:			
Нулимсны зам:			
Зовхи:			
Салст:			
Склер:			
Эвэрлэг:			
Өмнөд таславч:			
Солонгон бүрхүүл:			
Хүүхэн хараа:			

Болор:

Шилэнцэр:

Нүдний уг:

Бусад:

НҮДНИЙ ШИНЖИЛГЭЭ

Autorefractometer:

Tonometer:

Exophthalmometer:

Schirmer test:

A scan:

B scan:

ССТ:

Gonioscopy:

ОСТ (ОНН):

ОСТ (Macula):

Humphrey:

FFA:

X-ray:

СТ:

MRI:

Бусад:

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Өвчин эхэлсэн хугацаа: он сар өдөр

Нүдний эмчилгээ хийлгэж байсан эсэх:

Нүдний мэс засал хийлгэж байсан эсэх:

Удамшлын анамнез:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд

Хийгдэх шинжилгээ

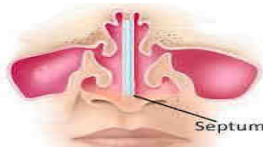

Яаралтай хийгдэх эмчилгээ

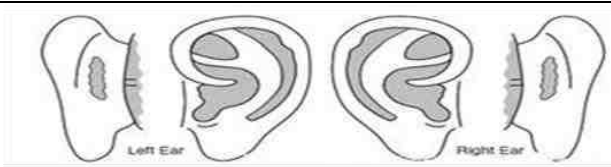
Эмчийн нэр:

Гарын үсэг

он сар өдөр
/ /

ЧИХ ХАМАР ХООЛОЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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



<p>Чихний гадна суваг:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийссан (төрөлхийн, олдмол)	<input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Саадтай <input type="checkbox"/> Ялгадасгүй <input type="checkbox"/> Ялгадастай: (идээрхэг, үнэртэй, ногоон)	<p>Сувгийн хана:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Цүлхийсэн (аль хана)	
--	--	---	--

<p>Хэнгэргэн хальс:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Бусад <input type="checkbox"/> Сувдан саарал <input type="checkbox"/> Улаан	<input type="checkbox"/> Цооролтын байрлал <input type="checkbox"/> Цооролтын хэмжээ <p>Хэнгэргэн хөндийн салст:</p> <input type="checkbox"/> Цайвар ягаан <input type="checkbox"/> Улаан <input type="checkbox"/> Эмгэг өөрчлөлт	
--	---	--

Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал: _____

<p>Хөглүүрийн сорил:</p> <input type="checkbox"/> Ринне <input type="checkbox"/> Вебер <input type="checkbox"/> Желле <input type="checkbox"/> Вальсалва	<p>Сонсголын бичлэг:</p> <p>_____</p> <p>Зэрэг:</p> <p>_____</p>	<p>Ам ангайлт:</p> <input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Хязгаарлагдсан <p>Хүүхэн хэл:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	<p>Зөөлөн тагнай:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Тагнайн гүйлс:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон <input type="checkbox"/> 1-р зэрэг <input type="checkbox"/> 2-р зэрэг <input type="checkbox"/> 3-р зэрэг <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлт
---	--	--	---

	<p>Архаг үрэвслийн шинж:</p> <input type="checkbox"/> Зак <input type="checkbox"/> Гисс <input type="checkbox"/> Преображенский <input type="checkbox"/> Бусад	<p>Лакуны байдал:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өргөссөн <p>Залгиурын ар хана:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	<p>Залгиурын хажуу хана:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Шувтан хонхрын байдал:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус
--	---	--	---

<p>Төвөнхийн гадна үзлэг:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	<p>Нуржигнах:</p> <input type="checkbox"/> Чимээтэй <input type="checkbox"/> Чимээгүй	<p>Халхавч мөгөөрс:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Төвөнхийн салст:</p> <input type="checkbox"/> Цайвар ягаан <input type="checkbox"/> Улаан <input type="checkbox"/> Цайвар	<p>Утгуур мөгөөрс:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Дууны туслах хөвчүүд:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Жинхэнэ хөвч:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус
--	--	--	--

	<p>Дууны өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Фонаци хийх үед: (Дууны хөвчүүд бүрэн гадаргуугаар шүргэлцэнэ) Дууны хөвчүүдийн үйл ажиллагааны хямрал:</p>	<p>Дууны хөвчийн доод зайн байдал: _____ ЦМХоолой цагираг:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Өнгө <p>Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал: Бусад: _____</p>
--	---	---

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

<input type="checkbox"/> Дангараа	<input type="checkbox"/> 2 талд тэгш	<input type="checkbox"/> Энд тэнд
<input type="checkbox"/> Нэг хэсэг (хэсэгчилсэн)	<input type="checkbox"/> Тэгш бус	<input type="checkbox"/> Blaschko-н шугам дагуу
<input type="checkbox"/> Хэсэг газрыг хамарсан	<input type="checkbox"/> Өртсөн хэсэгт	
<input type="checkbox"/> Бүх биеэр тархсан	<input type="checkbox"/> Даралттай хэсэгт	

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

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

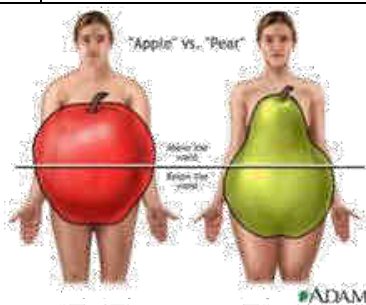
Чихрийн шижингийн үзлэг

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/м²

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	Сайн	Дунд	Муу
4-6%	<6.5%	6.5-7.5%	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		

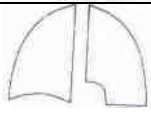
Зүрх судасны вегетатив невропати:					
Бөөр:					
Үзүүлэлтүүд	Хариу	Хэвийн хэмжээ	Микроальбуминурийн шинжилгээ		
Сахар				< 20	
Кетон				20-200	
Уураг				200	
Цагаан эс			Креатинин		
Улаан эс			АКХ	< 2.5/эр/	
Цилиндр			(Альбумин / Креатинины харьцаа)	< 3.5/эм/	
Хөл: 		Арьсны өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөлттэй Арьс хуурайшилт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөлттэй Хумсны байдал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөлттэй Хөлийн хэлбэр <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөлттэй		Дараах өөрчлөлт илэрсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Эвэр <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> Зузаарал <input type="checkbox"/> Шарх <input type="checkbox"/> Хагарал <input type="checkbox"/> Ампутаци	Хөлийн судасны лугшилт: a.pedis dorsalis: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй a.tibialis posterior: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй
Хөлийн мэдрэхүй: /тэмдэглэ/					
Доргионы: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	Хүрэлцэхүйн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	Температурын: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	Өвдөлтийн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	Монофиламент: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	
Шагай, Бугалганы индекс: <input type="checkbox"/> Баруун: <input type="checkbox"/> Зүүн:					
Борвины рефлекс: <input type="checkbox"/> Баруун: <input type="checkbox"/> 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

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

АНХАН ШАТНЫ ҮЗЛЭГ БОЛОН СЭХЭЭН АМЬДРУУЛАХ

А	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

В Амьсгалын болон цээжинд өгөх үнэлгээ				
Амьсгал	Тусламжтай	Өөрөө	Амьсгалын аппарат	Тийм/үгүй
Цээж рүү нэвтэрсэн гэмтэл		<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Хэмжээ:	
Үзлэг:				
				
Эмчилгээ:				

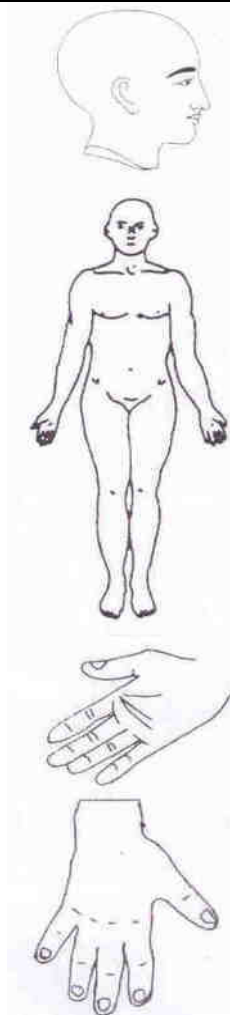
С Цусны эргэлт болон гэмтлийн шаталбар /оноо			
Анхан шатны үзлэг			
Судасны лугшилт			
Цусны даралт			
Амьсгалын хэмжээ			
Амьсгалын байдал	Хэвийн	Өнгөц	Тасалданг
Калиллярын дүүрэх хугацаа	<2 сек	>2 сек	байхгүй
Температур			
Мөчний хэлбэр алдагдсан			
Гадагш цус алдалт			

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
	Өвтгөхөд	2
	Зүүгээр хатгахад	1
Хэл яриа	Орон зай хугацааны баримжаатай	5
	Ойлгомжтой гэхдээ будилсан	4
	Тохироогүй үг хэлэх	3
	Ойлгомжгүй авиа гаргах	2
	Ярихгүй, дуу гаргахгүй	1
Хөдөлгөөний хариу үйлдэл	Заавараар хөдөлгөөн хийх	6
	Өвтгөхөд цочруулд хэсэг газрын хөдөлгөөн хийх	5
	Өвтгөхөд татганах хариу өгөх	4
	Өвтгөхөд атиих хариу өгөх	3
	Өтгөхөд тэнийх хариу өгөх	2
	Өвтгөхөд ямар ч хариу өгөхгүй	1
Оноо	13-15 хөнгөн	
	9-12 дунд	
	3-8 хүнд	

ЯТТасагт хийсэн эмчилгээ: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			

ХОЁР ДАХЬ ШАТНЫ ҮЗЛЭГ

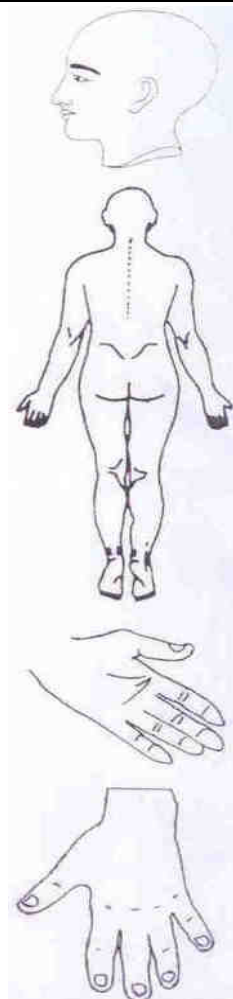


Толгой, нүүр болон хүзүү
Нүд: Чихний хэнгэрэг:

Цээж

Хэвлий
Шээсний зам:

Аарцаг



УЛАМЖЛАЛТЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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

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

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

	<input type="checkbox"/> Бусад	<input type="checkbox"/> Бусад	<input type="checkbox"/> 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 /

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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

Тольны үзлэг: PV _____

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

**Ялган оношлох эмгэгүүд
ба хам шинжүүд**

**Хийгдэх
шинжилгээ**

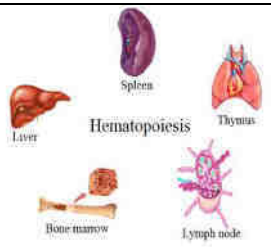
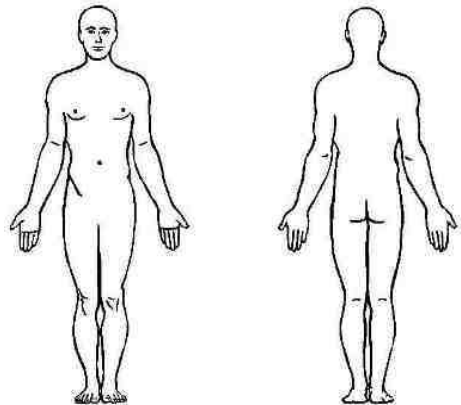
Яаралтай хийгдэх эмчилгээ

Эмчийн нэр:

Гарын үсэг

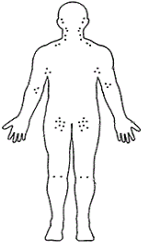
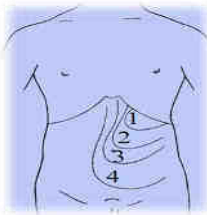
он сар өдөр
/ /

ЦУСНЫ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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

<input type="checkbox"/> Ягаан		<input type="checkbox"/> Газрын зураг	
Бөөрөлзгөнө хэл <u>Өнгө:</u>	<u>Шарх:</u>	Буйл: <u>Эмзэглэл</u>	<u>Тууралт:</u>
<input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Улайсан <input type="checkbox"/> Цайсан <input type="checkbox"/> Хөхөлбий	<input type="checkbox"/> Шархтай <input type="checkbox"/> Шархгүй	<input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй	<input type="checkbox"/> Тууралттай <input type="checkbox"/> Тууралтгүй

Тунгалагийн булчирхайн байдал:

Нягт : <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Гадаргуу: <input type="checkbox"/> Барзгар <input type="checkbox"/> Гөлгөр		Хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөнгүй Эмзэглэл: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй	Дэлүүний хэмжээ <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> 1зэргээр томорсон. <input type="checkbox"/> 2 зэргээр томорсон. <input type="checkbox"/> 3 зэргээр томорсон. <input type="checkbox"/> 4 зэргээр томорсон. <input type="checkbox"/> Дэлүү мэс заслаар авагдсан.	
---	---	---	---	---

Шинжилгээ:

Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ:

Огноо	Лейкограмм:
WBC	огноо
PLT	Blasts
RBC	Basophil
HGB	Eosinophil
HCT	Promyelocyte
MCV	Myelocyte
MCH	Metamyelocyte
RET	Bands
RET-He	Neutrophil
	Lymphocyte
	Monocyte

Дүгнэлт: _____

Миелограмм:

Огноо	Дүгнэлт: _____
Бласт	_____
Бүх нейтрофил	_____
Бүх эритроид эс	_____
Лимфоцит	_____
Плазмоцит	_____
Мегакариоцит	_____

Цито химийн урвал

	Эерэг	Сөрөг	Огноо
MPO			АРТТ
PAS			РТ
DAB			INR
NS			ТТ
			Fibrinogen

Биохими

Огноо	Дүгнэлт: _____
Нийт билирубин	_____
Шууд бус билирубин	_____
Алат	_____
Асат	_____
Шүлт Фосфатаза	_____
ЛДГ	_____
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

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

Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Өгсөх болон уруудах гэдэс - байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй		Хөндлөн гэдэс - байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн		Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Тогшилт: Хэвлийн хэнгэрэгэн чимээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн		Ихэссэн хэсэгт тогшилтын дуу <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Тодорсон <input type="checkbox"/> Дүлий болсон		Чагналт: Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Дүлий	
Хэвлийн рентген шинжилгээ КТГ, хэт авиан шинжилгээ					
Дурангийн шинжилгээ:					
Улаан хоолой <input type="checkbox"/> Салстын өнгө _____ <input type="checkbox"/> Хаван _____ <input type="checkbox"/> Z шугам		<input type="checkbox"/> Хөдөлгөөн _____ <input type="checkbox"/> Шалбархай – хэмжээ _____ <input type="checkbox"/> Тоо _____		<input type="checkbox"/> Байрлал _____ <input type="checkbox"/> Хэлбэр _____ <input type="checkbox"/> 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 _____		Анtrum - 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
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүн <input type="checkbox"/> Маш хүнд	<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо		
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Хэржигнүүртэй <input type="checkbox"/> Уушги цулцангийн <input type="checkbox"/> Амьсгал сулавтар <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн (баруун, зүүн, 2 талдаа)	
Цусны эргэлтийн тогтолцоо		
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл _____ дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо		
Хэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: <input type="checkbox"/> Өнгөц тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Гүн тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (байрлал _____) <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Зөөлөн гялтан цочрол үгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн	
Мэдрэлийн тогтолцоо		
Сонсох чадвахи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хадгалагдана <input type="checkbox"/> Хадгалагдахгүй	
Бусад _____		
Сэтгэцийн байдал: _____		
Анамнез		
Зовиур, өвчний түүх:		
Зүрх судасны эрсдэлт хүчин зүйлс:		
<input type="checkbox"/> Зохисгүй хооллолт <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөний хомсдол <input type="checkbox"/> Стресс <input type="checkbox"/> Таргалалт <input type="checkbox"/> Тамхидалт	<input type="checkbox"/> Архины зохисгүй хэрэглээ <input type="checkbox"/> Удамшил <input type="checkbox"/> Артерийн гипертензи <input type="checkbox"/> Гиперхолестеринеми <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин	
Бодит үзлэг		
Ажиглалт Арьсны хөхрөлт бий эсэх: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм _____ Захын хаван бий эсэх: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм _____ Гүрээний венийн лугшилт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй <input type="checkbox"/> Ажиглагдана (хүчтэй, дунд, сул) Зүрхний оройн түлхэлт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдана <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй	Чагналт Артерийн даралт хэмжилт: <input type="checkbox"/> Баруун талд: _____ / _____ мм.муб <input type="checkbox"/> Зүүн талд: _____ / _____ мм.муб Зүрхний авиа Хэмнэл: <input type="checkbox"/> жигд <input type="checkbox"/> жигд бус Давтамж: _____ /мин I авиа: <input type="checkbox"/> тод; <input type="checkbox"/> бүдгэвтэр (I, IV цэгт); <input type="checkbox"/> бүдэг (I, IV); <input type="checkbox"/> чангарсан (I, IV цэгт) II авиа: <input type="checkbox"/> тод; <input type="checkbox"/> бүдэг (II, III, V цэгт); <input type="checkbox"/> өргөгдсөн (II, III цэгт)	

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

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
/ /

<p>Хамрын салст бүрхүүл:</p> <input type="checkbox"/> Ягаан <input type="checkbox"/> Улаан ягаан <input type="checkbox"/> Хөхөлбий <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Бусад	<p>Самалдгууд:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хөөнгө <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлттэй <p>Хамрын жим:</p> <input type="checkbox"/> Ялгадасгүй <input type="checkbox"/> Ялгадастай	<p>Ялгадас:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <p>Эмгэг шинжтэй:</p> <input type="checkbox"/> Идээрхэг <input type="checkbox"/> Ногоон <input type="checkbox"/> Үнэртэй <input type="checkbox"/> Өтгөн <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлттэй
---	--	---

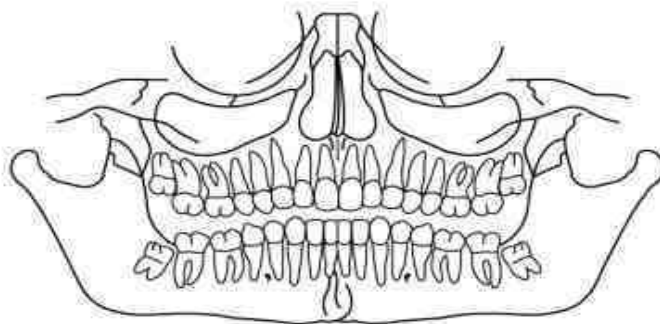
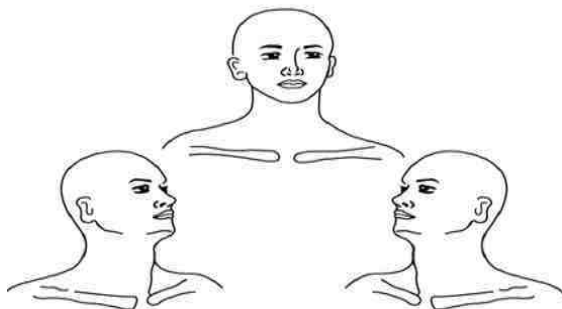
Баруун, зүүн чих:

<p>Гадна чихний хэлбэр:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	<p>Тэмтрэхэд:</p> <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй	<p>Хөхлөг сэртэн:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хавантай	<p>Тэмтрэхэд:</p> <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй
--	--	--	--

<p>Чихний гадна суваг:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийссан (төрөлхийн, олдмол)	<input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Саадтай <input type="checkbox"/> Ялгадасгүй <input type="checkbox"/> Ялгадастай: (идээрхэг, үнэртэй, ногоон)	<p>Сувгийн хана:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Цүлхийсэн (аль хана)
--	--	---

Амны хөндий:

<p>Ам ангайлт:</p> <input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Хязгаарлагдсан <p>Хүүхэн хэл:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	<p>Зөөлөн тагнай:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Тагнайн гүйлс:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон <input type="checkbox"/> 1-р зэрэг <input type="checkbox"/> 2-р зэрэг <input type="checkbox"/> 3-р зэрэг <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлт	<p>Залгиурын хажуу хана:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Шувтан хонхрын байдал:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус
--	---	---



Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал:

Дүрс оношлогоо:

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

СЭРГЭЭН ЗАСАХЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Харилцах бэрхшээлтэй эсэх: Тийм Үгүй
 Залгих чадвар бэрхшээлтэй эсэх: Тийм Үгүй
 (Хэрвээ тийм бол хэл засалч бөглөнө)
 Танин мэдэхүйн үйл ажиллагаа өөрчлөлттэй эсэх: Тийм Үгүй
 (Хэрвээ тийм бол хөдөлмөр засалч бөглөнө)

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд	<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус _____ Холголт цооролт: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Тууралт: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Хаван: <input type="checkbox"/> тийм _____ <input type="checkbox"/> үгүй

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа Амьсгалд туслах булчин оролцож байгаа эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Цээжний хэлбэр: <input type="checkbox"/> зөв <input type="checkbox"/> эмгэг Амьсгалын хэлбэр: <input type="checkbox"/> Цээжний <input type="checkbox"/> хэвлийн <input type="checkbox"/> холимог	Цээжний 2 тал амьсгалд жигд оролцох байдал: <input type="checkbox"/> жигд <input type="checkbox"/> хоцорно / баруун, зүүн / Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Цулцангийн <input type="checkbox"/> Хэржигнүүртэй _____ <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн <input type="checkbox"/> Амьсгал сулавтар / баруун, зүүн / <input type="checkbox"/> Ширүүн <input type="checkbox"/> Хэржигнүүргүй
--	---

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (зүүн баруун)	Чагналтаар : Зүрхний авиа <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Хэм алдагдалтай АД баруун талд _____ / _____ зүүн талд _____ / _____
---	---	--

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> эмзэглэлтэй (байрлал _____) Гүн тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> эмзэглэлтэй (байрлал _____) <input type="checkbox"/> Зөөлөн, гялтан цочрол үгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн
---	---

Шээс бэлгийн тогтолцоо

Шээс бэлгийн тогтолцоо				Үе мөч
Шээх байдал <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> Катетера ар <input type="checkbox"/> Цистосто мийн гуурсаар Хоногийн шээсний гарц <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> багассан	Шээсний өнгө <input type="checkbox"/> сүрлэн шар <input type="checkbox"/> улаан шар <input type="checkbox"/> өнгөгүй <input type="checkbox"/> тунадастай <input type="checkbox"/> тунадасгүй Шөнө шээдэг эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	Шээс тасалддаг эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Дутуу шээдэг эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Дүлж шээдэг эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	Шээхэд өвдөлттэй эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Бөөр тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> эмзэглэлгүй / баруун, зүүн / Пастернацкий <input type="checkbox"/> баруун <input type="checkbox"/> зүүн	Үе мөчний хэлбэр <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> өөрчлөгдсөн Үений хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> идэвхтэй <input type="checkbox"/> идэвхгүй <input type="checkbox"/> хязгаарлагдмал

Бага тархины үйл ажиллагаа

Нистагм: + / - салганал: (тайван байхад/ хөдөлгөхөд) өсгий шилбэний сорил:-----

Хамар хурууын сорил: ----- Тандем алхаа: ----- Ромберг сорил: -----

Солбисон хурдан хөдөлгөөн: ----- Алхааны атакси: -----

Мэдрэлийн тогтолцоо				
Ухаан санааны байдал: <input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Саруул бус: <input type="checkbox"/> Баримжлал алдагдсан: <input type="checkbox"/> Цаг хугацааны <input type="checkbox"/> Орон зайны <input type="checkbox"/> Өөрийн	Сэтгэцийн байдал: <input type="checkbox"/> Анхаарал : _____ <input type="checkbox"/> Ой тогтолт : _____ <input type="checkbox"/> Тоолох чадвар: _____ <input type="checkbox"/> Бүтээх чадвар: _____ <input type="checkbox"/> Сэтгэл хөдлөл: _____ <input type="checkbox"/> Зан төрх : _____	Хэл ярианы байдал : <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ойлгохын хэлгүйдэл <input type="checkbox"/> Ярихын хэлгүйдэл <input type="checkbox"/> Нэрлэхийн хэлгүйдэл <input type="checkbox"/> Уншихгүйдэл <input type="checkbox"/> Бичихгүйдэл <input type="checkbox"/> Давтан хэлэх чадвар ↓		
Гавал тархины мэдрэлүүд:				
I: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Б ___ 3 ___ II: XXX: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Б ___ 3 ___ Гэрлийн гурвал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Б: ___ 3 ___ III-IV-VI: Птоз: Б ___ 3 ___ Нистагм: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Илэрсэн Диплопи: <input type="checkbox"/> Эерэг <input type="checkbox"/> Сөрөг	VII: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол :	Б	3
		Нүдний анилт		
		Духны атираа		
	VIII: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	3
		Сонсгол		
		Чих шуугих		
	IX, X: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Дисфони <input type="checkbox"/> Дисфаги	Хэвийн бус бол	Б	3
		Хүүхэн хэлний хазайлт		
		Залгиурын рефлекс		
	XI: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	3
		Стерноклейдомастойд		
		Трапец хэлбэрт булчин		

V: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	3	XII: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	3	
	Нүүрний мэдрэхүй				Хэлний хазайлт			
	Эвэрлэгийн рефлекс				Хатангиршил / татвалзал			
	Зажлуурын булчингийн хүч				Дизартри / анартри			
Хөдөлгөөний тогтолцоо				Мэдрэхүйн тогтолцоо				
Үений хөдөлгөөний далайц Мөр Тохой Бугуй Сарвуу Түнх Өвдөг Шагай Булчингийн хүч: Гар: -----				Мэдрэхүй	Хэвийн	Ихэссэн	Буурсан	Үнэрлэх: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан Сонсгол : <input type="checkbox"/> Хэвийн
				Өнгөц				
				Гүн				

Хөл: ----- ----- Булчингийн тонус: Гар: ----- ----- Хөл: ----- -----	Хэт мэдрэгшил				<input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан
---	---------------	--	--	--	--

Рефлекс	≠≠	≠≠≠	≠	Эмгэг рефлекс	+	-
Бицепс				Бабински:		
Трицепс				Хоффман:		
Өвдөгний				Тавхайн чичигнэлт:		
Ахиллын						

Тэнцвэрийн тогтолцоо	Мэнэнгийн хамшинж :
Зогсох тэнцвэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____ Явах тэнцвэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____ Шугаман алхалт: Хурдан солигдох хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ <input type="checkbox"/> Дисдиадохокинез Ромбергийн сорил: <input type="checkbox"/> БГ <input type="checkbox"/> БХ <input type="checkbox"/> ЗГ <input type="checkbox"/> ЗХ <input type="checkbox"/> Эерэг <input type="checkbox"/> Сөрөг	<input type="checkbox"/> Дагзны хөшингө: ___ хуруу <input type="checkbox"/> Кернигийн шинж: Б ___ 3 ___ Ёзоорын хамшинж: <input type="checkbox"/> Ласегийн шинж: Б ___ 3 ___ <input type="checkbox"/> Мацкевичийн шинж: Б ___ 3 ___ <input type="checkbox"/> Сколиоз <input type="checkbox"/> Кифоз <input type="checkbox"/> Нурууны булчингийн чангарал

<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус		Б	3	Өвдөлт: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
	Өсгийн-өвдөгшилбэний			     
	Хуруу-хамрын сорил			өвдөлтгүй бага зэрэг арай хүчтэй хүчтэй үнэхээр хүчтэй тэвчишгүй
	Дисметри:			

Бусад шинжүүд:

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

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АМИН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

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

Огноо														
Хэвтсэн хоног														
Мэс засал хийлгэсний 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														
Хоол №														
Биеийн жин														
Ялгаруулалтын давтамж /хэдэн удаа/		Өтгөн												
		Шээс												
		Өглөөний ээлж												
Сувилагчийн гарын		Өдрийн ээлж												
		Оройн ээлж												

СУВИЛГААНЫ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмчлүүлэгчийн нэр:

Өвчний түүх №

Нас:

Хүйс:

Тасаг:

Өрөө:

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

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:

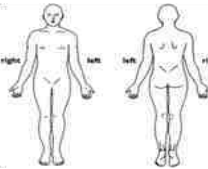
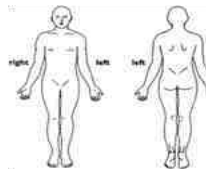
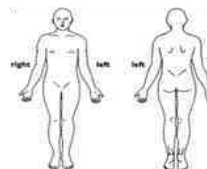
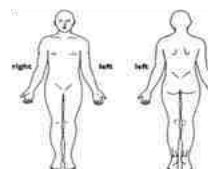
Өвчний түүх №

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, хатгаж 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 хийхэд				
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.

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

Эмчлүүлэгч _____

Хориглох зүйл _____

Нас.....
 Хүйс/зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

Харшил _____

	Д/Д	Эмчилгээ, сувилгааны заалт 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		
																												Амаар		
																												Нийт		
Дуслаар																												- /гарсан/ Шээс Бөөлжилт Өтгөн Гуурсаар Бусад		
Судсаар																														
Булчин, арьсан дор																														
Амаар																												Нийт		
																												Шингэний баланс		
																												Эмчид мэдэгдэх хяналтын хязгаар		
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																												Дээд		Доод
																												АДД		
																												Пульс		
																												Sao ₂		
Хариуцсан сувилагч																											Баланс төлөвлөлт			

Эмчлэгч эмч:

Жижүүрийн эмч:

Цаг минут	Эмчийн тэмдэглэл	Авсан арга хэмжээ, тусламж үйлчилгээ

МЭС ЗАСЛЫН ӨМНӨХ ДҮГНЭЛТ

Тасаг _____ Өвчний түүхийн дугаар _____

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

Хүйс: 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: _____

МЭС ЗАСАЛ/МЭС АЖИЛБАР ХИЙЛГЭХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/ МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын нэр:

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн
(эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл,
хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдлүүд (эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүд (хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбарууд (ажилбаруудыг нэг
бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох
эмчилгээний бусад аргууд (бусад аргуудыг дурьдана):

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэх мэдээгүйжүүлэлт:

Ерөнхий, нугасны мэдээ алдуулалт, хэсгийн мэдээ алдуулалт, тайвшруулах (аль нь болохыг
сонгож доогуур нь харах)

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж
өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Б/ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

- Эмчийн санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах) -ыг дээрхи мэдээ алдуулалтаар хийлгэхийг **БИ ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.**

Түүнчлэн гэмтсэн эд, эрхтний хэсэг болон эд эрхтнийг журмын дагуу устгахыг уг эмнэлэгт зөвшөөрч байна.

- Мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн, гарч болох хүндрэл, эрсдэл, нэмэлт ажилбарууд, орлуулж болох эмчилгээний талаар **БИ ТОДОРХОЙ МЭДЭЭЛЭЛ АВСАН БОЛНО.**

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс ажилбар/мэс заслын хагалгаа (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../

/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

**АМЬ НАС/ЭРҮҮЛ МЭНДЭД ЭРСДЭЛТЭИ ТУСЛАМЖ ҮИЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭХ
ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС**

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/ МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)
-ын үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт,
эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг
бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж
болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

- Ерөнхий
- Нугасны мэдээ алдуулалт
- Хэсгийн мэдээ алдуулалт
- Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....

.....
Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Б/ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

[] Надад шаардлагатай оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН. Иймд

.....
.....
хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

[] Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (зурах)-аас гадна

.....
.....
зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

[] Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....
.....
Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

[] Насанд хүрээгүй

[] Ухаангүй

[] Сэтгэцийн эмгэгтэй

[] Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүхэнд хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____ овогтой _____ би эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарах нь эмчлэгч эмч болон эмнэлгийн удирдлагын зааврыг дагаж мөрдөөгүй гэдгийг ойлгож байна.

Миний эмнэлгээс гарч буй шалтгаан:

Энэ мөчид эмнэлгээс гарснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН БОЛНО.

Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОСОН бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Энэ мөчид эмнэлгээс гарч, тусламж үйлчилгээ зогссоноос болж гарах үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../ /нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../ /нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../ /нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ АВАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____ ОВОГТОЙ _____ би дараах эмчилгээ

үйлчилгээ авах хүсэлтэй байна. (ямар тусламж, үйлчилгээ авах саналтай байгаагаа дэлгэрэнгүй бичнэ. Үүнд: эмийн эмчилгээ, мэс ажилбар, гоо сайхны хагалгаа зэрэг бүх үйлчилгээ хамаарна)

.....
.....

Миний зүгээс уг эмчилгээ, үйлчилгээг хийлгэх гэж буй шалтгаан:

.....
.....

Өөрийн хүсэлтээр хийлгэж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илэрхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ(аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

[] Ерөнхий

Нугасны мэдээ алдуулалт

Хэсгийн мэдээ алдуулалт

Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

Миний хүсэлтээр хийж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН.

Иймд

хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-нээс гадна

.....
.....

зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....
.....

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН ТУХАЙ МЭДҮҮЛЭГ

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

Үйлчлүүлэгч _____ овогтой _____ би эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзах нь ямар үр дагавартай болох тухай мэдээллийг эмчээсээ авсан боловч уг эмчилгээ үйлчилгээнээс ТАТГАЛЗАЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзаж буй шалтгаан:

.....
.....
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН.

.....
.....
 Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙГАА бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаас гарч болох үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ /хүүхдийн/

Эмнэлгийн нэр _____		РД			
Өвчний түүхийн № _____		ЭМД			
		НДД			
		Өвчний түүх нээсэн он сар өдөр цаг мин / /			
		Тасгийн нэр:			
Эцэг /эх/-ийн нэр:		Өөрийн нэр:			
Төрсөн он сар өдөр / /	Нас ____	Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй Жин []] Өндөр []]	Эцгийн боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Эхийн боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ тоот		Утасны дугаар: Эцгийн _____ Эхийн _____ Гэрийн _____		<input type="checkbox"/> Сургууль <input type="checkbox"/> Цэцэрлэг <input type="checkbox"/> Яслид явдаггүй <input type="checkbox"/> Явдаг <input type="checkbox"/> Хаана явдаг _____	
Зовиур:					
Цусны бүлэг	Бүлэг			Төлбөрийн хэлбэр:	
	Тодорхойлсон лаборант			<input type="checkbox"/> Төр хариуцсан	
	Шалгасан эмч			<input type="checkbox"/> 15%	
	Сар, өдөр			<input type="checkbox"/> 10%	
				<input type="checkbox"/> Өвчтөн хариуцсан	
		Он	Сар	Өдөр	Цаг
Өвчин эхэлсэн					
Эмчид үзүүлсэн					
Эмнэлэгт хэвтсэн					
Эмнэлгээс гарсан					
Өвчний төгсгөл: <input type="checkbox"/> Эдгэрсэн <input type="checkbox"/> Сайжирсан <input type="checkbox"/> Хэвэндээ <input type="checkbox"/> Дордсон <input type="checkbox"/> Нас барсан		Эмнэлгээс: <input type="checkbox"/> Гарсан <input type="checkbox"/> Шилжсэн <input type="checkbox"/> Нас барсан		он сар өдөр / / / / / /	
				Ор хоног [] хоног [] цаг	
				Эмчилгээний зардал: ₮	
Онош				ӨОУА-код	Огноо
Явуулсан эмнэлэг/ байгууллагын нэр:					
Явуулсан эмчийн онош					
Хүлээн авсан эмчийн онош					
Үндсэн онош					
Хүндрэл					
Хавсарсан өвчний онош					
Хийгдсэн ажилбар, мээ засал		ӨОУА-9 код:			
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг		Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Эмчилгээ эрхэлсэн орлогч, 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

Өндөр (см) [] Жин (кг) [] Биеийн жингийн индекс (кг/м ²) []	Цусны даралт (ммуб) Систолын даралт [] Диастолын даралт []	
Хэвтэх үеийн зовиур:		
Өвчний түүх:		
Хэвтэхээс өмнө хийгдсэн эмчилгээ /гэрээр хийсэн эмчилгээ/:		
Амьдралын түүх:		
Ахуйн нөхцөл:	Ам бүл _____ хэнтэйгээ амьдардаг	
<input type="checkbox"/> Орон сууцанд <input type="checkbox"/> Гэрт <input type="checkbox"/> Бусад	_____	
Урьд өвчилсөн өвчин, эмгэгийн байдал:		
Халдварт: <input type="checkbox"/> Улаан бурхан _____ онд <input type="checkbox"/> Салхин цэцэг _____ онд <input type="checkbox"/> Гахайн хавдар _____ онд <input type="checkbox"/> Гепатит А _____ онд <input type="checkbox"/> Гепатит В _____ онд <input type="checkbox"/> Гепатит С _____ онд <input type="checkbox"/> Гэдэсний халдварт өвчнөөр өвдсөн эсэх _____ онд <input type="checkbox"/> Сүрьеэ өвчнөөр өвдсөн эсэх _____ онд <input type="checkbox"/> Уушигны _____ онд <input type="checkbox"/> Булчирхайн _____ онд <input type="checkbox"/> Гэдэсний _____ онд <input type="checkbox"/> Бусад _____ онд <input type="checkbox"/> Бусад _____ онд	Мэс засал, мэс ажилбар хийлгэсэн эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Тийм бол Ямар эрхтэнд ____ Хэдэн удаа _____ Хэдэн онд _____ Хүндрэл: <input type="checkbox"/> гарсан <input type="checkbox"/> үгүй	Осол гэмтэл, хордлого: _____ Одоогийн осол гэмтлийн шалтгаан: _____
Халдварт бус:		
Тархвар зүйн асуумж:		
<input type="checkbox"/> Ойрын 6 сарын хугацаанд халдварт өвчтэй хүнтэй ойр байсан эсэх <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Тийм Өдөрт хэдэн ширхэг: _____ <input type="checkbox"/> Үгүй			
Эцэг /эх/ архи уудаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Эцэг /эх/ тамхи уудаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Хүүхдийн дэргэд тамхи татдаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
Удаан хугацаагаар, байнга хэрэглэж байсан эмийн тухай _____ Хэдий хугацаагаар хэрэглэж байгаа _____			
Хооллолтын байдал: <input type="checkbox"/> Хөхөөр <input type="checkbox"/> Тэжээвэр /юугаар/ _____ <input type="checkbox"/> Холимог <input type="checkbox"/> Ердийн хоол	Хооллох үед зовиуртай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол ямар зовиур илэрдэг _____	Өдөрт хэдэн удаа хооллодог _____ Тогтмол цагт хооллож чаддаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Цагаан хоолтон эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Голчлон хэрэглэдэг хоол, хүнс: <input type="checkbox"/> Махан <input type="checkbox"/> Гурилан <input type="checkbox"/> Ногоо <input type="checkbox"/> Жимс жимсгэнэ <input type="checkbox"/> Сүү цагаан идээ <input type="checkbox"/> Халуун ногоо <input type="checkbox"/> Дарсан давсалсан бүтээгдэхүүн <input type="checkbox"/> Бусад
Үзлэг эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут			
БОДИТ ҮЗЛЭГИЙН ХЭСЭГ			
Ерөнхий үзлэг:			
Биеийн ерөнхий байдал: <input type="checkbox"/> Хөнгөн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд SatO ₂ FiO ₂	Ухаан санаа: <input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ступор <input type="checkbox"/> Сопор <input type="checkbox"/> Кома <input type="checkbox"/> Бусад	Орчиндоо: <input type="checkbox"/> Харьцаатай <input type="checkbox"/> Харьцаагүй <input type="checkbox"/> Сул	Байрлал: <input type="checkbox"/> Идэвхтэй <input type="checkbox"/> Идэвхгүй <input type="checkbox"/> Албадмал <input type="checkbox"/> Хагас суугаа <input type="checkbox"/> Хэвтрийн <input type="checkbox"/> Бусад
Царайны илрэл: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Айсан <input type="checkbox"/> Сандарсан <input type="checkbox"/> Цочсон <input type="checkbox"/> Гутарсан <input type="checkbox"/> Шаналсан <input type="checkbox"/> Цонхийсон <input type="checkbox"/> Улайсан	<input type="checkbox"/> Хөхөрсөн <input type="checkbox"/> Ядрангуй шаргалтсан <input type="checkbox"/> Хавагнасан <input type="checkbox"/> Баг өмссөн мэт, гиппократын <input type="checkbox"/> Корвизорын <input type="checkbox"/> Акромегалийн <input type="checkbox"/> Бусад	Биеийн галбир: <input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Зөв биш Зөв: <input type="checkbox"/> Астеник <input type="checkbox"/> Гиперстеник <input type="checkbox"/> Нормостеник	Зөв биш эмгэг: <input type="checkbox"/> Тал саатай <input type="checkbox"/> Бөгтөр <input type="checkbox"/> Гэдгэр <input type="checkbox"/> Оцгор <input type="checkbox"/> Бусад _____
Марианы байдал: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Таргандуу <input type="checkbox"/> Тарган <input type="checkbox"/> Хэт тарган <input type="checkbox"/> туранхайвтар <input type="checkbox"/> Туранхай <input type="checkbox"/> Эцэнхий <input type="checkbox"/> Яс арьс болтлоо турсан			
Хэсэгчилсэн үзлэг: Толгойн хэлбэр: _____ хэмжээ: _____			
Гавлын ясжилт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Зөөлөн	Зулай: <input type="checkbox"/> Битүүрсэн <input type="checkbox"/> Битүүрээгүй (тайван, хонхор, дүүрэнгэ, пульсацитай)	Зулайн хэмжээ: _____ см Заадсууд: <input type="checkbox"/> Нийлсэн <input type="checkbox"/> Салсан <input type="checkbox"/> Давхардсан	
Дагзны булчингийн хөшингө илэрсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
Нүүрний хэлбэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Дугуй сар шиг <input type="checkbox"/> Зөв бус <input type="checkbox"/> Бусад	Хөмсөг: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Өтгөн <input type="checkbox"/> Шингэн <input type="checkbox"/> Халцарсан /арын гуравны нэг нь ургаагүй/ <input type="checkbox"/> Огт хөмсөггүй <input type="checkbox"/> Бусад	Зовхи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хавантай <input type="checkbox"/> Арьс нь харласан <input type="checkbox"/> Зовхины орчим <input type="checkbox"/> Ксантомтой <input type="checkbox"/> Дээд, доод зовхи унжсан	Нүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нүд мэдэгдэхүйц бүлтийсэн <input type="checkbox"/> Нүд солир <input type="checkbox"/> Нистагм илэрсэн <input type="checkbox"/> Хонхор <input type="checkbox"/> Нулимстай <input type="checkbox"/> Бусад
Нүдний салстын өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус цэнхэр <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Шарангуй <input type="checkbox"/> Улаан	Хүүхэн хараа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийссан <input type="checkbox"/> Өргөссөн <input type="checkbox"/> Хоёр талд ижил биш Гэрлийн урвал: _____		Хамар: хэлбэр: <input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Зөв биш Хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Муруйлттай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Уруулын өнгө: <input type="checkbox"/> Ягаан	Уруулын чийгшилт:		Уруул, тагнайн сэтэрхийтэй эсэх:

<input type="checkbox"/> Улаан ягаан <input type="checkbox"/> Хөхөлбөр <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Бусад _____		<input type="checkbox"/> Чийглэг <input type="checkbox"/> Омголтсон <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Бусад _____		<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол: (баруун, зүүн, 2 талд)	
Амны хөндий:					
Хэл: Өнгө: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Ягаан <input type="checkbox"/> Улаан		Өнгөр <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй /нимгэн, зузаан/ <input type="checkbox"/> Хэсэгчилэн арилсан <input type="checkbox"/> Өнгө нь цайвар <input type="checkbox"/> Бохир <input type="checkbox"/> Бусад _____		Хөхлөг: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хатингаршсан <input type="checkbox"/> Томорсон	
Тууралт: <input type="checkbox"/> Тууралтгүй <input type="checkbox"/> Яр <input type="checkbox"/> Шарх <input type="checkbox"/> Улайлт		Буйл: Өнгө: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Улайсан <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Хөхөлбий		<input type="checkbox"/> Шархлаагүй <input type="checkbox"/> Шархалсан <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Тууралтгүй <input type="checkbox"/> Тууралттай	
Хатуу, зөөлөн тагнай: Өнгө: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Тууралттай <input type="checkbox"/> Улайсан <input type="checkbox"/> Шарлалттай <input type="checkbox"/> Цайсан		Гүйлсэн булчирхай: <input type="checkbox"/> Үрэвссэн <input type="checkbox"/> Үрэвсээгүй Хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон		Дууны өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Сөөнгө <input type="checkbox"/> Дуу гарахгүй <input type="checkbox"/> Бусад _____ Шүд: _____	
Арьс салстын байдал:					
Хамар уруулын гурвалжин: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хөхрөлттэй (төвийн, захын цайвар хөхрөлт)		Арьсны өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Цайвар шар <input type="checkbox"/> Цайвар ягаан <input type="checkbox"/> Шар <input type="checkbox"/> Нимбэгэн шар <input type="checkbox"/> Улаан шар		<input type="checkbox"/> Ногоон шар <input type="checkbox"/> Бараан саарал <input type="checkbox"/> Цайж алагласан <input type="checkbox"/> Хүрэл шиг <input type="checkbox"/> Улаан цоохор <input type="checkbox"/> Зэвхий саарал <input type="checkbox"/> Бусад _____	
Уян хатан чанар: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Алдагдсан		Арьсны чийглэг байдал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Хуурайшсан <input type="checkbox"/> Хогжруутсан <input type="checkbox"/> Гуужсан <input type="checkbox"/> Сайртсан			
Арьсан дээрх тууралт: <input type="checkbox"/> Цэвэр тууралтгүй <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Их		Арьсан доорхи судасны байдал: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Ялимгүй харагдана <input type="checkbox"/> Тод харагдана <input type="checkbox"/> Өргөсч бүдүүрсэн <input type="checkbox"/> Бусад _____		Хаван: <input type="checkbox"/> Хавангүй <input type="checkbox"/> Хавантай: Ерөнхий хэсгийн: <input type="checkbox"/> Нүүрэнд <input type="checkbox"/> Зовхинд <input type="checkbox"/> Хэвлийд <input type="checkbox"/> Шилбээр <input type="checkbox"/> Хуухнаг	
Захын тунгалгийн булчирхайн байдал:					
Хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Харахад томорсон <input type="checkbox"/> Тэмтрэлтээр томорсон		Байрлал: <input type="checkbox"/> Хүзүүний <input type="checkbox"/> Суганы <input type="checkbox"/> Цавины <input type="checkbox"/> Бусад _____		Нягт: <input type="checkbox"/> Зөөлөн <input type="checkbox"/> Хатуу	
Гадаргуу: <input type="checkbox"/> Барзгар <input type="checkbox"/> Гөлгөр		Хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөнгүй		Эмзэглэл: <input type="checkbox"/> эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> эмзэглэлтэй	
Арьсны дайврууд: Үс _____ Хумс _____					
Булчингийн хөгжил: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Хатингаршсан <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Жигд бус		Булчингийн чангарал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Чангарсан <input type="checkbox"/> Хэт чангарсан		Булчингийн хүч, хөдөлгөөн: 0б, 1б, 2б, 3б, 4б, 5б Булчингийн чангарлын байршил: _____	
Тулгуур эрхтний тогтолцоо:					
Үе мөчний хэлбэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөгдсөн <input type="checkbox"/> Үений орчим хавдаж улайсан <input type="checkbox"/> Хөдөлгөх буюу дарахад өвддөг аль үеэнд _____			Үений хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Идэвхитэй <input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Идэвхигүй <input type="checkbox"/> Хязгаарлагдмал аль үеэнд _____		

ЭРХТЭН ТОГТОЛЦООНЫ ҮЗЛЭГ

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Харж ажиглах:

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

Хамарт ялгадастай эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол ямар: _____	Амьсгал авалт саадтай: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Амьсгал гаргалт саадтай: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Амьсгалын тоо 1 минутанд _____ удаа <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус	Цэрний шинж байдал: _____ Ханиалгалтын байдал: _____
---	--	---	---

Тэмтрэлт:

Тогшилт

Цээжээр эмзэглэх: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (_____) Уян чанар: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан	Дууны доргион: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Суларсан <input type="checkbox"/> Тодорхойлогдохгүй <input type="checkbox"/> Хүчтэй болсон	Тогшилтын дуу: <input type="checkbox"/> 2 талд ижил <input type="checkbox"/> Ижил бус	Хэсэгт тогшилтын дуу: <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Тодорсон <input type="checkbox"/> Дүлий болсон
---	--	---	---

Чагналт

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

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Харж ажиглахад: Зүрхний оройн түлхэлт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй <input type="checkbox"/> Ажиглагдана	Гүрээний судасны лугшилт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй <input type="checkbox"/> Ажиглагдана	Чамархайн судасны лугшилт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй <input type="checkbox"/> Ажиглагдана
Хурууны үзүүр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Бөмбөрийн дохиур мэт <input type="checkbox"/> Бусад _____	Тэмтрэлтээр: Зүрхний оройн түлхэлт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэлбийсэн байрлал (_____)	Түлхэлтийн хүч: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Багассан
Гүрээний судасны лугшилт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Түргэссэн <input type="checkbox"/> Удааширсан	Гол судасны лугшилт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Ихэссэн	Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа, хүчдэл дүүрэлт _____
Тогшилтоор: Зүрхний хил: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон	Аль тийш хазайсан: <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Баруун Хэмжээ _____	Чагналтаар: Зүрхний авиа: <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр

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

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Амны үнэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Иссэн жимс <input type="checkbox"/> Элэгний <input type="checkbox"/> Ацетон <input type="checkbox"/> Үмхий	Хэвлийн үзлэг: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Цардгар <input type="checkbox"/> Мэхгэр <input type="checkbox"/> Хэвлийн тойрог _____ см	Хэвлийд асцит бий эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэвлий: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй Өвдөлтийн байрлал: _____	Хүйн байдал: _____ _____ _____
---	--	---	--------------------------------------

Элэгний бага шинжүүд: <input type="checkbox"/> Хэлний үзүүр улайсан [], Алга улайсан [] <input type="checkbox"/> Гарын алганы зураас тодорсон [] <input type="checkbox"/> Өнгөц вен өргөссөн []	Ходоод тэмтрэлт, тогшилтоор: Ходоодны доод хил: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Агшсан	Нугалуур: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдээгүй Хэмжээ нь: _____
--	--	---

<input type="checkbox"/> Одлог тууралт [] Гинекомасти []		<input type="checkbox"/> Сунасан (1, 2, 3-р зэрэг)		<input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Томорсон	
Их, бага махиа: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдээгүй Менделийн шинж []		Элэгний хэмжээ тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон <input type="checkbox"/> Хавирганы нумнаас доош ____ см Элэгний ирмэг <input type="checkbox"/> Хурц <input type="checkbox"/> Мохоо		Дэлүүний хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон ____ см	
Цэсний өвдөлтийн үед илрэх хам шинжүүд: <input type="checkbox"/> Кера [] см, <input type="checkbox"/> Мерфи [] см, <input type="checkbox"/> Мюсси [] см <input type="checkbox"/> Ортнера [] см <input type="checkbox"/> Василенко [] см			Нойр булчирхайн өвдөлтийн үед илрэх хам шинжүүд: <input type="checkbox"/> Воскресенского [] см <input type="checkbox"/> Мейо-Робсона [] см <input type="checkbox"/> Тернера [] см <input type="checkbox"/> Губергрицкого [] см <input type="checkbox"/> Джаниледзе [] см		
Гэдэс тэмтрэлтээр: Тахир гэдэс: Хэлбэр: <input type="checkbox"/> Бортгон <input type="checkbox"/> Өөр Гадаргуу: <input type="checkbox"/> Гөлгөр <input type="checkbox"/> Барзгар		Хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Агшсан <input type="checkbox"/> Томорсон		Нягтрал: <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй	
Хошноого: <input type="checkbox"/> Хэвийн онгойсон <input type="checkbox"/> Битүү		Баас: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Шингэн баана <input type="checkbox"/> Хатна		Суулгах: <input type="checkbox"/> Усархаг <input type="checkbox"/> Салсттай <input type="checkbox"/> Цусны судалтай <input type="checkbox"/> Залхагтай <input type="checkbox"/> Хоолны боловсроогүй үлдэгдэлтэй	
Мэдрэлийн тогтолцоо					
12 хос мэдрэлээс гарсан өөрчлөлт /дугуйл/ I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII		Үнэрлэх мэдрэмж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Ялгахгүй		Сонсголын мэдрэмж: Сонсох чадавхи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан	
Хүүхэн хараа: <input type="checkbox"/> Өргөссөн <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Нарийссан		Рефлекс: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Арефлекс <input type="checkbox"/> Гиперрефлекс <input type="checkbox"/> Гипорефлекс <input type="checkbox"/> Эмгэг рефлекс <input type="checkbox"/> Клонус илэрсэн		Мэдрэхүйн хүрээний өөрчлөлт: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Илэрсэн Өнгөц мэдрэхүй: <input type="checkbox"/> Алдагдаагүй <input type="checkbox"/> Алдсан	
Хэт хөдөлгөөнтөх хам шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Илэрсэн (гиперкинезия, тремор, тик, хороя, атетоз, нүүрний татвалзал, бусад_____)		Тэнцвэрийн сорилд: <input type="checkbox"/> Алдахгүй <input type="checkbox"/> Алдана		Менингитийн шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Илэрсэн	
Вегетатив мэдрэлийн систем: _____ Сэтгэцийн байдал: _____ Бусад: _____					
Шээс бэлгэсийн тогтолцоо					
Бөөр: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй		Пастернацкийн шинж: Баруун талд [] Зүүн талд []		Хоногийн шээсний гарц: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Багассан	
Шөнө шээдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм Тоо ____ Шээс: <input type="checkbox"/> Тасалддаг <input type="checkbox"/> Үгүй		Шээхэд : <input type="checkbox"/> Давсаг шээсний сүв эмзэглэх <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Шээс дүлүүлж гардаг <input type="checkbox"/> Үгүй		Шээсний өнгө: <input type="checkbox"/> Сүрлэн шар <input type="checkbox"/> Улаан шар <input type="checkbox"/> Өнгөгүй <input type="checkbox"/> Тунадастай <input type="checkbox"/> Тунадасгүй, Тоо ____ олон, цөөн	
Давсаг тэмтрэгдэх: _____ Бэлгийн хоёрдогч шинж тэмдэг илэрсэн эсэх: _____					
Бусад эрхтэн, тогтолцоо					
Бамбай булчирхай: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ /зур/ (зөөлөн, хатуу, эмзэглэлтэй, эмзэглэлгүй)				<input type="checkbox"/> Томроогүй <input type="checkbox"/> Томорсон (0, I, II зэрэг)	
Хэсэг газрын үзлэг /Status localis/ _____ _____					

ЭМНЭЛЗҮЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

Зовиураас: _____ _____ _____		Эмчилгээ сувилгааны төлөвлөгөө
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: _____ _____ _____		
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

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

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____

Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

_____ оны _____ сарын _____ -нд _____

оношоор эмнэлэгт _____ хоног хэвтэж эмчлүүлэв.

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

_____ хагалгаанд _____ мэдээ алдуулалтанд _____

Биеийн байдал	Гарах үед
Хөнгөн	1
Дунд	2
Хүндэвтэр	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: _____

Хийгдсэн эмчилгээ	Эмийн	1	Бусад эмчилгээ _____ _____ Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн эсэх - тийм, үгүй /зур/
	Эмийн бус	2	
	Мэс заслын	3	
	Бусад	4	

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

СУВИЛАГЧ ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН БИЕЙН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛЭХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: _____

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

Ангилал	Огноо /цаг/ Үнэлгээ									Сувилгааны асуудал - #	
1. Амьсгал / Зурх судас	Амьсгалалт	Жигд	Өнгөц							#1. Амьсгалах хэв маягийн өөрчлөлт #2. Хийн солилцоо алдагдсан #3. Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан #4. Хөдөлгөөний алдагдал #5. Ядаргаа #7. Шокын эрдсэл #8. Захын мэдрэлийн үйл ажиллагаа алдагдах эрсдэл #9. Нойр хулжих #10. Нойргүйдэл #11. Хөдөлгөөн муудсан (ор, биеийн, шилжих, тэргэнцэр) #12. Тамиргүйдэх	
			Гүн								
		Жигд бус	Тоо олширсон								
			Тоо цөөрсөн								
	Чимээ	Хэвийн	Сул								
		Хэвийн бус	Тод								
	Ханиалгалт	Үгүй									
		Цэргүй									
		Цэртэй									
	Хаван	Хавангүй	Бүх биеэр								
			Нүүрэнд								
			Зовхинд								
			Хэвлийд								
			Шилбэнд								
	Хялгасан судасны дахин дүүрэлт		2 секундээс бага								
		2 секундээс удаан									
Зүрхний хэм	Жигд										
	Хэм алдагдсан										
2. Хоол боловсруулалт	Хооллолт	Амаар									
		Гуурсаар									
		Бусад замаар (судсаар)									
	Хоолны дэглэм	Хоол хориогүй									
		Хоол хориотой									
	Хоолны дуршил	Хэвийн									
		Өөрчлөлттэй									
		Огиулалттай									
		Бөөлжүүлнэ									
	Хэвлий	Хэвийн									
		Цэрдийсэн									
		Хонхойж татагдсан									
	Өтгөн	Хэвийн									
		Хатуу									
		Шингэн									
		Өнгө өөрчлөгдсөн									
3. Шээс ялгаруулалт	Шээс	Шээсний гарц	Хэвийн								
			Ихэссэн								
		Зовиур	Багассан								
			Өвдөлттэй*								
			Дүлэлттэй								
			Тасалдсан								
	Өнгө, үнэр	Задгайрсан									
		Өөрчлөлтгүй									
		Өөрчлөлттэй									
		Шээлгүүргүй									
		Шээлгүүртэй									
4. Арьс	Арьсны байдал	Өөрчлөлттэй*	Улайсан								
			Хавдсан								
			Зүсэгдсэн								
			Шүүс гарсан								
			Идээлсэн								
	Арьсны эрүүл ахуй	Бүх биеийн угаалга хийх	Тууралттай								
			Цооролттой								
			Шаардлагагүй								
			Шаардлагатай								
			Шаардлагагүй								
Мэс заслын шарх	Ор цэвэрлэх	Шаардлагатай									
		Шаардлагагүй									
		Шаардлагатай									
Уян зүү тавьсан хэсэг	Боолт	Цэвэр									
	Гуурстай	Бохир									
		Хэвийн									
		Улайсан									
		Хавдсан									
5. Мэдрэл, сэтгэхүйн байдал	Ухаан санааны байдал	Хэвийн									
		Сэтгэл хөөрлийн байдалтай									
		Сэтгэл түгшсэн байдалтай									
	Орчиндоо (бусадтай)	Ухаангүй									
		Харьцаатай									
		Сул									
	Өвдөлт	Харьцаагүй									
		Өвдөлтгүй									
	Үе мөчний хөдөлгөөн	Өвдөлттэй*									
		Хэвийн									
Хязгаардлагдмал											
Үений хавдалттай											

ӨДӨР ТУТМЫН ҮНЭЛГЭЭ

#35. Будилуу болох (цочмог, архаг)
#36. Ой санамж муудсан
#37. Ярих чадвар саатсан
#38. Тархины дасан зохицох чадвар буурсан
#39. Өвдөлт
#40. Сэтгэл түгших
#41. Айдас
#42. Гашуудах
#43. Итгэл алдарсан
#44. Ганцаардах эрсдэл
#45. Өөрийгөө зөв үнэлж чадахгүй болсон

ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА												
6. ӨДӨР ТУТМЫН СУВИЛГАА	Уян зүү	Тавьсан/сольсон Бэхэлгээ хийсэн									#46. ЭМБ-ын мэдлэг олгох шаардлагатай #47. Хувийн эрүүл мэндээ зохицуулах чадваргүй болсон #48. Мэдлэгийн дутагдал #49. Өөрийгөө асрах чадваргүй болсон (усанд орох, хувцаслах, хооллох, бие засах) #50. Алхах чадвар алдагдсан	
	Гуурсны 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										
	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/										
		Цагаан хэрэглэл сольсон	Солих шаардлагагүй									
Ус самнасан			СУ (сувилагч) Ө (эмчлүүлэгч өөрөө) СА (сахиур)									
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
	Х 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.	

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										

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

ӨВДӨЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:

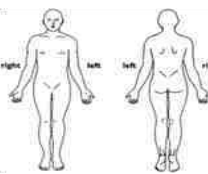
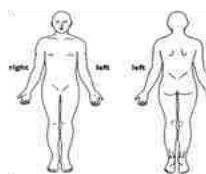
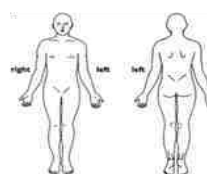
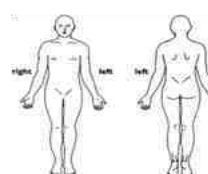
Өвчний түүх №

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, хатгаж 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.

- Шинжилгээ: 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.

Эмчлүүлэгч _____

Хориглох зүйл _____

Нас.....
 Хүйс/зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

Харшил _____

	Д/Д	Эмчилгээ, сувилгааны заалт 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 Амаар	
																												Нийт
																										- /гарсан/ Шээс Бөөлжилт Өтгөн Гуурсаар Бусад		
Дуслаар																												Нийт
																										Нийт		
																											Шингэний баланс Эмчид мэдэгдэх хяналтын хязгаар	
Судсаар																												Нийт
																										АДД		
																											Пульс Sao ₂	
Булчин, арьсан дор																												Баланс төлөвлөлт
																										АДД		
																											Пульс Sao ₂	
Амаар																												Баланс төлөвлөлт
																										АДД		
																											Пульс Sao ₂	
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																												Баланс төлөвлөлт
																										АДД		
																											Пульс Sao ₂	

Хариуцсан сувилагч

Эмчлэгч эмч:

Жижүүрийн эмч:

**Мэдээгүйжүүлгийн эмчийн мэс заслын өмнөх үзлэг,
мэдээгүйжүүлэлтийн явц, сэрээх үеийн хяналтын хуудас /хүүхэд/**

Овог Регистр №

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

 Түүх №
Нэр..... Нас..... Хүйс: Эр /Эм
Тасаг.....

Үзсэн:/...../...../.....цаг/.....мин Онош:..... Төлөвлөгөөт / Яаралтай / Хойшлуулшгүй Төлөвлөж буй мэс засал..... Анамнез: Зовиур:..... Өвчний эхлэл..... Өвдсөн өвчин..... Харшил..... Халдварт/ө ба вакцин..... Удамшил..... Өмнөх хагалгаа мэдээгүйжүүлэг. Хүндрэл..... Осол гэмтэл..... Хэрэглэж байсан эм, цус цусан бүтээгдэхүүн Хорт зуршил..... ТМС <input type="checkbox"/> Уналт таталт <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Толгой өвдөлт <input type="checkbox"/> Бадайрах/сульдах <input type="checkbox"/> Ухаан балартах <input type="checkbox"/> Тархины даралт ЗСС <input type="checkbox"/> Зүрх дэлсэх <input type="checkbox"/> Хөхрөх <input type="checkbox"/> Цээжээр өвдөх <input type="checkbox"/> Хаван <input type="checkbox"/> Албад/байрлал <input type="checkbox"/> АС <input type="checkbox"/> АДэЗХ <input type="checkbox"/> Амьсгаадах <input type="checkbox"/> Ханиах <input type="checkbox"/> Хөхрөх <input type="checkbox"/> Цэр ХБС <input type="checkbox"/> Шарлалт <input type="checkbox"/> Хоолны дуршил <input type="checkbox"/> Цирроз <input type="checkbox"/> /-/ <input type="checkbox"/> Суулгалт <input type="checkbox"/> Парез..... ШЯС <input type="checkbox"/> Олигоури <input type="checkbox"/> Бөөрний <input type="checkbox"/> Полиури <input type="checkbox"/> дутагдал <input type="checkbox"/> Никтури <input type="checkbox"/> Шээс хаагдах <input type="checkbox"/> Ц/бул <input type="checkbox"/> Цус гоожимхой <input type="checkbox"/> Тууралт гардаг <input type="checkbox"/> Хөхрөлт үүсэх хандлагатай <input type="checkbox"/> Төрөлт:..... Өсвөр охид: ССТ..... Хооллосон байдал.....	Ерөнхий үзлэг: Биеийн байдал: <input type="checkbox"/> дунд <input type="checkbox"/> хүндэвтэр <input type="checkbox"/> хүнд <input type="checkbox"/> маш хүнд Жин.....кг Өндөр.....см Бялдар: <input type="checkbox"/> Туранхай <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Тарган Амьс/Тоо..... Зүрх/Цохилт..... Бие/т°..... O ₂ Sat..... АД..... АДД Цусны бүлэг: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> Зах/хял/суд/эр/дүүрэлт:сек. Сэтгэц: <input type="checkbox"/> Тайван <input type="checkbox"/> Тайван бус <input type="checkbox"/> Глазго үнэлгээ..... Арьсны өнгө, байдал:..... Шингэн алдалт: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм Зэрэг..... Амьсгалын зам: Маллампати I II III IV Эрүү бамбайн зай > 6 см < 6 см Ам ангайлт > 3 см < 3 см Хамар сарталзах <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Өвчүү татагдах <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хүзүүний/хөд чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэцүү интубаци болзошгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хиймэл а/ зам: <input type="checkbox"/> ЦХГ№..... <input type="checkbox"/> Трахеостоми <input type="checkbox"/> Үгүй Хүчилтөрөгч эмчилгээ: <input type="checkbox"/> Гуурс <input type="checkbox"/> Маск <input type="checkbox"/> Маск хүүдий <input type="checkbox"/> FiO ₂ Хараа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Эмгэг..... Шүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Кариес <input type="checkbox"/> Шүдгүй <input type="checkbox"/> Хөдөлсөн <input type="checkbox"/> Хиймэл Зүрх..... Судасны лугшилт..... Уушги..... Хэвлий..... Мэдрэл..... Меч..... Хэс/мэд хийх хэсэг: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Халдварын шинж <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Судасны байдал: <input type="checkbox"/> Хангалттай <input type="checkbox"/> Хангалтгүй <input type="checkbox"/> ТВГ <input type="checkbox"/> судасны хүрц..... <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус ЦЕШ <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЦС/ билируб <input type="checkbox"/> Уураг <input type="checkbox"/> Моч/креат <input type="checkbox"/> К, Na, Ca, P <input type="checkbox"/> Асат, Алат <input type="checkbox"/> Бүлэгнэлт <input type="checkbox"/> Бак/серологи <input type="checkbox"/> Рентген <input type="checkbox"/> ЭКГ <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Бусад <input type="checkbox"/> ASA ангилал: 1 2 3 4 5 6 E Эрсдэл: I II III IV Эрсдэл..... Мэд/хэлбэр, ажилбар..... Бэлтгэл..... Урьдал эмжүүлэлт..... ЦЦБ бэлдсэн: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм..... <input type="checkbox"/> тохирсон <input type="checkbox"/> тохироогүй Эрсдэл танилцуулж, мэдээгүйжүүлгийг тайлбарлаж <input type="checkbox"/> өгсөн <input type="checkbox"/> үгүй болно. Мэдээгүйжүүлэг өгөхийг <input type="checkbox"/> зөвшөөрсөн / <input type="checkbox"/> зөвшөөрөөгүй болно. Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг..... Мэдээгүйжүүлгийн эмч.....	

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭЛТИЙН ЯВЦ БА СЭРЭЭХ ӨРӨӨНИЙ ХЯНАЛТ

Сарөдөр.....цаг.....минут

Овог нэр..... Биений жин.....кг

Мэдээгүйжүүлгийн эмч:					Мэдээгүйжүүлгийн сувилагч:					Мэдээгүжүүлги Эх:		Ду:			
Мэс заслын эмч:					Мэс заслын сувилагч:					Мэс заслын Эх:		Ду:			
МЗ-ын дараах онош:										Хоол сойсон цаг:					
Хэрэглэсэн эм \ Цаг										Нийт:		Тэмдэглэл:			
O ₂ : л/мин															
NO ₂ /агаар: л/мин															
Halotan/Sevofluran эз/%															
Isofluran эз/%															
Эмийн нэр /мг/	Тио/Проп														
	Тр/Сук/.....														
	Фен/Суфен/Мо/														
	Кет/Сед/Мид														
Сэлбэсэн шингэн	Natrii Chloridi 0.9%.....														
	Ringer Lactat.....														
	Glucosae.....%.....														
Цус /мл/															
Сийвэн /мл/															
Алдсан цус /мл/															
Шээс ялгаралт /мл/															
Амьсгалын хэлбэр					<input type="checkbox"/> Автомат (TV.....мл;АТ...../мин;P _{aw} см H ₂ O; РЕЕР..... см H ₂ O) <input type="checkbox"/> Дэмжсэн <input type="checkbox"/> Өөрийн					Сэрээх өрөөнд:					
АД ↑ Пульс • Мэд/ эхлэх X Мэд/ дуусах ⊗ ЦХГ тавьсан ↓ ЦХГ авсан ↑ МЗ эхлэх v МЗ дуусах ^ Биений хэм Δ										Хүлээн				Шилж -үүлэг	
200															
180															
40 160															
39 140															
38 120															
37 100															
36 80															
35 60															
34 40															
20															
Хяналт: <input type="checkbox"/> Даралт /NIBP/ <input type="checkbox"/> ЭКГ <input type="checkbox"/> O ₂ Sat										Шилжин ирсэн .....цаг.....мин				Хяналт: <input type="checkbox"/> Даралт /NIBP/ <input type="checkbox"/> ЭКГ <input type="checkbox"/> O ₂ Sat ; ...тасагт шилжүүлжсэн.....цаг.....мин Амьс/чөл-х хэрэгсэл + /-АТ...ЗЦ...АД...O ₂ Sat/FiO ₂/..... Хэм.. RT... Хүлээлгэн өгсөн:..... Хүлээн авсан:.....	

Фентанил / Морфин: Сери..... Хэмжээ.....мл
Гарын үсэг.....

<input type="checkbox"/> ETCO ₂ <input type="checkbox"/> P _{aw} <input type="checkbox"/> Температур <input type="checkbox"/> Прек/эзоф стетос <input type="checkbox"/> A-line /IBP/ <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> ТВД <input type="checkbox"/> ХШТ <input type="checkbox"/> Шээс ялгаралт <u>Байрлал:</u>	0		
Үзүүлэлт:	<input type="checkbox"/> O ₂ Sat <input type="checkbox"/> ETCO ₂ <input type="checkbox"/> ТВД <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> CO ₂ хийн даралт		
Мэдээгүйжүүлгийн ажилбарууд:	<input type="checkbox"/> EM: ()Mask ()LMA #..... ()ЦХГ ()RAE () Спираль: Ам / Хамар () D/Lumen ()Трахеостоми Шууд/Харанхуй/Дуран () Селикийн арга () Сэрүүн интубаци () Хэцүү/интубаци Оролдлого..... Чиглүүлэгч +/- Манжет +/- №..... Гүн..... см <input type="checkbox"/> Хавсарсан: <input type="checkbox"/> EM+TMX <input type="checkbox"/> EM+ЗМХ <input type="checkbox"/> Судсаар (TIVA) <input type="checkbox"/> Амьсгал чөлөөлөх хэрэгслүүд +/- <input type="checkbox"/> ТВГ -ыг .....судсанд оролдлогоор хатган оруулж.....см-т бэхлэв. <input type="checkbox"/> хяналт: Эхо / Rс. Хүндрэл + / - (.....) <u>Тусгай техник:</u> <u>Хүндрэл:</u> <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> TMX: () Нугас () Нугас/гадна () Ууцны Хатгасан цэг..... Нэг удаа/Тасралтгүй Мэдээгүйжүүлгийн түвшин Зүү №..... Кат/урт.....см <input type="checkbox"/> ЗМХ: ()BPB () FNB () TAP () IOB () IINB () Penile/b () digitalis/b () Trigem/b () Эмийн бодис..... Хэмжээ:.....%.....мл Эхо хяналт: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	

Өвчний түүхийн № _____

МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ РД

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

Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй Нас _____
Мэс засал эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг: _____ минут _____, дууссан цаг _____ минут _____
Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа _____ цаг _____ минут. Мэс засал төлөвлөгөөт, яаралтай /зур/
Мэс заслын нэр _____

Мэс заслын заалт: _____

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр ерөнхий: эндотрахеал хошуувч, төвөнхийн хошуувч
бүсчилсэн: нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс

Мэс заслын явц:
Үйлчлүүлэгчийн байрлал: нуруугаар, липотомийн, трендленбургийн, бусад: бичих _____
Хагалгааны талбай ариутгасан:

Хагалгааны зүслэг /зур/:

- Хэвлийн өмнөд ханын доод 1/3-ийн дагуу зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хөндлөн зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хүйс тойруулсан дагуу зүслэг
- Дурангийн жижиг зүслэгүүд бичих: _____

Хэвлийн өмнөд ханыг нээхэд цус тогтоолт хийсэн эсэх: үгүй, хэрэв тийм бол аргыг бичих

Гэдсийг тусгаарласан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих _____

Наалдац салгасан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих _____

Мэс заслаар эд, эрхтэн авсан, зассан тухай тэмдэглэл бичих: _____

Үлдэцийг ямар байдлаар цус тогтоож үлдээсэн тухай тэмдэглэл:

Хэвлий хаасан тухай тэмдэглэл:

Мэс заслын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ _____

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

Мэс заслын дараах онош: _____

Мэс засал: цэвэр, бохир

Оёдол тавьсан утас _____

Мэс заслын дараах эмчилгээ _____

Мэс заслын дараах 2 цагийн дараах үзлэг, хяналт _____

Мэс засал хийсэн эмч:

1. _____

2. _____

3. _____

Мэдээгүйжүүлэгч эмч:

1. _____

Сувилагч:

1. _____

2. _____

3. _____

Сувилагч:

1. _____

Мэс заслын тэмдэглэл хөтөлсөн эмч _____

Цаг минут	Эмчийн тэмдэглэл	Авсан арга хэмжээ, тусламж үйлчилгээ

МЭС ЗАСАЛ/МЭС АЖИЛБАР ХИЙЛГЭХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын нэр:

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн
(эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл,
хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдлүүд (эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүд (хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбарууд (ажилбаруудыг нэг
бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох
эмчилгээний бусад аргууд (бусад аргуудыг дурьдана):

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэх мэдээгүйжүүлэлт:

Ерөнхий, нугасны мэдээ алдуулалт, хэсгийн мэдээ алдуулалт, тайвшруулах (аль нь болохыг
сонгож доогуур нь харах)

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж
өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

- Эмчийн санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах) -ыг дээрхи мэдээ алдуулалтаар хийлгэхийг **БИ ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.**

Түүнчлэн гэмтсэн эд, эрхтний хэсэг болон эд эрхтнийг журмын дагуу устгахыг уг эмнэлэгт зөвшөөрч байна.

- Мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн, гарч болох хүндрэл, эрсдэл, нэмэлт ажилбарууд, орлуулж болох эмчилгээний талаар **БИ ТОДОРХОЙ МЭДЭЭЛЭЛ АВСАН БОЛНО.**

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс ажилбар/мэс заслын хагалгаа (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../

/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

**АМЬ НАС/ЭРҮҮЛ МЭНДЭД ЭРСДЭЛТЭЙ ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН
ХУУДАС**

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)
-ын үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт,
эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг
бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж
болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

- Ерөнхий
- Нугасны мэдээ алдуулалт
- Хэсгийн мэдээ алдуулалт
- Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

.....
Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

[] Надад шаардлагатай оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН. Иймд

.....
хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

[] Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (зурах)-аас гадна

.....
зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

[] Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....
Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

[] Насанд хүрээгүй

[] Ухаангүй

[] Сэтгэцийн эмгэгтэй

[] Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүхэнд хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____ овогтой _____ би эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарах нь эмчлэгч эмч болон эмнэлгийн удирдлагын зааврыг дагаж мөрдөөгүй гэдгийг ойлгож байна.

Миний эмнэлгээс гарч буй шалтгаан:

.....
.....

Энэ мөчид эмнэлгээс гарснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН БОЛНО.

.....
.....

Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОСОН бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Энэ мөчид эмнэлгээс гарч, тусламж үйлчилгээ зогссоноос болж гарах үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

**ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ АВАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН
ХУУДАС**

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____ ОВОГТОЙ _____ би дараах эмчилгээ

үйлчилгээ авах хүсэлтэй байна. (ямар тусламж, үйлчилгээ авах саналтай байгаагаа дэлгэрэнгүй
бичнэ. Үүнд: эмийн эмчилгээ, мэс ажилбар, гоо сайхны хагалгаа зэрэг бүх үйлчилгээ хамаарна)

Миний зүгээс уг эмчилгээ, үйлчилгээг хийлгэх гэж буй шалтгаан:

Өөрийн хүсэлтээр хийлгэж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь
зурах)-ний үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт,
эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илэрхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ(аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж
болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана:

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж
болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний
давуу тал:

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний
үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

[] Ерөнхий

[] Нугасны мэдээ алдуулалт

Хэсгийн мэдээ алдуулалт

Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

Миний хүсэлтээр хийж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН.

Иймд

хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-нээс гадна

.....
.....

зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....
.....

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН ТУХАЙ МЭДҮҮЛЭГ

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

Үйлчлүүлэгч _____ овогтой _____ би эмнэлгийн тусламж
үйлчилгээнээс татгалзах нь ямар үр дагавартай болох тухай мэдээллийг эмчээсээ авсан боловч уг
эмчилгээ үйлчилгээнээс ТАТГАЛЗАЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзаж буй шалтгаан:

.....
.....
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн
талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН.

.....
.....
 Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙГАА бөгөөд хэрвээ
би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаас гарч болох үр дагаварт эмчлэгч эмч,
эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ТӨРӨЛТИЙН ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр лого

РД			
ЭМД №			
Төрөлтийн түүх нээсэн:		он	сар өдөр цаг мин
Тасгийн нэр			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Өөрийн нэр: Нас: []	
Төрсөн он сар өдөр / /	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	Цусны бүлэг Резус хүчин зүйл	Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор
Ажлын газар, албан тушаал: _____ Мэргэжил: _____			
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ Тоот _____		Эмчийн хяналтанд байсан эсэх: <input type="checkbox"/> Өрх, сумын эмч <input type="checkbox"/> Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч <input type="checkbox"/> Бусад мэргэжлийн эмч <input type="checkbox"/> Хяналтанд ороогүй	
Анх хяналтанд орсон хугацаа (7х): [] Хяналтын эмчид сүүлийн удаа үзүүлсэн: он сар өдөр Хэдэн удаа үзүүлсэн: ____ Хяналт хийсэн эмнэлгийн нэр: _____ Хянасан эмчийн нэр: _____		Солилцох хуудастай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Дээд шатлалд шилжүүлсэн эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Холбоо барих хүний нэр: _____ Утас: _____	Мэдээлэл авах хүний нэр, утас: 1. _____ 2. _____ 3. _____	Төлбөрийн төрөл: <input type="checkbox"/> Төр хариуцсан <input type="checkbox"/> Өвчтөн хариуцсан	
ОНОШ			
Хэвтэх үеийн онош		ӨОУА-10	
Үндсэн онош			
Хүндрэл			
Дагалдах онош			
Үйлдлийн онош (Мэс засал, мэс ажилбар)		ҮОУА-9	
Эмнэлэгт амаржсан:		он сар өдөр цаг минут	
Төрөхөөс: <input type="checkbox"/> Гарсан <input type="checkbox"/> Шилжсэн <input type="checkbox"/> Нас барсан	он сар өдөр / / / /	Ор хоног [] хоног [] цаг	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: <input type="checkbox"/> Сүрьеэ <input type="checkbox"/> Вируст гепатит <input type="checkbox"/> Тэмбүү <input type="checkbox"/> Ангина <input type="checkbox"/> Заг хүйтэн <input type="checkbox"/> Шүд хорхойтох Бусад: _____	Биений юм: Анх ирсэн нас [] Мөчлөг [] хоног Үргэлжлэх хугацаа [] хоног Сүүлийн юм ирсэн хугацаа: он сар өдөр / /	Харшлын асуумж <input type="checkbox"/> Эм тариа <input type="checkbox"/> Ахуйн хэрэглээ Бусад: _____ Хорт зуршил <input type="checkbox"/> Архи <input type="checkbox"/> Тамхи <input type="checkbox"/> Мансууруулах бодис	
Тархвар судлалын асуумж /сүүлийн 1 сард/:			
1. Гадаад оронд зорчсон эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй 2. Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй 3. Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй 4. Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
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
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд		<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Балартсан <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар амьсгал: <input type="checkbox"/> цулцангийн <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн <input type="checkbox"/> Хэржигнүүртэй <input type="checkbox"/> Сулавтар (баруун, зүүн)		
Судасны лугшилт 1 хоромд _____ удаа хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил хязгаар <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон	Чагналтаар зүрхний авиа: <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Шуугиантай <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Хэм алдалттай А/Д баруун _____ мм МУБ ___ зүүн _____ мм МУБ	
Хэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөртэй <input type="checkbox"/> Өнгө	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Гүн тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинжгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн		
Сонсох чадвахи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан (баруун, зүүн)		Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Ихэссэн	
Сэтгэцийн байдал: _____			
Бусад өөрчлөлт: _____			

ЭХ БАРИХЫН ТУСГАЙЛСАН ҮЗЛЭГ

Төрөх хугацаа: он сар өдөр	Биеийн өндөр [] см	Ургийн байрлал:
Сүүлийн биеийн юм / /	Биеийн жин [] кг	Нуруулалт
Анхны үзлэгээр / /	Умайн өндөр [] см	<input type="checkbox"/> Дагуу <input type="checkbox"/> I
ЭХО шинжилгээгээр / /	Хэвлийн тойрог [] см	<input type="checkbox"/> Ташуу <input type="checkbox"/> II
	Индекс Соловьев [] см	<input type="checkbox"/> Хөндлөн

Аарцгийн хэмжээсүүд: Dis sp [] Dis cr [] Dis tr [] Con ext [] Con vera []

Түрүүлсэн хэсэг: <input type="checkbox"/> Толгой <input type="checkbox"/> Өгзөг <input type="checkbox"/> Хөл <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Ургийн толгойн тавилт: <input type="checkbox"/> 5/5 <input type="checkbox"/> 4/5 <input type="checkbox"/> 3/5 <input type="checkbox"/> 2/5 <input type="checkbox"/> 1/5	Умайн базлалтын байдал: <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус Жигд базлалт эхэлсэн цаг мин Хоорондын зай [] хором Үргэлжлэх хугацаа [] сек
--	--	---

Ургийн зүрхний цохилт	Хаана	1 хоромд	Сонсогдох байдал	Ургийн урьдчилсан жин
(I хүүхэд)			<input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Сонсогдохгүй <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус	[] грамм
(II хүүхэд)			<input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Сонсогдохгүй <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус	[] грамм
(III хүүхэд)			<input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Сонсогдохгүй <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус	[] грамм

ҮТРЭЭН ҮЗЛЭГ:**ТОЛИНЫ ҮЗЛЭГ:**

Гадна бэлэг эрхтний хөгжил: <input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Дутуу Өөрчлөлт-----	Үтрээ: <input type="checkbox"/> Уужим <input type="checkbox"/> Бачуу Өөрчлөлт-----
---	--

Умайн хүзүүний нээлт / /см урт / /см Бишоп үнэлгээ: нийт оноо / /					Ураг орчмын шингэний бүрхүүл: <input type="checkbox"/> Бүтэн цүлхийсэн, цүлхийгээгүй <input type="checkbox"/> Хагарсан <input type="checkbox"/> Эргэлзээтэй Ураг орчмын шингэний байдал: <input type="checkbox"/> Тунгалаг <input type="checkbox"/> Ногоон <input type="checkbox"/> Цустай <input type="checkbox"/> Шар Бусад:
Умайн хүзүүний байдал	Үнэлгээ				
	0	1	2	3	
Умайн хүзүүний нээлт	Хаалттай	1-2 см	3-4 см	5 см-ээс дээш	
Умайн хүзүүний урт	4 см-ээс дээш	3-4 см	1-2 см	1 см-ээс бага	
Зөөлөрсөн байдал	Хатуу	Дунд зэрэг	Зөөлөн		
Байрлал	Арагшаа	Голлох	Урагшаа		

Ургийн толгой бага аарцгийн хөндийн орох, өргөн, нарийн, гарах хэсгийн хавтгайд (зур)
Суман заадасын байрлал Хөндлөн Ташуу баруун, зүүн (зур) Шулуун

Эмэгтэйн бага аарцгийн хөндийн онцлог:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Хүндрэл

Дагалдах онош

Төрөлт удирдах төлөвлөгөө

Хийгдэх шинжилгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> Рентген <input type="checkbox"/> Биохими /билирубин, альбумин, нийт уураг, АСАТ, АЛАТ, ЛДГ, сахар, шүлтлэг фосфотаза/ <input type="checkbox"/> Коагулограм <input type="checkbox"/> Мазок <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> Хэт авиан шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
---	----------------------------------

Эмчийн гарын үсэг Эх баригчийн гарын үсэг
он сар өдөр

ТӨРЛӨГИЙН ЯВЦ

I хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр цаг мин				
Төрлөгийн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> Хавчуураар <input type="checkbox"/> Кесар хагалгаагаар <input type="checkbox"/> Вакум	Төрөхдөө: <input type="checkbox"/> Толгой <input type="checkbox"/> Өгзөг <input type="checkbox"/> Хөл <input type="checkbox"/> Бүтэлттэй <input type="checkbox"/> Бүтэлтгүй	Хүүхэд: <input type="checkbox"/> Амьд <input type="checkbox"/> Амьгүй Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Апгар 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 <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> Хавчуур <input type="checkbox"/> Кесар хагалгаагаар <input type="checkbox"/> Вакум	Төрөхдөө: <input type="checkbox"/> Толгой <input type="checkbox"/> Өгзөг <input type="checkbox"/> Хөл <input type="checkbox"/> Бүтэлттэй <input type="checkbox"/> Бүтэлтгүй	Хүүхэд: <input type="checkbox"/> Амьд <input type="checkbox"/> Амьгүй Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Апгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [] грамм Өндөр [] см Толгойн бүслүүр [] см Мөрний бүслүүр [] см
III хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр цаг мин				
Төрлөгийн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> Хавчуураар <input type="checkbox"/> Кесар хагалгаагаар <input type="checkbox"/> Вакум	Төрөхдөө: <input type="checkbox"/> Толгой <input type="checkbox"/> Өгзөг <input type="checkbox"/> Хөл <input type="checkbox"/> Бүтэлттэй <input type="checkbox"/> Бүтэлтгүй	Хүүхэд: <input type="checkbox"/> Амьд <input type="checkbox"/> Амьгүй Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Апгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [] грамм Өндөр [] см Толгойн бүслүүр [] см Мөрний бүслүүр [] см
Хойтхын үе: <input type="checkbox"/> Хүлээж удирдсан <input type="checkbox"/> Идэвхтэй удирдсан <input type="checkbox"/> Гардаж авсан Төрсний дараах эрт үе: <input type="checkbox"/> Умайн хөндийг гараар шалгасан Бусад эмчилгээ:	Ихэс: <input type="checkbox"/> Бүтэн <input type="checkbox"/> Эргэлзээтэй <input type="checkbox"/> Бүтэн биш Жин [] грамм Зузаан [] см Диаметр [] см Хүйн бэхлэлт:	Хязан: <input type="checkbox"/> Бүтэн <input type="checkbox"/> Эпизиотоми <input type="checkbox"/> Перинеотоми <input type="checkbox"/> Урагдсан Урагдлын зэрэг: I, II, III, IV Умайн хүзүү урагдсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Умайн хүзүүний урагдлын зэрэг: I, II, III, IV Үтрээний урагдал: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
Алдсан цусны хэмжээ [] мл	Төрлөг явагдсан хугацаа: [] цаг I үе [] II үе [] III үе []			
Төрөх үеийн онош				
Хүндрэлийн онош:				
Хийгдсэн мэс ажилбар:				
Хүндрэлийн үед авсан арга хэмжээ				
Төрөлт удирдсан эмчийн гарын үсэг: Эх баригч эмчийн гарын үсэг <div style="text-align: center;">он сар өдөр цаг мин</div>				

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН БАЙДАЛ

а/ Төрсний дараах эрт үеийн

Зовиур _____

Ерөнхий биеийн байдал _____

Арьс салст _____ АД баруун гарт ____/____ зүүн гарт ____/____ Судасны цохилт /1 мин/ _____

Хярсангийн орчинд /зур/: эмзэглэлтэй, үгүй

Төрсний дараах тасагт /зур/: шилжүүлсэн, үгүй

Эмчилгээ, шинжилгээний заалт: _____

Эмч: _____ цаг _____ минут

б/ Төрсний дараах үеийн эмчилгээ, үйлчилгээ

Үзлэгийн сар, өдөр					
Төрсний дараах өдөр	1	2	3	4	5
Эхийн биеийн ерөнхий байдал					
Зовиур					
Арьс салстын өнгө					
Артерийн даралт					
Судасны цохилт					
Зүрх судас					
Амьсгалын тоо					
Хөх					
Хэвлий					
Умай					
Шавхрага					
Хярсангийн шарх					
Шээс					
Өтгөн					
Эмчилгээ, үйлчилгээ, сувилгаа					
Эмчийн гарын үсэг					

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

ПАРТОГРАММ

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

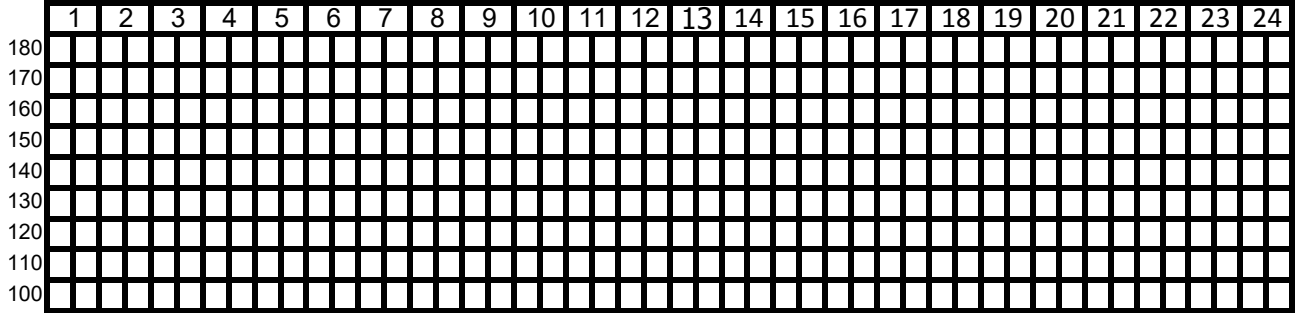
Ус гарсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Усны шинж байдал:

Төрөхийн өмнөх онош: _____

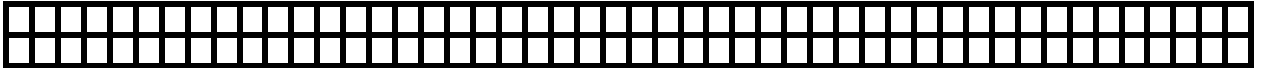
Дүлэлт эхэлсэн _____ цаг _____ минут

Хугацаа

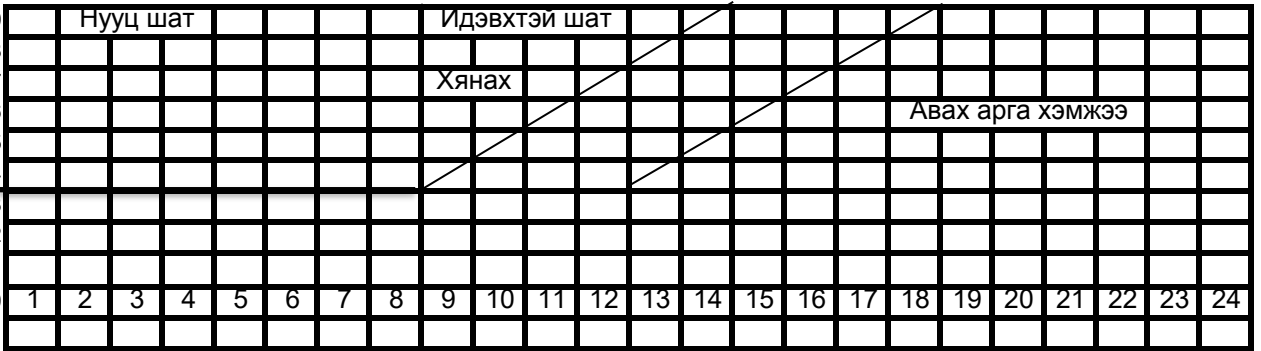


Ургийн зүрхний цохилт (1 мин)

Ураг орчмын шингэн
Толгойн хэлбэржилт

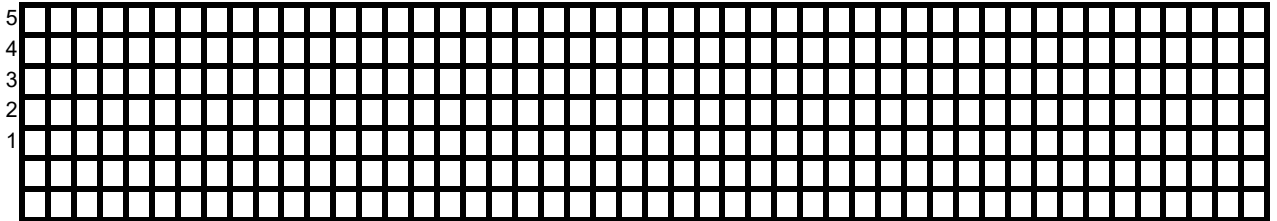


Умайн хүзүүний нээгдэлт (см)
↑ Х-ээр тэмдэглэнэ
↑ Ургийн толгойн давших хөдөлгөөн 0-оор тэмдэглэнэ



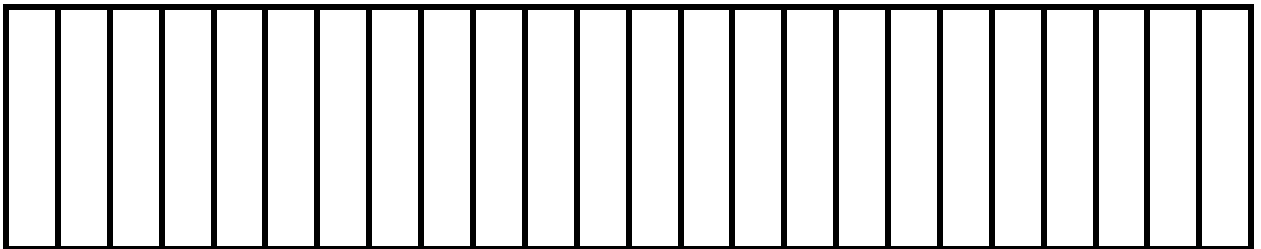
Хугацаа/цаг

Умайн базлалт
10 мин тутамд

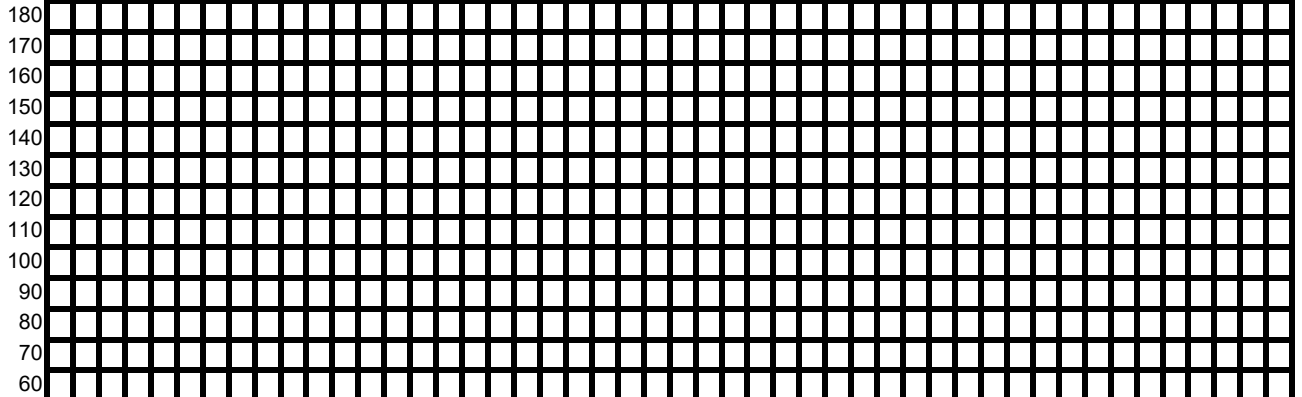


Окситоцин дусал/мин

Хэрэглэсэн эм, шингэн



Судасны цохилт



Цусны даралт

Биеийн халуун



Шээсний хэмжээ



Хөтөлсөн эмчийн гарын үсэг

Эх баригчийн гарын үсэг

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН БАЙДАЛ

а/ Төрсний дараах эрт үеийн

Зовиур _____

Ерөнхий биеийн байдал _____

Арьс салст _____ АД баруун гарт _____ / _____ зүүн гарт _____ / _____ Судасны цохилт /1 мин/ _____

Хярзангийн орчинд /зур/: эмзэглэлтэй, үгүй

Төрсний дараах тасагт /зур/: шилжүүлсэн, үгүй

Эмчилгээ, шинжилгээний заалт: _____

Эмч _____ Цаг _____ минут _____

б/ Төрсний дараах үеийн эмчилгээ, үйлчилгээ

Үзлэгийн сар, өдөр					
Төрсний дараах өдөр	1	2	3	4	5
Эхийн биеийн ерөнхий байдал					
Зовиур					
Арьс салстын өнгө					
Артерийн даралт					
Судасны цохилт					
Зүрх судас					
Амьсгалын тоо					
Хөх					
Хэвлий					
Умай					
Шавхрага					
Хярзангийн шарх					
Шээс					
Өтгөн					
Эмчилгээ, үйлчилгээ, сувилгаа					
Эмчийн 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 төлөвлөгөөт, 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-р хүүхэд _____ минутанд _____ эр, эм, _____ грамм жинтэй, _____ см урттай, Апгарын _____ балл

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

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

УРГИЙН ЗҮРХНИЙ БИЧЛЭГИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эхийн овог, нэр нас..... он сар өдөр

Жирэмсэн үеийн эрсдэлт хүчин зүйл	
Төрлөгийн үеийн эрсдэлт хүчин зүйл	
Умайн базлалт	10 хоромд .....удаа

Үзүүлэлт		Хэвийн	Эргэлзээтэй	Эмгэг
1	Суурин давтамж /Baseline rate/	110-159	100-109 160-180	<100 эсвэл > 180
2	Суурин давтамжийн хувьсал /Variability/	Далайц 5 ба түүнээс дээш	40-90 хормын турш <5	90 хормоос дээш хугацаанд < 5
3	Хурдсал /Accelerations/	Илэрсэн	Илрээгүй	3 удаагийн бичлэгт илрээгүй
4	Удаашрал /Decelerations/	Илрээгүй	Эрт удаашрал эсвэл 3 хормын дотор нэг хувьсах удаашрал	Хожуу болон хувьсах удаашрал давтагдах эсвэл 3 хормоос дээш үргэлжилсэн удааширсан удаашрал

Бүх үзүүлэлт хэвийн бол "Хэвийн УЗБ", нэг үзүүлэлт эргэлзээтэй бол "Эргэлзээтэй УЗБ", хоёр эсвэл түүнээс дээш үзүүлэлт эргэлзээтэй эсвэл нэг, түүнээс дээш үзүүлэлт эмгэг бол "Эмгэг УЗБ" гэж тэмдэглэнэ. Сонгосон үнэлгээг дугуйлж "о" тэмдэглэнэ үү. Тайлбар: Синусын хэм 20 хоромын турш илэрсэн тохиолдолд эмгэг гэж үнэлнэ.

Үзүүлэлтүүд		Хэвийн УЗБ				Эргэлзээтэй УЗБ				Эмгэг УЗБ				Үнэлгээ	Үнэлсэн эмчийн нэр
Бичлэг	Цаг	Тэмдэглэгээ													
Бичлэг № 1		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 2		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 3		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 4		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 5		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 6		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 7		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 8		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 9		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 10		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 11		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 12		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 13		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 14		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 15		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		

ТӨРӨХӨӨС ГАРАХ ҮЕИЙН ЭПИКРИЗ

Үндсэн онош

Төрөх үед хийлгэсэн мэс засал, мэс ажилбар

Төрсний дараах үе /зур/ хэвийн, эмгэг явагдаж _____ хоногт хүүхдийн хамт эрүүл мэндийн талаар зөвлөгөө өгч гаргав, шилжүүлэв.

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

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

НЯРАЙН ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр, лого

Нярайн түүхийн №

Нярайн түүх нээсэн / /

он сар өдөр

ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр:	Нас:	Тээлтийн хугацаа (7x) []	Хэд дэх жирэмслэлт [] Хэд дэх төрөлт [] Хэд дэх хүүхэд []
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ тоот _____	Эхийн боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор Ажлын газар, албан тушаал _____ Мэргэжил:		Эцгийн боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр Магистр <input type="checkbox"/> Доктор Ажлын газар, албан тушаал _____ Мэргэжил:

НЯРАЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Төрсөн он сар өдөр / / цаг минут	Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Ихэр эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	<input type="checkbox"/> Амьд <input type="checkbox"/> Амьгүй <input type="checkbox"/> Гүйцэд <input type="checkbox"/> Дутуу <input type="checkbox"/> Бүтэлттэй <input type="checkbox"/> Бүтэлтгүй	Хүйг тасалсан <input type="checkbox"/> Хавчаараар <input type="checkbox"/> Боолтоор
Апгарын үнэлгээ	1 минут	5 минут	10 минут	Төрөх үеийн жин [] гр Өндөр [] см
Арьсны өнгө				Толгойн тойрог [] см Цээжний тойрог [] см
Зүрхний цохилт, пульс				
Булчингийн хүчдэл				
Амьсгал				
Рефлекс				
Нярайд сэхээн амьдруулалт хийсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Амьсгалын замыг чөлөөлсөн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Амьсгалуулсан эсэх: <input type="checkbox"/> Эерэг даралтаар амьсгалуулсан <input type="checkbox"/> Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавигдсан Зүрхний иллэг хийсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Эмийн эмчилгээ хийсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			Нярайн асаргаа сувилгаа: Дулаан алдалтаас сэргийлэх арга хэмжээ авагдсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Биеийн халуун: Төрсний дараа [] 2 цагийн дараа [] Хөхөө амласан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм Хугацаа ___ <input type="checkbox"/> Үгүй Нүдэнд эм дусаасан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй К-аминдэм хийсэн хугацаа: _____	

Дархлаажуулалт

Вакцины нэр	Он, сар, өдөр	Тун	Серийн №	Урвал (±)	Гарын үсэг
Иммуноглобулин					

Үндсэн онош

ӨОУА-10

он... сар... өдөр

Хүндрэл

Дагалдах онош

Үйлдлийн онош

ҮОУА-9

Өвчний төгсгөл: <input type="checkbox"/> Эдгэрсэн <input type="checkbox"/> Сайжирсан <input type="checkbox"/> Хэвэндээ <input type="checkbox"/> Дордсон <input type="checkbox"/> Нас барсан	Эмнэлгээс: <input type="checkbox"/> Гарсан <input type="checkbox"/> Шилжсэн <input type="checkbox"/> Нас барсан	он сар өдөр / / / / / /	Ор хоног [] хоног [] цаг	Эмчилгээний зардал: (₮) Зөвлөгөө өгсөн: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> 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

Гарах үеийн дүгнэлт: _____

Гарах үеийн байдал: _____

Эмчийн зөвлөгөө: _____

Эмчлэгч эмч: _____

Эмчилгээний нэр / цаг	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Баланс			
Шахуурга																								Хийсэн шингэн				
																								Амаар				
																								Судсаар				
																								Бүгд				
Судсаар																								Ялгарсан шингэн				
																								Шээс				
																								Бөөлжилт				
																								Өтгөн				
																								Гуурсаар				
																								Бусад				
																								Бүгд				
Булчинд, арьсанд, бусад																								Зөрүү				
																								Бүгд				
																								Эмчид мэдэгдэх хяналтын карт				
																										Дээд	Доод	
																								АД				
																								Пульс				
Амаар																								Sao ²				
																								Дундаж АД				
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																												
Хооллолт																												
Сувилагчийн нэр																												

Эмчлэгч эмч

Жижүүрийн эмч

Эмнэлгийн нэр _____

НЯРАЙН ВАКЦИН ХИЙСЭН ТУХАЙ БҮРТГЭЛ

№	Нярайн түүх №	Эхийн талаарх мэдээлэл				Хүүхэд				Вакцин хийсэн		Сүрьеэ		Халдварт саа 0		В гепатит		Вакцинд хамрагдаагүй шалтгаан	Иммуноглобулин		
		Овог нэр, регистер				Утас (2 утасны дугаар)	Үндсэн хаяг	Одоо амьдарч байгаа хаяг	Төрсөн сар, өдөр	Төрсөн цаг минут	Хүйс	Жин (Грам)	Сар, өдөр	Цаг, минут	Тун (мл)	Сери №	Тун			Сери №	Тун (мл)	Сери №
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					

Вакцинаторын нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-10А

ЭС, ЭД, ЭРХТЭН ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Реципиентийн мэдээлэл

Эцэг /эх/-ийн нэр	Өөрийн нэр	Нас	Хүйс <input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм	Регистрийн дугаар	Тогтмол хаяг
Төрсөн .....он сар..... өдөр	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	Үндсэн захиргаа..... Аймаг/хот..... Сум/дүүрэг..... Утас:..... ... Шаардлагатай үед холбоо барих хүний нэр, утас, болох.....			Биеийн жин..... Биеийн өндөр..... Цусны бүлэг..... Эдийн тохироо..... Вирусын маркер..... Бусад
Ажлын газар, албан тушаал: _____					
Мэргэжил: _____					
Хүлээх жагсаалтанд анх бүртгэгдсэн: он сар өдөр		Хүлээх жагсаалтанд бүртгэгдэж хүлээсэн хугацаа: _____		Хүлээх жагсаалтанд байх хугацаанд хяналтанд байсан эмнэлгийн нэр: _____	
Эс, эд, эрхтэн шилжүүлэн суулгах мэс засал хийлгэхээр сонгогдсон байдал <input type="checkbox"/> Эд нийцэл тохирсон <input type="checkbox"/> Цусны бүлэг тохирсон <input type="checkbox"/> Яаралтай журмаар					
Үндсэн онош:					ӨОУА
Дагалдах онош:					
Хүндрэлийн онош:					
Ямар эрхтэн шилжүүлэн суулгахаар төлөвлөсөн:			Хийх мэс заслын нэр:		
Мэс засал хийсэн он сар өдөр			Мэс заслын хүндрэл бий эсэх:		
Мэс заслын дараах онош:			Эмнэлгээс гарсан он сар өдөр		
Эмнэлгээс гарах үеийн мэдээлэл:					
Эмчлэгч эмчийн нар, гарын үсэг: _____			Тасгийн эрхлэгч, дарга: _____ он сар өдөр		

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 едрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-10Б

**ЭС, ЭД, ЭРХТЭН ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АНХАН ШАТНЫ
 БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ**

Донорын мэдээлэл

Эцэг /эхийн/ нэр:	Өөрийн нэр:	Нас ____	Хүйс: Эр <input type="checkbox"/> Эм	Регистрийн дугаар:	Тогтмол хаяг
Төрсөн .....он сар.....өдөр.....	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	Үндсэн захиргаа..... Аймаг/хот..... Сум/дүүрэг..... Утас:..... Шаардлагатай үед холбоо барих хүний нэр, утас, болох.....		Биеийн жин..... Биеийн өндөр..... Цусны бүлэг..... Эдийн тохироо..... Вирусын маркер..... Бусад.....	
Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил					
Үндсэн онош					ӨОУА
Дагалдах онош:			Реципиенттэй ураг төрлийн холбоотой эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
Ямар эс, эд, эрхтэн өгөхөөр /авахаар/ шийдвэрлэсэн			Донорын төрөл: <input type="checkbox"/> Төрөл садангийн амьд донор <input type="checkbox"/> Тархины үхэлтэй донор		
Тархины үхэлтэй донор бол өмнө нь донор болохыг зөвшөөрч гарын үсэг зурсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			Ар гэрээс зөвшөөрөл авсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
Мэс заслын үед авсан биопси шинжилгээний хариу			Мэс заслын үед авч хадгалсан зүйлс		
Мэс заслын хүндрэл бий эсэх:					
Эмчлэгч эмчийн нар, гарын үсэг			Тасгийн эрхлэгч, дарга он сар өдөр		

6. Эхо ба бусад шинжилгээ хийгдээгүй
4. Задлан шинжилгээгээр оношлогдсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
5. Оношлогдсон гажиг мэс заслын аргаар эмчлэгдэх боломжтой эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
6. Нярайд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгийн хэлбэрийг эрхтэн, тогтолцоогоор нэг бүрчлэн оношийг бичнэ үү?

1. Мэдрэлийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
2. Нүд, чих, нүүр ба хүзүүний төрөлхийн гажиг _____
3. Цусны эргэлтийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
4. Амьсгалын тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
5. Сэтэрхий уруул ба тагнай _____
6. Хоол боловсруулах тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
7. Бэлэг эрхтний төрөлхийн гажиг _____
8. Шээс ялгаруулах тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
9. Яс-булчингийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
10. Бусад төрөлхийн гажиг _____
11. Хромосомын гажиг _____
12. Олон эрхтний хавсарсан гажиг _____

7. Хүүхдийн зураг, лабораторийн ба дүрс оношилгооны нэмэлт материал дагалдсан эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй

8. Нярай ба ургийн кариотип тодорхойлох шинжилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

Тийм бол кариотипийг нь бичнэ үү _____

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	4. Мэргэжлийн ба техникийн
2. Бага	5. Дээд
3. Дунд	6. Мэдээлэлгүй
5. Эхийн 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	
6. Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор тамхи татсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
Хэрэв тийм бол: 1. Өдөрт 1-20 ширхэг 2. Өдөрт 21 ширхэгээс их
7. Ойр дотны хамт амьдардаг хүмүүс нь эхийн жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор

- дэргэд нь тамхи татсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй
Хэрэв тийм бол: 1. Өдөрт 1-20 ширхэг 2. Өдөрт 21 ширхэгээс их
8. Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор архи уусан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
Хэрэв тийм бол: 1. Бага зэрэг 2. Дунд зэрэг 3. Их
9. Эх нь архаг эмгэгтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
хэрэв тийм бол: 1. Чихрийн шижин 2. Эпилепси 3. Бамбай булчирхайн эмгэг
4. Системийн өвчин 5. Бусад _____
10. Хэрэв дээрх өвчний улмаас эмчилгээ хийлгэсэн бол эмийг бичнэ үү _____

11. Жирэмсний эхний 16 долоо хоног дотор эх нь халуурсан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
12. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт 38°C-аас дээш халуурсан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
13. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт халдварт өвчин туссан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
Тийм бол шалтгаан нь: 1. Вирусийн гаралтай (зур) (улаанууд, цитомегаловирус, улаанбурхан,
бусад _____)
2. Вирусийн бус гаралтай (зур) (тэмбүү, бусад _____)
3. Мэдээлэлгүй
14. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт архаг эмгэгээс бусад өвчний үед эм хэрэглэсэн эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
Тийм бол нэрлэнэ үү _____
15. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
Хэрэв тийм бол бичнэ үү _____
16. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт цус алдсан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй
17. Жирэмсэлсэн хэлбэр: 1. Жамаараа 2. Үр суулгасан 3. Мэдээлэлгүй
18. Жирэмсний эхний 12 долоо хоногийн дотор фолийн хүчил уусан эсэх:
1. Дор хаяж 0.4мг фолийн хүчил тогтмол уусан
2. Тогтмол биш уусан, тун мэдэгдэхгүй
3. Уугаагүй
4. Фолийн хүчил уусан эсэх талаар мэдээлэлгүй

Е. УДАМШИЛ

1. Хүүхдэд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ах, эгч, дүү байгаа эсэх:
1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй
2. Эхийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүн байсан эсэх:
1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй
3. Эцгийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажиг тодорхойлогдож байсан эсэх:
1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй

НЯРАЙН СОНСГОЛЫН СКРИНИНГИЙН АСУУМЖ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
2. Гэрийн хаяг: _____
3. Ээжийн утасны дугаар: _____
4. Хүүхдийн төрсөн сар, өдөр: _____
5. Хүүхдийн жин: _____
6. Хүүхдийн хүйс: _____
7. Хүүхэд дутуу төрсөн бол тээлтийн нас, долоо хоногоор
8. Үзлэгийн огноо: _____
9. Сонсголын скринингийн хариу:
Баруун чих: _____
а. тэнцсэн (pass), в. давтах (refer), с. шалгуулаагүй (not measured)
Зүүн чих: _____
а. тэнцсэн (pass), в. давтах (refer), с. шалгуулаагүй (not measured)

НЯРАЙН ТҮНХНИЙ ДУТУУ ХӨГЖЛИЙН ХЭТ АВИАН СКРИНИНГИЙН АСУУМЖ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
2. Төрсөн газар: _____
3. Эхийн утасны дугаар: _____
4. Хүүхдийн төрсөн сар, өдөр: _____
5. Хүүхдийн хүйс: Эрэгтэй Эмэгтэй
6. Үзлэгийн огноо: _____

7. Түнхний хэлбэр:

Баруун түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

Зүүн түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

8. Эмчилгээ:

а. Гаргах в. Хяналт с. Эмчилгээ

Давтан үзлэг

9. Үзлэгийн огноо: _____

10. Түнхний хэлбэр:

Баруун түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

Зүүн түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

11. Эмчилгээ:

а. Гаргах в. Хяналт с. Эмчилгээ

НЯРАЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
2. Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Эмнэлгийн нэр _____
Эмчийн овог, нэр _____
Албан тушаал _____

Б. ЭХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Эхийн регистрийн дугаар:
2. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____
3. Эхийн нас:
4. Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
5. Ам бүл: _____
6. Боловсрол: 1. Боловсролгүй 3. Дунд 5. Дээд
2. Бага 4. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Тодорхойгүй
7. Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч 7. Бусад _____
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Хувиараа ажил эрхэлж байгаа
8. Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)
9. Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
10. Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
11. Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа: _____ долоо хоног
12. Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн: _____
13. Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин:
1. Эх барих эмэгтэйчүүд 3. Эх баригч
2. Өөр мэргэжлийн их эмч (өрх) 4. Бага эмч
14. Жирэмсэн үеийн хүндрэлтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
15. Тийм бол жирэмсний хүндрэлийг сонгоно уу:
1. Эрт үеийн хордлого 8. Ураг орчмын шингэний ихдэлт
2. Манас таталтын урьдал 9. Ураг орчмын шингэний багадалт
3. Манас таталт 10. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
4. Цус алдалт 11. Хавсарсан өвчин
5. Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж 12. Хориоамнионит
6. Ихэс түрүүлэлт 13. Дутуу төрөхийг завдах
7. Хэвийн байрласан ихсийн цагаас 14. Бусад _____
урьтаж ховхрох
16. Жирэмсэн үед хавсарсан эмгэг байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
17. Тийм бол эхийн эмгэгийг сонгоно уу:
1. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин (тэмбүү, 6. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
улаанбурхан, элэгний вирусийн үрэвсэл, бусад) 7. Амьсгалын тогтолцооны өвчин
2. Хавдар 8. Хоол шингээх эрхтний өвчин
3. Цус, цус бүтээх эрхтний өвчин 9. Шээс, бэлгэсийн тогтолцооны өвчин
4. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба 10. Бусад _____
бодисын солилцооны өвчин
5. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин
18. Антенаталь үеийн эмийн хэрэглээ: 1. Дексаметазон 2. Бусад _____

- | | | | |
|--|---------|---------|----------------|
| 5. Амбу маскаар амьсгалыг удирдсан эсэх: | 1. Тийм | 2. Үгүй | 3. Мэдээлэлгүй |
| 6. Зүрхний иллэг ,эерэг даралтат хиймэл амьсгал хавсарч хийсэн эсэх: | 1. Тийм | 2. Үгүй | 3. Мэдээлэлгүй |
| 7. Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьсан эсэх: | 1. Тийм | 2. Үгүй | 3. Мэдээлэлгүй |
| 8. Эмийн эмчилгээ хийсэн эсэх: | 1. Тийм | 2. Үгүй | 3. Мэдээлэлгүй |

13 . Сэхээн амьдруулалтыг үзүүлсэн:

- | | |
|--------------------------------|----------------|
| 1. Нярайн эмч | 5. Эх баригч |
| 2. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч | 6. Сувилагч |
| 3. Хүүхдийн эмч | 7. Бусад _____ |
| 4. Ерөнхий мэргэжлийн эмч | |

14 . Нярайн өвчний улмаас эмнэлэгт хэвтсэн: _____он _____сар _____өдөр _____цаг _____минут

15 . Хэвтэх үеийн нярайн нас: хоног цаг минут

16 Нярайг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

17 Нярай аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ?

1. 1-р шатлал (сум/өрх) — 2-р шатлал (аймаг, дүүрэг, хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал — 3-р шатлал
3. 2-р шатлал — 3-р шатлал
4. 3-р шатлал — 1-р шатлал/ 2-р шатлал
5. Хувийн эмнэлэг— Улсын эмнэлэг
6. Бусад _____

18 Нярай шилжиж ирэх үеийн биеийн байдал:

1. Дунд
2. Хүндэвтэр
3. Хүнд
4. Маш хүнд

19 . 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. Судсаар дусал шингэн залгасан | 1. Тийм | 2. Үгүй |
| 8. Ямар нэгэн мэс ажилбар: | 1. Тийм | 2. Үгүй |
| 9. Цус цусан бүтээгдэхүүн: | 1. Тийм | 2. Үгүй |

20 . Гипогликеми илэрсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

21 . Тийм бол эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

22 . Эмнэл зүйн онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

23 . Нярайн эндсэн газар:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| 1. ЭХЭМҮТ | 6. Хувийн эмнэлэг |
| 2. Хотын амаржих газрууд | 7. Гэрт |
| 3. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ | 8. Тээвэрлэх үед |
| 4. Дүүргийн эрүүл мэндийн төв | 9. Бусад _____ |
| 5. Сумын эрүүл мэндийн төв | |

24 . Нас барах үеийн нярайн нас:

хоног цаг минут

25 . Ор хоног: хоног цаг минут

26 . Нярайн нас барсан _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

27 . Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

28 . Эмгэг судлалын онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

29 . Онош тохирсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

30 . Тохироогүй бол: 1. Үндсэн оношоор 2. Хүндрэлээр 3. Дагалдах оношоор

АМЬГҮЙ ТӨРӨЛТИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

- 1 . Мэдээлсэн огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут
- 2 . Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Эмнэлгийн нэр _____
Эмчийн овог, нэр _____
Албан тушаал _____

Б. ЭХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

- 1 . Эхийн регистрийн дугаар:
- 2 . Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____
- 3 . Эхийн нас
- 4 . Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
- 5 . Ам бүл: _____
- 6 . Боловсрол: 1. Боловсролгүй 3. Дунд 5. Дээд
2. Бага 4. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Тодорхойгүй
- 7 . Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч 7. Бусад _____
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Хувиараа ажил эрхэлж байгаа
- 8 . Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)
- 9 . Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
- 10 . Өмнө нь амьгүй ураг төрүүлж байсан эсэх 1. Тийм 2. Үгүй
- 11 . Тийм бол хэдэн удаа
- 12 . Жирэмсэн үед тамхи татсан эсэх 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
- 13 . Хэрэв тийм бол Өдөрт хэдэн ширхэг _____
- 14 . Тамхи татдаг хүнтэй хамт байдаг эсэх 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
- 15 . Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
- 16 . Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа: долоо хоног
- 17 . Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн
- 18 Жирэмсний хяналтанд байсан газар:
1 ЭХЭМҮТ
2 Дүүргийн эрүүл мэндийн төв
3 Сумын эрүүл мэндийн төв
4 Аймагийн эмнэлэг/БОЭТ
5 Аймаг нийслэлийн Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
6 Хувийн эмнэлэгт
7 Багт
- 19 . Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин:
1. Эх барих эмэгтэйчүүд 3. Эх баригч
2. Өөр мэргэжлийн их эмч (өрх) 4. Бага эмч
- 20 . Жирэмсэн үеийн хүндрэлтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- 21 . Тийм бол жирэмсэн үеийн хүндрэлийг сонгоно уу.
1. Эрт үеийн хордлого 8. Ураг орчмын шингэний ихдэлт
2. Манас таталтын урьдал 9. Ураг орчмын шингэний багадалт
3. Манас таталт 10. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
4. Цус алдалт 11. Хавсарсан өвчин
5. Судсанд цус түгмэл бүлэгнэх хам шинж 12. Хорионамнионит
6. Ихэс түрүүлэлт 13. Дутуу төрөхийг завдах
7. Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох 14. Бусад _____
- 22 . Жирэмсэн үед эхийн хавсарсан эмгэг байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

Дагалдах онош: _____

10 . Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

11 . Эмгэг судлалын онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

Ихсийн онош: _____

Хүйн эмгэг: _____

12 . Онош тохирсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

13 . Тохироогүй бол: 1. Үндсэн оношоор 2. Хүндрэлээр 3. Дагалдах оношоор

_____ 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 _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭСЭН ПРОТОКОЛ - ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Өвчтөний биеийн байдлын хяналт	Сэлбэлт дууссанаас хойш	1 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		2 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		3 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		24 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
Сэлбэсэн ЦЦБ-ий хэмжээ /мл/нэгж/								
Сэлбэлтийн дараах анхны шээсний өнгө ба хэмжээ								
ЦЦБ сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэл								
ЦЦБ сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэл илэрсэн	тийм	Хөнгөн						
		Хүндэвтэр						
		Хүнд						
	үгүй							
Үр дүн	Эмнэл зүй							
	Лаборатори: хемоглобин	улаан эс						
		хематокрит						
		ялтас эс						
		бусад						
Сэлбэлт хийсэн эмчийн нэр								
Сэлбэлт хийсэн эмчийн гарын үсэг								

Тайлбар: Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн эмч, сувилагч сэлбэлт хийх бүрт хөтөлнө.

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ЗАХИАЛАХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____
 Захиалсан: _____ он _____ сар _____ өдөр, сэлбэлт хийх _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____
 Өвчний түүхийн № _____ Регистрийн дугаар: _____
 Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
 Хүйс /зур/: Эрэгтэй, Эмэгтэй **Биеийн жин:** _____
Онош: _____

ЦЦБ сэлбэх заалт: _____

Цусны бүлэг /дугуйлна уу/:
 О
 А
 В
 АВ

Резус фактор RhD /зур/: _____ Эерэг Сөрөг
Өмнө нь цус сэлбүүлсэн /зур/: _____ Тийм Үгүй
Урвал илэрсэн /зур/: _____ Тийм Үгүй
Эсрэгбие илэрсэн /зур/: _____ Тийм Үгүй
Жирэмслэлт: _____ удаа

Захиалга:

ЦЦБ-ний нэр	Шууд хүлээн авах						Захиалгат ЦЦБ /24-48 цаг/																		
	Бүхэл цус	Даршилсан улаан эс	Улаан эсийн өтгөрүүлэг	Хөлдөөсөн шинэ сийвэн	К сийвэн	Эмгэгтгүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Угаасан улаан эс	ЦЭУЭ-Бүхэл цус	ЦЭУЭ-Даршилсан улаан эс	ЦЭУЭ-Улаан эсийн өтгөрүүлэг	Туяагаар шарсан ДУЭ	Туяагаар шарсан УЭӨ	Хөлдөөж угаасан улаан эс	Криопреципитат	Ялтас эсийн өтгөрүүлэг	Цитоферезээр бэлдсэн ЯЭӨ	Туяагаар шарсан ЯЭӨ/Бүхэл цус/	Туяагаар шарсан ЯЭӨ/Цитоферез/	Эмгэгтгүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Эмгэгтгүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Нэгтгэж савласан Криопреципитат /4,6,10	Нэгтгэж савласан Ялтас эсийн өтгөрүүлэг /4,6,10/	Ст-Стандарт ийлдэс	Ст-Стандарт улаан эс	
Хэмжээ																									
Нэгж																									

Захиалсан эмчийн овог нэр: _____ **Гарын үсэг:** _____
 _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

Захиалга хүлээн авсан Цусны нөөц зохицуулах нэгжийн ажилтны нэр: _____

Гарын үсэг _____
 _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

Шинжилгээний сорьцыг авсан сувилагчийн нэр: _____

Сорьц авсан он сар өдөр _____ **Өвчтөний нэр:** _____

Гуурсны код /Хүүдийний код/ _____

Лабораторид өгсөн ажилтны нэр: _____ **Гарын үсэг:** _____

Лабораторт өвчтөний сорьц, хувийн тохирооны гуурсыг хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг минут _____

Цусны хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээний хариу илгээх маягт

Шинжилгээний сорьц хүлээн авсан: . . . он . . . сар . . . өдөр . . . цаг . . . минут

Өвчтөний цусны АВО бүлэг . . . **Резус бүлэг: /зур/** эерэг, сөрөг Фенотип . . .

Сэлбэх ЦЦБ-ний мэдээлэл					Шинжилгээний хариу
ЦЦБ-ний нэр	Цус өгөлтийн код	Цуврал савлалтын №	Хүүдийний код	ABO, резус бүлэг	

Шинжилгээ хийсэн лаборант:

Шинжилгээг хянасан эмч:

Шинжилгээг хийсэн: . . . он . . . сар . . . өдөр . . . цаг . . . минут

Тайлбар: Захиалгын маягтны эхний хэсгийг сэлбэлт хийх эмч, Бүлэг хувийн тохирооны хэсгийг сорьц авсан сувилагч нар, Хувийн тохирооны шинжилгээний хариуг лабораторийн эмч, лаборант нар тус тус хөтөлнө.

ЦУСНЫ АЛБАНД ШИНЖИЛГЭЭНИЙ СОРЬЦ ХҮРГҮҮЛЭХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр/тасаг _____
Эмчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өвчний түүхийн № _____
Эмчлүүлэгчийн нэр _____ Нас _____ Хүйс _____
Регистрийн дугаар _____
Үндсэн онош _____

Цусны сорьц авсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
Цусны сорьц авсан ажилтны нэр, гарын үсэг _____
Ямар шинжилгээ хийлгэх:

Кумбсын урвал /зур/: Шууд, Шууд бус

Эргэлзээтэй бүлэг: АВО
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: _____

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг нэгжид сувилагч, тусгай мэргэжилтэн авч бөглөн цусны албанд илгээнэ.

Эмнэлгийн нэр: _____

Тасгийн нэр: _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ, ХҮНДРЭЛИЙГ БҮРТГЭН МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
2. Нас: _____ Хүйс /зур/: Эрэгтэй, Эмэгтэй 3. Өвчний түүх № _____
4. Цусны бүлэг /зур/: O A B AB Резус фактор RhD /зур/: _____ Эерэг Сөрөг
5. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэх заалт: _____
6. Бүлэг тодорхойлсон ажилтны нэр: _____
7. Хувийн тохироо /зур/: Тохирсон, Тохироогүй
8. Биологийн тохироо /зур/: Тохирсон, Тохироогүй
9. Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний нэр төрөл: _____ Хэмжээ: _____
10. Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний АВО, резус бүлэг: _____ Цуврал, савлалтын дугаар: _____
11. Донорын цус өгөлтийн код: _____
12. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг эмнэлэгт хүлээн авч хадгалсан хугацаа:сар.....өдөр.....цаг.....минут
13. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг эмнэлэгт хүлээн авч хадгалсан нөхцөл /зур/:
Хөргөгчинд +2 - +6С Сэгсрэгчинд +22 - +24С
Хөлдөөгчинд -25С буюу түүнээс илүү хүйтэнд Тасалгааны хэмд
14. Урвал хүндрэл эхэлсэн:сар.....өдөр.....цаг.....минут
15. Урвал, хүндрэлийн төрөл: _____
16. Сэлбэлтийг зогсоосон хугацаа:.....сар.....өдөр.....цаг.....минут

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

17. Авсан арга хэмжээ: _____

18. Өвчтөнд сэлбэсэн цус цусан бүтээгдэхүүний үлдэгдлийг илгээсэн:
Эмчийн эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____
19. Үлдэгдэл ЦЦБ-ийг хүлээн авсан:сар.....өдөр.....цаг.....минут
20. Үлдэгдэл ЦЦБ-ийг хүлээн авсан ажилтны нэр: _____ Гарын үсэг: _____

Тайлбар:

1. Сэлбэлт хийхийн өмнө хувийн тохироо тодорхойлсон ийлдсийн үлдэгдэл
2. Сэлбэлт хийсэн протоколын хуулбар
3. Урвал өгсөн өвчтөнд сэлбэлт хийсний эсрэг талын гараас шинжилгээний сорьц уусмалгүй хуруу шилэнд 7мл, ЭДТА бүхий хуруу шилэнд 7мл-ийг тус тус авч, цусны албаны лабораторид яаралтай хүргүүлнэ.

4. Цус, цусан бүтээгдэхүүний сэлбэлт хийсэн эмч ноцтой урвал хүндрэл илэрсэн тохиолдолд хөтөлнө.

Тайлбар: Сэлбэлт хийсэн эмч, сувилагч бөглөж цусны нөөц зохицуулах нэгж, цусын салбар төвд тус тус илгээнэ.

НОЦТОЙ ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:

Эмч, мэргэжилтний /зур/: Эцэг/эх/-ийн нэр: Өөрийн нэр:

Огноо (он/сар/өдөр/цаг/минут):

Сэлбэлт хийсэн (он/сар/өдөр/цаг/минут):
.....

Сэлбэлт хийлгэсэн өвчтөний Нас: Хүйс /зур/: Эрэгтэй Эмэгтэй

Ноцтой хүндрэл өгсөн огноо (он/сар/өдөр/цаг/минут):
.....

Сэлбэсэн бүтээгдэхүүн:
Улаан эсийн бүтээгдэхүүн

.....

Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн

.....

Эсийн бүтээгдэхүүн

.....

Цусны бүлэг, резус үл тохирлоос шалтгаалсан дархлалын гаралтай цус задрал
Өөрөө эсрэг бие үүссэнтэй холбоотой дархлалын бус цус задрал
Дархлалын бус цус задрал
Сэлбэлттэй холбоотой үүссэн нянгийн халдвар
Анафилакси/ Хэт мэдрэгжилт
Цус сэлбэлтээс үүдсэн уушгины гэмтэл
Цус сэлбэлтээр дамжсан В гепатит вирусийн халдвар (HBV)
Цус сэлбэлтээр дамжсан С гепатит вирусийн халдвар (HCV)
Цус сэлбэлтээр дамжсан ХДХВ вирусийн халдвар (HIV-1/2)
Цус сэлбэлтээр дамжсан тэмбүүгийн халдвар
Цус сэлбэлтээр дамжсан бусад вирусийн халдвар (тодорхой нэрлэж бичих)
Цус сэлбэлтээр дамжсан бусад ын халдвар (тодорхой нэрлэж бичих)
Цус сэлбэлтийн дараах цусархаг тууралт
Сэлбэсэн эс, эзэн биеийн эсрэг урвал (GVHD)

Тайлбар: Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлт хийсэн эмч, мэргэжилтэн бөглөж, Цусны салбар төв, ЦССҮТ-д тухай бүр мэдээлнэ.

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭХ ЗӨВШӨӨРӨЛ АВАХ МАЯГТ

Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____

Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____ Тасгийн нэр _____

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)

Ач холбогдол, давуу тал:	<input type="checkbox"/> Улаан эсийн бүтээгдэхүүнийг сэлбэснээр цус багадалтыг эмчилнэ, хүчилтөрөгчийн тээвэрлэлтийг нэмэгдүүлнэ, толгой эргэх, ядрах, амьсгал давхцах зовиурыг багасгана.
	<input type="checkbox"/> Ялтаст эсийн өтгөрүүлгийг сэлбэснээр цус алдалтаас сэргийлж, цус тогтоолтонд оролцдог эсийн тоо нэмэгдэнэ.
	<input type="checkbox"/> Шинэ хөлдүү сийвэн болон сийвэнгийн бусад бүтээгдэхүүнүүдийг /криопреципитат/ сэлбэснээр цус алдалтаас сэргийлж, цусны бүлэгнэлтэнд оролцдог уургийн хэмжээг нэмэгдүүлнэ.

Гарч болох урвал, эрсдэл, хүндрэл:

Улаан эсийн бүтээгдэхүүн сэлбэлт:

- Цус задралын урвал /эрт болон хожуу үеийн/: 35000-д 1 тохиолдох бөгөөд бөөрний дутагдал, судсанд цус түгмэл бүлэгнэх хам шинжээр хүндэрч нас баралтад хүргэж болно.
- Цус задралын бус халууралт: 200-д 1 тохиолдоно.
- Харшлын урвалууд: арьсны тууралт 100-д 1, харшлын гаралтай шок 50000-д 1 тохиолдоно.
- Уушгины цочмог гэмтэл: 12000-д 1 тохиолдох эрсдэлтэй. Цус сэлбэснээс хойш 2-8 цагийн дараа уушгины хаван, цусны хүчилтөрөгчийн хэмжээ буурдаг. Үүссэн тохиолдолд нас баралт 5-25% байна.
- Халдварын эрсдэл: нянгийн халдвар 500000-д 1, элэгний В вирусын халдвар 220000-д 1, элэгний С вирусын халдвар 1,6 саяд 1, ХДХВ-ын халдвар 1,6 саяд 1 тохиолдоно.
- Цусны бүлэгнэлтийн алдагдал үүсэх: Их хэмжээний цус сэлбэснээс цусны бүлэгнэлтийн хүчин зүйлүүдийн харьцаанд өөрчлөлт ордог.
- Бусад хүндрэл: биед шингэний хэмжээ ихсэх, цусны калийн хэмжээ ихсэх, цитратын хордлого, цусны кальци, магнийн хэмжээ буурах, биеийн халуун буурах.

Ялтаст эсийн өтгөрүүлэг сэлбэлт:

- Халдварын эрсдэл: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнтэй харьцуулахад халдварын эрсдэл 2000-3000-д 1 тохиолдоно. Үжил үүсгэх эрсдэл 5000-д 1 гэж бүртгэгдсэн.
- Цус задралын бус халууралт: 200-д 60 тохиолдол буюу 30% хүртэл тохиолдож болно.
- Харшлын урвалууд: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнүүдтэй харьцуулахад их буюу 0,09-21% тохиолддог.
- Уушгины цочмог гэмтэл: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнтэй харьцуулахад тохиолдлын хувь бага, 60000-д 1 тохиолддог.

Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн сэлбэлт:

- Цус задралын урвал /эрт болон хожуу үеийн/: Цусны бүлгийн тохирооноос хамаарч цус задрах урвал үүснэ. 35000-д 1 тохиолдоно.
- Халдварын эрсдэл: харьцангуй бага, элэгний В вирусын халдвар 900000-д 1, элэгний С вирусын халдвар 3 саяд 1, ХДХВ-ын халдвар 8 саяд 1 тохиолдоно.
- Харшлын урвалууд: харьцангуй тохиолдол их буюу 17000 сэлбэлтэнд 1 тохиолддог.
- Уушгины цочмог гэмтэл: 12000 нэгж сэлбэлтэнд 6,9 тохиолдож болох эрсдэлтэй судалгааны үр дүн байдаг.

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 Надад хийсэн шинжилгээ, эмнэл зүйн тоо баримтыг судалгаа шинжилгээний материалд нэргүйгээр

Өвчтөний эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр, гарын үсэг _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Өвчтөн эрх зүйн чадамжгүй байгаа бол:

Насанд хүрээгүй, ухаангүй, сэтгэцийн эмгэгтэй (доогуур зур)

Бусад _____

Зөвшөөрсөн асран хамгаалагчийн эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр /гарын үсэг/ _____ / _____ /

Өвчтөнтэй ямар холбоотой болох: _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Хэрэв өвчтөн болон асран хамгаалагч нь зөвшөөрөөгүй тохиолдолд:

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

Татгалзсан хүний эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр, гарын үсэг _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Тайлбар: Сэлбэлт хийх эмч бөглөнө.

УРВАЛ, ГАРАХ ШАХСАН ТОХИОЛДОЛ, ҮЛ ТОХИРЛЫГ БҮРТГЭХ МАЯГТ

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:.....

Тасгийн нэр:.....

Эмч, мэргэжилтний (зур) Эцэг/эх/-ийн нэр Өөрийн нэр.....

Огноо (он/сар/өдөр):.....

Сэлбэсэн бүтээгдэхүүн:.....

Улаан эсийн бүтээгдэхүүн:

Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн:

Эсийн бүтээгдэхүүн:

Урвалын хэлбэр

.....

Үл тохирол, алдаа гарах шахсан тохиолдол

.....

Үл тохирол

.....

Бүртгэсэн огноо (он/сар/өдөр):.....

Тайлбар: Энэ маягтыг сөрөг урвал, гарах шахсан тохиолдол, үл тохирлыг илрүүлсэн эмч,
мэргэжилтэн бөглөнө.

Эмнэлгийн нэр _____
 Тасгийн нэр _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙГ БҮРТГЭХ МАЯГТ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас хүйс	Цусны ABO, резус бүлэг	Онош	Сэлбэсэн ЦЦБ-ний			Тохироо		Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэсэн протокол хөтөлсөн (+), хөтлөөгүй (-)	Сэлбэсэн ЦЦБ-ний үлдэгдлийн хэмжээ, дагавар бичиг илгээсэн	Сорьц, дагавар бичиг			Сэлбэсэн протоколийн хуулбар илгээсэн (тийм, үгүй)	Урвал хүндрэлийн хуудсаар мэдээлэгдсэн (тийм, үгүй)	Урвал хүндрэлийн төрөл	Дээж хадгалагдсан нөхцөл	Шинжилсэн лабораторт, эмч	Шинжилгээний дүгнэлт	Шалтгаан судлах хуудас ирсэн	
					Нэр	Цусны бүлэг	Хэмжээ	Биологийн тохироо шалгасан (+),	Хувийн тохироо үзсэн (+), үзээгүй (-)			Сэлбэлтийн өмнөх	Сэлбэлтийн дараах	Шинжилгээнд явуулсан								

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг нэгжид хөтлөн, мэдээг цусны нөөц зохицуулах нэгж, цусны салбар төвд тайланг илгээнэ.

Эмнэлгийн нэр _____

Тасгийн нэр _____

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙ ЗАХИАЛСАН БА ХҮЛЭЭН АВСАН БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр Өөрийн нэр	Нас хүйс	Онош	Цусны АВО болон резус бүлэг	Захиалсан ЦЦБ-ний				Хүлээн авсан ЦЦБ-ний				Эмнэлэгт тасагт хадгалсан хэм	Эмнэлэгт тасагт хадгалсан хугацаа	Тээвэрлэлтийн үеийн хэм	Тээвэрлэлсэн хугацаа	Үнийн дүн төгрөгөөр	Бүтээгдэхүүн хүлээн авсан ажилтны нэр
					Нэр	Цусны АВО болон резус бүлэг	Хэмжээ	Хугацаа	Нэр	Цусны АВО болон резус бүлэг	Хэмжээ	Хугацаа						

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг нэгж дээр хөтлөнө.

Эмнэлгийн нэр _____

Тасгийн нэр _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙ ХЭРЭГЛЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Он сар өдөр	ЦЦБ-ний нэр	ЦЦБ-ий хэмжээ	Нөөц	Өвчтөний овог нэр	ЦЦБ сэлбэх заалт	Онош	Мэс заслын нэр	Сэлбэх ЦЦБ нэр	ЦЦБ хэмжээ	Хувийн тохироо үзсэн нэгжийн тоо	Сэлбэсэн нэгжийн тоо	Цусны ABO, RhD бүлгээр							
													O, RhD+	A, RhD+	B, RhD+	AB, Rh+	O, RhD-	A, RhD-	B, RhD-	AB, RhD-

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг, нэгж дээр хөтөлнө.

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС №

Дуудлага авсан он сар өдөр

Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр
Дуудлага өгсөн утасны дугаар

Яаралтай

Яаралтай бус

Өвчтөний эцэг/эх/-ийн нэр:

Нэр

Нас

Хүйс

Оршин суугаа хаяг

Хаягын тодотголын

Дуудлага өгсөн хүний нэр

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: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд <input type="checkbox"/> Агональ <input type="checkbox"/> Клиник үхэл	Ухаан санаа: <input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Дөжрөн балартах <input type="checkbox"/> Ухаангүй комын Орчиндоо: <input type="checkbox"/> Харьцаатай <input type="checkbox"/> Харьцаагүй	Байрлал: <input type="checkbox"/> Идэвхтэй <input type="checkbox"/> Идэвхгүй <input type="checkbox"/> Хагас суугаа <input type="checkbox"/> Албадмал Үг яриа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ойлгомжгүй <input type="checkbox"/> Огт ярихгүй	Биеийн галбир: <input type="checkbox"/> Улайсан <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Толботой <input type="checkbox"/> Тарган <input type="checkbox"/> Тууралттай <input type="checkbox"/> Х өөнгө <input type="checkbox"/> Цэлхэгэр Нүүр царай: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Цонхигор <input type="checkbox"/> Хөхөрсөн
Арьсны уян хатан чанар: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Халуун <input type="checkbox"/> Хүйтэн Арьсны чийглэг байдал: <input type="checkbox"/> Чийглэг <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай	Захын тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй Хүчилтөрөгчийн хангамж: Мэдрэлийн үзлэг: Хүзүүний хөшингө (-) (+) Хүүхэн хараа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийссан <input type="checkbox"/> Өргөссөн Гэрлийн урвал:(-) (+) Эвэрлэгийн рефлекс:(-) (+)	Таталт: <input type="checkbox"/> Хэсгийн <input type="checkbox"/> Нэлэнхүйдээ <input type="checkbox"/> Тасралтгүй <input type="checkbox"/> Хүчдэлийн <input type="checkbox"/> Чичирхийлсэн Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Атони <input type="checkbox"/> Чангарсан Симптомууд: Мэнэнгийн шинж: <input type="checkbox"/> Симптом кернига (-) (+) <input type="checkbox"/> Брудзинский(-) (+)	Зүрх судасны эрхтэн тогтолцоо: Зүрхний авиа: <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Акценттай <input type="checkbox"/> Шуугиантай Судасны цохилтын тоо _____ <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Булгилсан <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй Экг-д: P___ PQ___ QS___ QRS___ ST___ T___ QT___
Артерийн даралт: D___ S___ Давтан үзэхэд D___ S___ Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо: Амьсгалын тоо: 1 минутанд ___ Амьсгал: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Өнгөц <input type="checkbox"/> Гүн Амьсгалд: <input type="checkbox"/> Цээжний <input type="checkbox"/> Хүзүүний туслах булчингууд оролцоно	Амьсгалын зам: <input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Хэл унасан <input type="checkbox"/> Эрүүгүй <input type="checkbox"/> Амны хөндийд бөөлжистэй <input type="checkbox"/> Салсттай <input type="checkbox"/> Цустай <input type="checkbox"/> Гулгилт <input type="checkbox"/> Бөглөрөлттэй <input type="checkbox"/> Амьсгаадалт гаргалтын авалтын <input type="checkbox"/> Холимог	Цээжний хэнхэрцэг эмзэглэлтэй: (-) (+) Хэлбэр өөрчлөгдсөн:(-) (+) Уушиг: тогшилтоор: <input type="checkbox"/> Хэнхэргэн <input type="checkbox"/> Дүлий <input type="checkbox"/> Дууны доргион(-) (+) Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Цулцангийн <input type="checkbox"/> Ширүүн <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн <input type="checkbox"/> Суларсан амьсгалтай	Хэржигнүүр: <input type="checkbox"/> Сонсогдоно <input type="checkbox"/> Сонсогдохгүй <input type="checkbox"/> Хялтнасан <input type="checkbox"/> Шажигнасан Гялтангийн шүргэлцэх чимээ:(-) (+) <input type="checkbox"/> Хөөмий гүйлсэн булчирхай: <input type="checkbox"/> Хэл <input type="checkbox"/> Чийглэг <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөртэй <input type="checkbox"/> Өнгөргүй
Хэвлий: <input type="checkbox"/> Зөв хэлбэртэй <input type="checkbox"/> Цардгар <input type="checkbox"/> Татагдсан <input type="checkbox"/> Амьсгалд оролцоно <input type="checkbox"/> Оролцохгүй	Хэвлий тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Зөөлөн <input type="checkbox"/> Хатуу Хэвлийн хөндийд <input type="checkbox"/> Шингэнтэй <input type="checkbox"/> Шингэнгүй	Хэвлийн хөндийн цочмог шинж тэмдэг (-) (+) Симптомууд: _____ Шээс ялгаруулах тогтолцоо: Шээсний гарц: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Багассан <input type="checkbox"/> Цустай	Симптом пастернацкий: D (-)(+) ___ S___ (-)(+) ___ Хөл шилбээр: Хавантай: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм

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

Урьдчилсан онош:

Нэмэлт тэмдэглэл:

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

Үзүүлсэн тусламж:

Зүрхний цахилгаан бичлэг	
Шарх цэгцэлсэн	
Ариун боолт/тампонад/	
Чангалуур тавьсан	
Чиг	
Зүрх судасны сэхээн амьдруулалт	
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	

Эмнэлгийн хүлээн авахад

Онош _____

өвчтэй учир хэвтүүлэв.

Картын дугаар _____

Огноо _____

Өвчтөний эцсийн онош:	ӨОУА код

Эмчийн _____ Сувиллагчийн нэр _____
 Жолоочын нэр: _____ Ээлжийн ахлагчийн _____

Дуудлага авсан _____ он _____ сар _____ өдөр

ХҮҮХДИЙН ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС№

Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр: _____

Яаралтай

Дуудлага өгсөн утасны дугаар: _____

Яаралтай бус

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____

Нас: _____ Хүйс: /зур/ Эрэгтэй, Эмэгтэй

Оршин суугаа хаяг: _____

Хаягийн тодотгол: _____

Дуудлага өгсөн хүний нэр ба ажлын газар: _____

Дуудсан шалтгаан: _____

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: _____

Бодит үзлэгийн хэсэг:			
Биеийн ерөнхий байдал: <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд <input type="checkbox"/> Агналь <input type="checkbox"/> Клиник үхэл	Ухаан санаа: <input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Дөжрөн балартах <input type="checkbox"/> Оворго <input type="checkbox"/> Бусад _____	Орчиндоо: <input type="checkbox"/> Харьцаатай <input type="checkbox"/> Харьцаагүй Байрлал: <input type="checkbox"/> Идэвхтэй <input type="checkbox"/> Идэвхгүй <input type="checkbox"/> Хагас суугаа <input type="checkbox"/> Албадмал <input type="checkbox"/> Хэвтрийн бусад _____	Хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Идэвхтэй <input type="checkbox"/> Идэвхгүй Биеийн галбир: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Тарган <input type="checkbox"/> Туранхай <input type="checkbox"/> Туранхайвтар
Арьсны өнгө: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Цайвар ягаан <input type="checkbox"/> Шар <input type="checkbox"/> Саарал <input type="checkbox"/> Бусад _____	Уян чанар: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Алдагдсан <input type="checkbox"/> Арьсны чийглэг байдал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Хуурайшсан	Тууралт: <input type="checkbox"/> Цэвэр <input type="checkbox"/> Тууралтгүй <input type="checkbox"/> Тууралттай: <input type="checkbox"/> Улаан <input type="checkbox"/> Толбон <input type="checkbox"/> Гүвдрүүт <input type="checkbox"/> Цэврүүт <input type="checkbox"/> Бэлцрүүт <input type="checkbox"/> Зангилаат <input type="checkbox"/> Цусархаг <input type="checkbox"/> Хөхрөлт <input type="checkbox"/> Бусад _____	Тууралтын байршил: _____ _____ _____
Захын тунгалагийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ _____	Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Хүчдэлгүй <input type="checkbox"/> Ихэссэн	Мэдрэлийн үзлэг: Дагзны хөшингө илэрсэн эсэх + - См Керниг + - См Брузенский + -	Таталт: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хэсгийн <input type="checkbox"/> Нилэнхүйдээ <input type="checkbox"/> Шилжимхий <input type="checkbox"/> Чичирхийлсэн <input type="checkbox"/> Хүчдэлийн

Толгойн хэлбэр: _____ Гавлын ясжилт: /зур/ хэвийн, зөөлөн

Зулай: <input type="checkbox"/> Битүүрсэн <input type="checkbox"/> Битүүрээгүй /тайван, хонхор, дүүрэнгэ, лугшилттай/ Зулай хэмжээ: _____ см	Хүүхэн хараа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийн <input type="checkbox"/> Өргөссөн <input type="checkbox"/> 2 талд ижил биш	Гэрлийн урвал: + - Эвэрлэгийн рефлекс: + -	Чих:Өвдөлт: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> См Трагус +- /баруун,зүүн/
Гүйлсэн булчирхай: <input type="checkbox"/> Үрэвсээгүй <input type="checkbox"/> Үрэвссэн <input type="checkbox"/> Бусад _____	Хэл: <input type="checkbox"/> Чийглэг <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөртэй <input type="checkbox"/> Өнгөргүй	Зүрхний авиа: Тод, бүдэг Хэм: <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Түргэссэн <input type="checkbox"/> Удааширсан <input type="checkbox"/> Хэм алдагдсан <input type="checkbox"/> Акцент _____, Эмгэг шуугиан + - хүчдэл, дүүрэлт	Амьсгалын тогтолцоо: Хамар сарталзах шинж: <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй

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

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

Урьдчилсан онош: _____ _____	ӨОУА код _____

Хийсэн эмчилгээ: _____ _____

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			
Зүрхний цохилтын тоо				
Амьсгалын 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 олдооүй
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 авсан _____ он _____ сар _____ өдөр
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

- Бодит үзлэг хийсэн, үгүй (зур)
- Эмчилгээ хийсэн, үгүй (зур)
Эм тарианы нэр, тун хэмжээ _____
- Хэрэглэсэн зүү шиприц, бусад зүйл _____
- Халдварын судалгаа хийсэн, үгүй (зур)
- Зөвөлгөө яриа хийсэн хүний тоо _____
- Шинжилгээ авбал зохих хүний тоо _____
Үүнээс шинжилгээ авсан хүний тоо _____
- Халдваргүйтгэл хийсэн, үгүй (зур)
Хийсэн бодисын нэр, тун хэмжээ _____
Хийгээгүй шалтгааныг тодорхой бич _____
- Халдварын клиник эмнэлэгт тусгаарлагдсан, үгүй (зур)
Хэвтээгүй шалтгааныг тодорхой бич _____
- Онош үгүйсгэсэн аль эмнэлэг _____
Эмчийн нэр _____
Буцаасан онош _____

Та манай үйлчилгээний талаар санал хүсэлтээ бичнэ үү?

Хангалттай, хангалтгүй (зур). Тайлбар _____
Хүний нэр _____

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, нарийн 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. Шийдвэрлэсэн байдал /албан тушаал, овог, нэр/ _____
14. Телемедицинээр зөвлөгөө өгч шийдэх /18-ыг бөглөх/
15. Газар дээр нь очиж эмчилгээ, үйлчилгээ үзүүлэх /
16. Эмч, мэргэжилтний явсан тээвэр /зур/ машин, галт тэрэг, онгоц, бусад _____
Машинаар явсан тохиолдолд машины марк _____ дугаар _____
Жолоочийн: Овог: _____ Нэр: _____
17. Дуудлагад явсан эмчийн нэр, албан тушаал _____

В. Тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн байдал

18. Телемедицинээр зөвлөгөө өгсөн /зур /
 - а) Эмчилгээг хэвээр үргэлжлүүлсэн
 - б) Эмчилгээний тактикийг өөрчилсөн
 - в) Мэргэжлийн зөвлөгөө өгсөн
 - г) Бусад _____
19. Эмч очиж тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн /зур /
 - а) Эмчилгээг хэвээр үргэлжлүүлсэн
 - б) Эмчилгээний тактикийг өөрчилсөн
 - в) Мэс засал хийсэн
 - г) Давтан мэс засал хийсэн
 - д) Мэргэжлийн зөвлөгөө өгсөн
 - е) Бусад _____
20. Тусламж үзүүлсэн эмчийн онош: _____
21. Онош зөрсөн бол түүний шалтгаан _____
22. Дуудлага шаардлагатай, шаардлагагүй байсан _____
23. Эмчилгээний үр дүн / зур /
 - а) Сайжирсан
 - б) Хэвэндээ
 - в) Дордсон
 - г) Нас барсан
24. 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
 - ё) Бусад _____
25. Дуудлагаар үйлчүүлсэн байгууллагын тэмдэг _____
26. Дуудлагад явсан эмчийн гарын үсэг _____

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /НАСАНД ХҮРЭГЧИД/ №.....

Эмнэлгийн нэр: _____

Яаралтай тусламжийн тасагт ирсэн.....он.....сар.....өдөр

Ерөнхий мэдээлэл																																																							
Эцэг /эх/-ийн нэр:		РЕГИСТРИЙН ДУГААР	ХҮЙС <input type="checkbox"/> ЭР <input type="checkbox"/> ЭМ	НАС	ЭМДД																																																		
ИРГЭНИЙ ХАРЬАЛАЛ:		ХОЛБОГДОХ УТАС	ДАВТАН ИРСЭН ХУГАЦАА:он....сар....өдөр <input type="checkbox"/> 24 цаг <input type="checkbox"/> 48 цаг <input type="checkbox"/> 72 цаг																																																				
ЯТТ-т ирсэн цагцагминут	Эрэмбэлсэнцагминут	ЯТТ-ийн эмч үзсэнцагминут	Шийдвэрлэсэнцагминут	ЯТТ-т байсан нийт цагцаг....минут																																																			
ОСОЛ ГЭМТЭЛ <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй		ЦАГДААД МЭДЭГДСЭН ЭСЭХ: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	ГЭМТСЭН ШАЛТГААН:		Он, сар өдөр цаг минут																																																		
ЯТТ-т ирсэн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> Амбулаториос <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлгээс <input type="checkbox"/> 13А			Хэн авчирсан:	Асуумж өгсөн хүн:..... Утас:.....																																																			
Ирэх үеийн зовиур:			Биеийн жин.....кг Өндөр.....см	Сүүлийн сарын тэмдэг:сар....өдөр																																																			
			Цусны бүлэг: Rh:	<input type="checkbox"/> Жирэмсэн <input type="checkbox"/> долоо хоног <input type="checkbox"/> Цэвэршсэн																																																			
Анхны үзлэг		Эрт сэрэмжлүүлэх үнэлгээ			Урьд өвчилсөн байдал																																																		
Амьсгалын зам <input type="checkbox"/> чөлөөтэй <input type="checkbox"/> саадтай Амьсгал <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Цус эргэлт <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Арьсны өнгө <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Пульс <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Хялгасан судасны дүүрэлт <input type="checkbox"/> 2 сек <input type="checkbox"/> >2 сек		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Хугацаа</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>Үзүүлэлт</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ухаан санааны байдал (AVPU)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Амьсгалын тоо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Зүрхний цохилтын тоо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Артерийн даралт</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Биеийн хэм</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO₂ %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fi O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нийт оноо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Хугацаа					Үзүүлэлт					Ухаан санааны байдал (AVPU)					Амьсгалын тоо					Зүрхний цохилтын тоо					Артерийн даралт					Биеийн хэм					SpO ₂ %					Fi O ₂					Нийт оноо					Амьсгалын эрхтэний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Зүрх судасны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Хоол боловсруулах эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Цусны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Бөөрний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Мэдрэлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Удамшил тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Гэмтэл тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Мэс заслын эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Дотоод шүүрлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Хавдар тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>
Хугацаа																																																							
Үзүүлэлт																																																							
Ухаан санааны байдал (AVPU)																																																							
Амьсгалын тоо																																																							
Зүрхний цохилтын тоо																																																							
Артерийн даралт																																																							
Биеийн хэм																																																							
SpO ₂ %																																																							
Fi O ₂																																																							
Нийт оноо																																																							
Булчингийн хүч <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Суларсан <input type="checkbox"/> Чангарсан <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Дээд мөч <input type="checkbox"/> Доод мөч																																																							
Байнга хэрэглэдэг эм	Харшил																																																						
Өвдөлтийн зэрэг		Өвдөлт <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Цочмог <input type="checkbox"/> Архаг Өвдөлтийн хугацаа <input type="text"/>			Эрэмбэлэн ялгалт																																																		
					<input type="checkbox"/> ХАР <input type="checkbox"/> УЛААН <input type="checkbox"/> ШАР <input type="checkbox"/> НОГООН Эрэмбэлэх мэргэжилтэн																																																		
Тархвар судлалын асуумж																																																							
Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй		Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Гадаад оронд зорчсон эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй		Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн үзлэг																																																							
Үндсэн золгоо: _____			Одоогийн өвчний түүх: _____																																																				
Шийдвэрлэсэн байдал																																																							
<input type="checkbox"/> АЖИГЛАЛТ <input type="checkbox"/> ЭЭТ <input type="checkbox"/> БУСАД ТАСАГ <input type="checkbox"/> БУЦСАН <input type="checkbox"/> НАС БАРСАН																																																							
<input type="checkbox"/> БУСАД ЭМНЭЛЭГРҮҮ ШИЛЖСЭН <input type="checkbox"/> ЭМЧИЛГЭЭ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН																																																							
ШИЙДВЭРЛЭСЭН.....ОН.....САР.....ӨДӨР.....ЦАГ.....МИНУТ ШИЙДВЭРЛЭСЭН ЯТТ-Н ЭМЧ /...../																																																							
<input type="checkbox"/> ЭМИЙН ҮНЭ:..... /...../																																																							

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /ХҮҮХДИЙН/

Яаралтай тусламжид ирсэн огноо он . . . сар . . . өдөр . . . цаг. . . минут

Ерөнхий мэдээлэл																																								
Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____		Регистрийн дугаар: _____		Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй																																				
Тогтмол хаяг		Нас: _____		Давтан ирсэн хугацаа																																				
		Холбоо барих утас: _____		<input type="checkbox"/> 24 цаг <input type="checkbox"/> 48 цаг <input type="checkbox"/> 72 цаг																																				
ЯТТ-т ирсэн цаг цаг минут	Эрэмбэлсэн цаг минут	ЯТТ-ийн эмч үзсэн цаг минут	Шийдвэрлэсэн цаг минут	ЯТТ-т байсан нийт цаг цаг минут																																				
ЯТТ-т ирсэн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> Амбулаториос <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлгээс <input type="checkbox"/> Бусад			Хэн авчирсан																																					
Гол зовиур			Харшил																																					
			<input type="checkbox"/> Эм тариа <input type="checkbox"/> Бусад																																					
			Биеийн жин _____ кг Өндөр _____ см																																					
Анхны үзлэг		Амин үзүүлэлт			Урьд өвчилсөн байдал																																			
Амьсгалын зам	<input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Саадтай	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Хугацаа</th> <th style="width: 20%;">Узүүлэлт</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Биеийн температур</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Зүрхний цохилт</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Артерийн даралт</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Амьсгалын тоо</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO₂ %</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fi O₂</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Хугацаа	Узүүлэлт				Биеийн температур					Зүрхний цохилт					Артерийн даралт					Амьсгалын тоо					SpO ₂ %					Fi O ₂					Амьсгалын эрхтний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>
Хугацаа	Узүүлэлт																																							
Биеийн температур																																								
Зүрхний цохилт																																								
Артерийн даралт																																								
Амьсгалын тоо																																								
SpO ₂ %																																								
Fi O ₂																																								
Амьсгал	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Зүрх судасны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
Цусны эргэлт	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хоол боловсруулах эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
Арьсны өнгө	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Цусны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
Пульс	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Бөөр дотоод шүүрлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
Хялгасан судасны дүүрэлт	<input type="checkbox"/> 2 сек бага <input type="checkbox"/> 2 сек их	Мэдрэлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
Ухаан санааны байдал	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	Удамшил тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
Булчингийн хүч	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Суларсан <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Дээд мөч <input type="checkbox"/> Доод мөч	Гэмтэл тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
		Мэс заслын эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
		Суурь өвчин тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																						
Хүүхдийн яаралтай тусламжийн эрэмбэлэл																																								
Яаралтай шинж		Тулгамдсан шинж																																						
<input type="checkbox"/> Амьсгалын замын бөглөршил	<input type="checkbox"/> Амьсгал зогсох • Хүнд хэлбэрийн амьсгалын дутал	<input type="checkbox"/> 2 сар хүртэлх хүүхэд																																						
<input type="checkbox"/> Төвийн хөхрөлт	<input type="checkbox"/> Цохиулалт /circulation- shok/	<input type="checkbox"/> Өндөр халуунтай																																						
<input type="checkbox"/> Судасны цохилт олширсон ба цөөрсөн	<input type="checkbox"/> Оврого /coma/	<input type="checkbox"/> Гэмтэлтэй ба яаралтай мэс заслын өвчинтэй																																						
<input type="checkbox"/> Таталттай /convulsion/	<input type="checkbox"/> Шингэн их алдалттай суулгалт	<input type="checkbox"/> Хувхай цайсан																																						
<input type="checkbox"/> Шингэн их алдалттай суулгалт • Нүд хонхойх • Унтаарах • Арьсны хуниас маш удаан арилах		<input type="checkbox"/> Хордолттой																																						
		<input type="checkbox"/> Хүчтэй өвдөлттэй																																						
		<input type="checkbox"/> Амьсгалын хямралтай																																						
		<input type="checkbox"/> Хэт цочромтгой байдал, эсвэл унтаа байдал																																						
		<input type="checkbox"/> Яаралтай илгээсэн бичигтэй																																						
		<input type="checkbox"/> Хүнд тураал																																						
		<input type="checkbox"/> 2 хөлийн хаван																																						
		<input type="checkbox"/> Түлэгдэлт, хөлдөлт																																						
Эрэмбэлэн ангилалтын үнэлгээ <input type="checkbox"/> лаан <input type="checkbox"/> ар <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/> он																																								
Сувилагчийн нэр _____																																								
Тархвар судлалын асуумж: Сүүлийн 1 сард																																								
1. Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																								
2. Гадаад оронд зорчсон эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																								
3. Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																								
4. Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																								

Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн анхны үзлэг

Үндсэн зовиур: _____	Одоогийн өвчний түүх: _____
----------------------	-----------------------------

Бодит үзлэг	Шинжилгээний төлөвлөгөө
--------------------	--------------------------------

Биеийн байдал _____ Ухаан санаа: глазго үнэлгээ <input type="checkbox"/> нүд <input type="checkbox"/> хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> яриа <input type="checkbox"/> Арьс салст _____ Тунгалагийн булчирхай _____ Хүүхэн хараа _____ Зүрх _____ _____ Уушиг _____ _____ Хэвлийн тойм үзлэг _____ _____ Хэсэг газрын үзлэг _____ _____ _____ _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад </td> <td style="width:67%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Нийт билирубин <input type="checkbox"/> Шууд билирубин <input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин <input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат <input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин <input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот <input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ <input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад </td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Нийт билирубин <input type="checkbox"/> Шууд билирубин <input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин <input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат <input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин <input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот <input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ <input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад </td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table>	Биохимийн шинжилгээ		<input type="checkbox"/> Нийт билирубин <input type="checkbox"/> Шууд билирубин <input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин <input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат <input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин <input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот <input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ <input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад	
<input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Нийт билирубин <input type="checkbox"/> Шууд билирубин <input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин <input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат <input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин <input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот <input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ <input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад </td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table>	Биохимийн шинжилгээ		<input type="checkbox"/> Нийт билирубин <input type="checkbox"/> Шууд билирубин <input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин <input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат <input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин <input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот <input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ <input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад			
Биохимийн шинжилгээ							
<input type="checkbox"/> Нийт билирубин <input type="checkbox"/> Шууд билирубин <input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин <input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат <input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин <input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот <input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ <input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад							

Дүрс оношилгооны эмчийн дүгнэлт _____ _____ _____ _____

Мэс заслын эмчийн үзлэг, онош	Эмчилгээ
-------------------------------	----------

Урьдчилсан онош: _____	ӨОУА код
------------------------	-------------

Шийдвэрлэсэн байдал: /ЯТТ-ийн эмч/ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Эмчилгээ: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--

Шийдвэрлэсэн байдал: <input type="checkbox"/> Ажиглалт <input type="checkbox"/> Тасагт хэвтсэн <input type="checkbox"/> Буцсан <input type="checkbox"/> Нас барсан <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн <input type="checkbox"/> Бусад

Шийдвэрлэсэн он сар өдөр..... цаг минут Шийдвэрлэсэн ЯТТ-ийн эмч.....

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 Эмчийн нэр _____ / _____ /

Эх баригчийн нэр _____ / _____ /

Төрөлжсөн мэргэжлийн эмчийн үзлэг ба шинжилгээ	Зөвлөгөө, эмчилгээ:
Огноо: Зовиур: Үзлэгт: Толины үзлэг: Үтрээний үзлэг: КТГ: Чанд авиа: Сүүлийн сарын тэмдэг: Шинжилгээ: Онош:	
Шийдвэрлэсэн байдал	

Ажиглалт ЭЭТ Бусад тасаг _____

Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн: _____

Харьяа хяналтанд

Шийдвэрлэсэн он сар өдөр..... цаг минут

Шийдвэрлэсэн ЯТТ-н эмч _____ / _____ /

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-33

Үйлчлүүлэгчийн Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн 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 /кV/ давталт/ FIO2%																	
Адреналин 1мг/1мл																	
Атропин 1мг/1мл																	
Амиодарон 150 мг/3 мл																	
MgSO4 25% /10 мл																	
Допамин 200 мг/5 мл * ----амп																	
Содийн уусмал 4 % / 100 мл																	
Лидокайн 2%/2 мл																	
Преднизолан 30мг/1мл																	
Дусал тариа																	

Амилуулах тусламжийн тэмдэглэгээ _____

Амилуулах тусламж зогсоосон цаг _____ минут _____

Эмчийн нэр _____ Сувилагчийн нэр _____ Туслах _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-34

ГЕМОДИАЛИЗ ХЯНАЛТЫН КАРТ

Эмнэлгийн нэр, лого

		РД	
		ЭМД	
		Өвчний түүх нээсэн	/ / Он сар өдөр
Эцэг /эх/-ийн нэр		Тасгийн нэр	
Төрсөн он сар өдөр / /		Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Өөрийн нэр:
Үндсэн захиргаа:		Гэрлэлтийн байдал: 1. Огт гэрлээгүй 2. Батлуулсан гэр бүлтэй 3. Батлуулаагүй гэр бүлтэй 4. Тусгаарласан 5. Цуцалсан 6. Бэлбэсэн	Биеийн өндөр: Биеийн жин: Цусны бүлэг Вирусны маркер: ... Вакцинжуулалт: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Аймаг/хот:		Хөдөлмөр эрхлэлт: Ажлын газар <input type="checkbox"/> Мэргэжил <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан <input type="checkbox"/>	Боловсролын ангилал: Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор <input type="checkbox"/>
Сум/дүүрэг:		ТӨГСГӨЛИЙН ЭПИКРИЗ	
Утас:			
Үндсэн онош		ӨОУА код	
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			
		Тасгийн нэр			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Өөрийн нэр:			
Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> 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	Гарсан	Үгүй
	R..... L	R..... L	R.... L.....		
Жич: Тийм; R – баруун, L-зүүн; Хүндрэл гарсан бол доор бичнэ үү.					
Тусгай тэмдэглэл					
Мэс засал хийсэн эмч			Сувилагч		

Эмнэлгийн нэр

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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-35

ГЭРИЙН ТӨРӨЛТИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ 2. Нэр: _____

3. РД:

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

4. Нас:

--	--

 5. Төрсөн он _____ сар _____ өдөр _____

6. Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

7	Боловсрол	
8	Ажил, мэргэжил	
9	Ажлын газар	
10	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
11	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

12. Гэр бүлийн байдал

Огт гэрлээгүй	`01
Батлуулсан гэр бүлтэй	`02
Батлуулаагүй гэр бүлтэй	`03
Тусгаарласан	`04
Цуцалсан	`05
Бэлбэсэн	`06

13. Төрсөн газар

1	Гэртээ	
2	Гудамжинд	
3	Хээр гадаа	
4	Түргэний машин	
5	Бусад тээврийн хэрэгсэл	
6	Бусад газар	

14. Төрөлтийн үед тусламж үзүүлсэн байдал

1	Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч	`01
2	Их эмч	`02
3	Эх баригч бага эмч	`03
4	Бага эмч	`04
5	Сувилагч	`05
6	Мэргэжлийн бус	`06

15. Төрөлтийн явц, хүндрэл

1	Хэвийн	`01
2	Ус урьтаж эрт гарсан	`02
3	Эхэс ховхорсон	`03
4	Эхэс түрүүлсэн	`04
5	Цус алдсан	`05
6	Бусад	`06

16. Төрсний дараах хүндрэл

1	Халуурсан	`01
2	Төрсний дараа цус алдсан	`02
3	Хүндрэлгүй	`03
4	Бусад	`04

17. Төрөх үеийн хугацаа

1	22-28 долоо хоног	`01
2	29-32 долоо хоног	`02
3	33-36 долоо хоног	`03
4	37-42 долоо хоног	`04
5	42-оос дээш	`05

18. Гэртээ төрсөн шалтгаан

1	Дуудлага өгөх боломжгүй	`01
2	Эмнэлгээс хол /км/	`02
3	Дуудлага дуудаад амжиж ирээгүй	`03
4	Дуудлага өгөөгүй	`04
5	Эмнэлэгт хүргэх унаагүй	`05
6	Гэртээ төрөх сонирхолтой	`06
7	Гэртээ төрж заншсан	`07
8	Эх төрөлт эхэлснээ мэдээгүй	`08
9	Бусад	`09

19. Хэддэх төрөлт: /бичих/ _____

20. Хүүхдийн тухай мэдээлэл:

20.1. Амьд

1	Хүйс	
2	Апгарын үнэлгээ	
3	Нярай өвдсөн эсэх	
4	Төрөх үеийн жин	
5	Төрөх үеийн өндөр	

20.2. Амьгүй

1	Хүйс	
2	Ураг дутуу	
3	Ураг гүйцэд	

Мэдээлсэн их эмч

_____ /албан тушаал/

_____ /гарын үсэг/

_____ /нэр/

Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

A1. Эмнэлгийн нэр: _____

ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААНТАЙ ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ НЭМЭЛТ ХУУДАС

A2. Эцэг/эх/-ийн нэр _____ A3. Нэр _____ A4. РД _____

A5. Нас

--	--	--

A11. Асран хамгаалагч /сахиур/	
Эцэг, эх	1
Нөхөр, эхнэр	2
Өвчтөн өөрөө	3
Ах, эгч, дүү	4
Бусад _____	98

A12. Үйлчлүүлэгч 10-с доош настай бол түлэгдэх үед хэнтэй хамт байсан бэ?	
Ганцаараа	1
Эцэг, эх	2
Насанд хүрсэн боловч асран хамгаалагч нь биш	3
Насанд хүрсэн бусад асран хамгаалагч	4
18 нас хүрээгүй өөр хүүхэдтэй хамт	5
Тодорхойгүй	99

A13. Түлэгдэлтэнд өртсөн хүний тоо	
1 хүн	1
2 хүн	2
3-5 хүн	3
6-9 хүн	4
10 ба түүнээс дээш	5
Тодорхойгүй	99

A6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

A7. Тогтмол хаяг: _____

A8. Утас: _____

A9. Ажлын газар, албан тушаал _____

A10. Боловсрол: _____

A14. Түлэгдсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

A15. Үзүүлсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

A16. Хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

A17. Түлэгдэлд өртөхөд нөлөөлсөн хүчин зүйл	Байхгүй	1
	Согтууруулах мансууруулах бодис	2
	Эм, эмийн бодис	3
	Уналт /таталт	4
	Оюуны хомсдол	5
	Сэтгэцийн өвчин	6
	Биеийн, оюуны хөгжлийн бэрхшээл	7

A18. Бусад эрхтний талаас хавсарсан гэмтэл	Байхгүй	1
	Хэвлийн гэмтэл	2
	Цээжний гэмтэл	3
	Нүдний гэмтэл	4
	Ясны хугарал	5
	Нугасны гэмтэл	6
	Тархины гэмтэл	7
	Бусад	98

<p>A19. Түлэгдсэн газар, байршил /Хот, аймаг, сум, дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/ </p>
--

Б. ТҮЛЭГДЛИЙН БАЙРШИЛ

B1. Биеийн хэдэн хувь түлэгдсэн бэ?		
B2. Амьсгалын зам гэмтсэн эсэх	Тийм	1
	Үгүй	2

B4. Толгой, хүзүү	Хуйх	1
	Нүд	2
	Хүзүү	3
	Нүүр	4

B6. Хөл	Ташаа	1
	Өвдөг	2
	Шагай	3
	Тавхай	4

B3. Их бие	Цээж	1
	Хэвлий	2
	Нуруу	3
	Өгзөг	4
	Бэлэг эрхтэн	5

B5. Гар	Мөр	1
	Бугалга	2
	Тохой	3
	Шуу	4

B7. Сарвуу	Бугуй	1
	Алга	2
	Гарын ар	3
	Хуруу	4

В. Түлэгдсэн зүйл	В1. Халуун гадаргуу	Хоол хийх хэрэгсэл	1
		Гэр ахуйн халаалтын хэрэгсэл	2
		Гэрэлтүүлэх хэрэгсэл	3
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	4
	В2. Халуун хий, шингэн	Уур болон хий	1
		Хоол хүнсний зүйл /Г хэсэг рүү/	2
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	3
		Ус	4
	В3. Цахилгааны	Гэр ахуйн цахилгааны хэрэгсэл	1
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	2
		Өндөр хүчдэл	3
		Бага хүчдэл /<1000 хүчдэл/	4
	В4. Химийн	Гэр ахуйн химийн бодис	1
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	2
	В5. Үрэлтийн	Амьсгалах	1
		Цацраг	2
		Бусад	98
	В6. Гэр ахуйн орчны галд өртөх	Хоол хийх, халаах үед галд өртөх	1
		Халаалт /Д хэсэг рүү/	2
		Гэрэлтүүлэг /Е хэсэг рүү/	3
		Санамсаргүй гал алдах /Гал түлэх, хог шатаах/	4
		Санаатайгаар гал гаргах /Ж хэсэг рүү/	5
	Бусад	98	
	В7. Мэргэжлээс шалтгаалсан галд өртөх	Хоол үйлдвэрлэл	1
Нефть химийн		2	
Нэхмэл		3	
Барилга		4	
ХАА		5	
Салют		6	
Үйлдвэр		7	
Бусад	98		
В8. Олон нийтийн үйл ажиллагааны үед галд өртөх	Зам тээврийн осол	1	
	Түүдэг гал	2	
	Асгарсан шингэн	3	
	Гал түймэр	4	
	Салют, бусад зугаа цэнгэлийн галт хэрэгсэл	5	
	Танхай үйлдэл, терроризм	6	
Бусад	98		
ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААН			

ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААН /В-Ж/

Г1. Хоол хийх, бэлтгэх үед юунд түлэгдсэн бэ?	Зуух	1
	Буцалгагч	2
	Халуун тогоо	3
	Халуун сав	4
	Битүү чанагч	5
	Түлш	6
	энгийн тогоо, сав суулга	7
Бусад	98	
Г3. Саванд байсан зүйл	Хоол, цай, тос, сүү	1
	Буцалсан ус	2
	Бусад	98

Г5. Хоол хийдэг газар нь амьдрах хэсгээс тусдаа эсэх	Тийм	1
	Үгүй	2
	Тодорхойгүй	99

Д1. Гэрийн халаалтын улмаас гал гарах		
Халаалт орчмын материал	1	
Халаалтыг хөдөлгөхөөр хүрэх	2	
Халаалтанд санаандгүй хүрэх	3	
Халаалт залгасан утас, кабель, залгуур	4	
Бусад	98	

Е1. Гэрийн гэрэлтүүлгийн улмаас гал гарах		
Гэрэл, дэнлүү орчмын материал	1	
Гэрэл, дэнлүүг хөдөлгөхөөр оролдох	2	
Гэрэл, дэнлүүнд санаандгүй хүрэх	3	
Гэрэлтүүлэг залгасан утас, кабель, залгуур	4	
Бусад	98	

Ж. Санаатай болон учир битүүлэг үйлдэл					
Ж1. Санаатайгаар түлсэн шалтгаан	Өөрийгөө хорлох	1	Ж2. "Учир битүүлэг" бол санаатайгаар түлсэн байх эмнэлзүйн шинж байна уу?	Өндөр	1
	Бусдыг хорлох	2		Дунд зэрэг	2
	Учир битүүлэг	3		Бага зэрэг	3
	Бусад	98		Байхгүй	4
			Мэдэхгүй	99	

Ж3. Түлэгдэлтэд хүргэсэн шалтгааны эх үүсвэр					
Этанол	1	Шингэрүүлсэн нефтийн хий	4	Мод	7
Керосин	2	Нарны эрчим хүч	5	Аргал	8
Нүүрс	3	Цахилгаан эрчим хүч	6	Бусад	98

ТҮЛЭГДЛИЙН ОНОШ			АВСАН АРГА ХЭМЖЭЭ		

Г2. Хоол хийх бэлтгэхтэй холбоотой түлэгдсэн бол үйл явц	Дэлбэрэх	1
	Дотор нь унах	2
	Өөр лүүгээ татах	3
	Асгарах	4
	Бусад	98

Г4. Хоол хийх талбайн өндөр	
Нэг түвшинд /шалан дээр, газар/	1
0.9 метр хүртэл /ширээ, сандал, тавиур гм/	2
0.9 метрээс дээш /ширээ, сандал, тавиур гм/	3
Мэдэхгүй	99

Д2. Халаалтын эх үүсвэр	Мод, нүүрс, аргал	1
	Керосин	2
	Шингэрүүлсэн нефтийн хий	3
	Байгалийн хий	4
	Цахилгаан эрчим хүч	5
	Бусад	98
Тодорхойгүй	99	

Е2. Гэрэлтүүлгийн хэрэгслийн төрөл	Лаа	1
	Цахилгаан эрчим хүч	2
	Нарны эрчим хүчээр	3
	Керосин	4
	Бусад	98
Тодорхойгүй	99	

СУВИЛУУЛАГЧИЙН ТҮҮХ

Сувилалын нэр, Лого _____

НДД № _____

ЭМД № _____

РД:

Сувилуулах бичгийн № _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Өөрийн нэр: _____

2. Нас: _____ 3. Эрэгтэй, эмэгтэй /зур/

4. Яс, үндэс _____

5. Тогтмол хаяг: _____

6. Ажлын газар: _____

7. Албан тушаал: _____

8. Мэргэжил: _____ 9. Боловсрол /зур/: Боловсролгүй, Бага, Бүрэнд дунд,

Мэргэжлийн болон техникийн, Дипломын, Бакалавр, Магистр, Доктор

10. Утас: _____, Яаралтай үед холбоо барих утас: _____

11. Хэвтсэн: 20__он__сар__өдөр__цаг

12. Гарсан, шилжсэн, хугацаанаас өмнө буцсан /зур/ 20__он__сар__өдөр

13. Ор хоног

Өрөө № _____

Эмчлэгч эмч _____

Сувилалд ирүүлсэн эмнэлгийн нэр: _____

Сувилалд ирүүлсэн онош: _____

Сувиллын онош: _____

20__оны__сарын__өдөр__цаг__мин

Хэвтэх үеийн зовиур: _____

Өвчний түүх: _____

Амьдралын түүх: _____

Эпид анамнез: сүрьеэ / /, гепатит / /, салхин цэцэг / /, гахай хавдар / /, гэдэсний халдвар / /

хавьтсан эсэх / /

Сүүлийн 3 сард гадаад оронд зорчсон эсэх / /

А) Үзлэг:

Биеийн байдал: /зур/ хөнгөн, дунд зэрэг, хүндэвтэр, хүнд

Байрлал: /зур/ идэвхитэй, идэвхигүй, албадмал

Арьс, салстын өнгө: /зур/ хэвийн, улаан, шарангуй, хөхөлбөр

Чийглэг: /зур/ хэвийн, ихэссэн, багассан

Арьс: /зур/ тууралттай, тууралтгүй

Шархны байдал: /status localis/ _____

Марианы байдал: /зур/ ердийн, таргандуу, тарган, туранхайвтар, туранхай, хэт туранхай

Хаван: /зур/ ерөнхий, нүүр, зовхи, хэвлий, шилбээр

Захын тунгалагийн булчирхай: /зур/ хэвийн, томорсон

Амьсгалын эрхтэний тогтолцоо

Цээжний хэлбэр: зөв, зөв бус, амьсгалын хэм 2 талд: жигд, жигд бус, амьсгалын тоо: 1 мин __ удаа
Үндсэн шуугиан: цулцангийн, гуурсан хоолойн; эмгэг шуугиан: _____
хэрчигнүүр: хуурай, нойтон, хэрчигнүүргүй

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Зүрхний авиа: тод, бүдэг, бүдгэвтэр, хэм: жигд, жигд бус, хэм алдалт хэлбэр _____
Судасны цохилтын тоо: 1 мин __ удаа хүчдэл дүүрэлт _____: АД _____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэлний өнгө _____, өнгөр _____
Хэвлийн тэмтрэлтээр /зур/: а) хэвийн б) томорсон
Цэсний өвдөлтийн үед илрэх шинж _____
Нойр булчирхайн өвдөлтийн үед илрэх шинж _____
Өтгөн /зур/: хэвийн, суулгана, хатна _____

Шээс ялгаруулах тогтолцоо

Пастернацкии шинж баруун / /, зүүн / /: хоногийн шээсний гарц: хэвийн, ихэссэн, багассан:
өнгө: _____, шөнө шээдэг, үгүй, шээхэд өвддөг, үгүй, тасалддаг, үгүй, дүлүүлж гардаг, үгүй

Үе мөч, багана нуруу

Хэлбэр /зур/: өөрчлөгдсөн, хавдсан өвдөлттэй, булчин чангарсан /аль үе, хэсэгт/ _____

Хөдөлгөөн: идэвхтэй, чөлөөтэй, идэвхгүй, хязгаарлагдмал /аль үенд/ _____

Мэдрэлийн тогтолцоо /өөрчлөлтийг бич/ _____

Бусад: _____

Шинжилгээ: _____

Онош: _____

Сувилуулагчийн биеийн байдал, тэмдэглэл	Заалт
	1. Хоол № _____ 2. Дэглэм _____ _____ 3. Рашаан уух: хоолноос _____ минутын өмнө, _____ мл-ээр, өдөрт ____ удаа, шимж, балгаж, залгилж /зур/ ууна.

Сувилуулагчийн биеийн байдал, тэмдэглэл	Заалт

Гарах үеийн эпикриз: Эмнэлэгт шилжсэн; хугацаанаас өмнө гарсан /зур/
20__ оны __ сарын __ өдөр __ цаг __ мин

Сувилуулагч _____ овогтой _____
20__ оны __-р сарын __ өдрөөс 20__ оны __-р сарын __ өдөр хүртэл ____ хоног сувилуулав.

Хийгдсэн эмчилгээ, тоо / /; рашаан уух __, рашаан орох __, иллэг __, бумба __, биеийн тамир __,
физик эмчилгээ: _____

Эмчилгээний үр дүн: Биеийн байдал: илт сайжирсан, сайжирсан хэвдээ, дордсон /зур/

Гарах үед өгсөн зөвлөмж:

Эмчилгээний дараах гам сахих / /, АД-г хянах / /, Зөв хооллох / /, Давтан шинжилгээ хийлгэх / /,
эмчийн хяналтанд байх, бусад: _____

А. Гарах үеийн сувиллын онош: _____

Б. Дагалдах онош: _____

В. Хүндрэл: _____

Эмчлэгч эмч: _____
Тасгийн эрхлэгч: _____
Хүлээн авсан статистикч эмч _____

ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

1 дүгээр хэсэг												
Эцэг/эхийн нэр	Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Утасны дугаар.								
Регистрийн дугаар		Боловсролын байдал:		Ажлын хаяг:								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь боловсрол 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор		
Оршин суугаа хаяг												
Аймаг / Хот: _____ Сум / Дүүрэг: _____												
Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____												
Газар / Гудамж / Байр: _____ Тоот: _____												
Хөдөлмөр эрхлэлт	Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо	Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх	Өвчтөн нас барсан эсэх									
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	_____ /он/ _____ /сар/ _____ /өдөр/ _____ /цаг мин/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____									
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан												
Эмнэлзүйн мэдээлэл (хамшинж тэмдгийг бичнэ)												
Хамшинж:	Эмнэл зүйн шинж тэмдгийг онцлон бичнэ үү.			Илэрсэн огноо:								
Тархвар судлалын холбогдол												
Халдварын эх уурхай	Дамжих зам		Халдварт өртсөн байж болзошгүй огноо:									
<input type="checkbox"/> Хүн <input type="checkbox"/> Мал (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Амьтан (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Тогтоогдоогүй	Ахуйн: <input type="checkbox"/> Шууд хавьтал /ам мөр <input type="checkbox"/> Ус <input type="checkbox"/> Хүнс <input type="checkbox"/> Хөрс <input type="checkbox"/> Бусад: _____ <input type="checkbox"/> Агаар / дусал <input type="checkbox"/> Дам халдвар <input type="checkbox"/> Цусаар <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй											
Эмнэлэгт хандахаас өмнөх эмчилгээ												
Хэрэглэсэн эмийн нэр	Хэдэн ширхэг, хэдэн удаа	Эмчилгээ эхэлсэн хугацаа	Үргэлжилсэн хугацаа	Сорьц авахаас өмнө хэрэглэсэн эмийн нэр, тун, хэмжээ								
Урьдчилсан онош (ОУӨА-10)												
Мэдээлсэн байгууллага												
Мэдээлсэн байгууллага	Мэдээлсэн эмч / мэргэжилтэн / албан тушаалтны нэр	Мэдээлсэн хэлбэр		Мэдээлсэн хугацаа								
		<input type="checkbox"/> Утсаар <input type="checkbox"/> Цахимаар <input type="checkbox"/> Цаасаар										
2 дугаар хэсэг												
Лабораторийн шинжилгээ												
Сорьцын нэр	Сорьц авсан огноо	Шинжилгээний төрөл	Шинжилгээний дүн	Лабораторийн нэр								
Батлагдсан онош (ОУӨА-10)		<input type="checkbox"/> Эмнэлзүйгээр <input type="checkbox"/> Лаборатороор	<input type="checkbox"/> Тархвар холбогдлоор									
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой халдвар			<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй									
Онош батлагдсан огноо: _____												

Эмнэлгийн нэр

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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-3

БЗДХ-ЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ 2. Нэр: _____ 3. РД:

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

4. Нас:

--	--

 5. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй 6. Жирэмсэн эсэх:

--

 тийм

--

 үгүй

7. Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

8. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дидломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
	Доктор	9

9. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

11. Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир амбулаторт	2
	Хяналт	3
	Тандалт /хавьтлаар/	4
	Дуудлага	5

10. Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

12. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

13. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1
	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3
	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1
	Гомосекс	2
	Бисекс	3
	Трансжендер	4
	Тодорхой бус	5

15. Үндсэн онош:	1	2	3	4	5	6
------------------	---	---	---	---	---	---

16. Халдвар дамжсан зам

Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1А
	Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1В
	Мэс ажилбар	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүн	МБСТХ	3
	Бохир зүү тариур	4
	Цус сэлбүүлсэн	5
Эхээс хүүхдэд халдварласан		6
Тодорхой бус		7

17. Онош баталгаажилт

Хурдавчилсан сорил	1	Полимеразын гинжин урвал /PCR/	7
RPR	2	Нойтон түрхэц	8
ТРНА	3	Наац	9
ФХЭБУ/ ELISA/	4	Өсгөвөр	10
FTA-abs	5	Эмнэл зүй	11
Бараан талбайд шууд харах	6	Бусад	12

Эмчид үзүүлсэн: он _____ сар _____ өдөр _____

Мэдээлсэн их эмч:

/албан тушаал/

/гарын үсэг/

/нэр/

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____ Мэдээлсэн огноо: ____/____/____

Тохиолдлын тодорхойлолт: <input type="checkbox"/> Шинэ <input type="checkbox"/> Дахилт <input type="checkbox"/> Эмчилгээ үр дүнгүй болсны дараах <input type="checkbox"/> Хяналт алдагдсаны дараах <input type="checkbox"/> Эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй		Тохиолдлын илрүүлсэн арга: <input type="checkbox"/> Өвчний учир амбулаториор /идэвхигүй/ <input type="checkbox"/> Идэвхитэй илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Хавьтлын илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр <input type="checkbox"/> Бусад /задлан шинжилгээ-нас барсан Огноо: ____/____/____																				
Эцэг, эхийн нэр: _____	Өөрийн нэр: _____	Регистрийн дугаар: _____	Нас _____	Хүйс _____																		
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Хаяг: _____ тоот _____		Огноо: Өвчин эхэлсэн: ____/____/____ Эмчид үзүүлсэн: ____/____/____ Оношлогдсон: ____/____/____ Бүртгэлд авсан: ____/____/____ Эмчилгээ эхэлсэн: ____/____/____																				
Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал: 1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> 2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: <input type="checkbox"/>		Боловсролын ангилал: <table border="1"> <tr><td>Боловсролгүй</td><td>01</td></tr> <tr><td>Бага</td><td>02</td></tr> <tr><td>Суурь боловсрол</td><td>03</td></tr> <tr><td>Бүрэн дунд</td><td>04</td></tr> <tr><td>Мэргэжлийн болон техникийн</td><td>05</td></tr> <tr><td>Дидломын</td><td>06</td></tr> <tr><td>Бакалавр</td><td>07</td></tr> <tr><td>Магистр</td><td>08</td></tr> <tr><td>Доктор</td><td>09</td></tr> </table>			Боловсролгүй	01	Бага	02	Суурь боловсрол	03	Бүрэн дунд	04	Мэргэжлийн болон техникийн	05	Дидломын	06	Бакалавр	07	Магистр	08	Доктор	09
Боловсролгүй	01																					
Бага	02																					
Суурь боловсрол	03																					
Бүрэн дунд	04																					
Мэргэжлийн болон техникийн	05																					
Дидломын	06																					
Бакалавр	07																					
Магистр	08																					
Доктор	09																					
Гэр бүлийн байдал: <table border="1"> <tr><td>Огт гэрлээгүй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулсан гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулаагүй гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Тусгаарласан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Цуцалсан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Бэлбэсэн</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>	Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>	Цуцалсан	<input type="checkbox"/>	Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>	Ханиалгах шинж тэмдэг: <input type="checkbox"/> Илэрсэн _____ хоног <input type="checkbox"/> Илрээгүй									
Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>																					
Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																					
Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																					
Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>																					
Цуцалсан	<input type="checkbox"/>																					
Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>																					
Ажлын газар, албан тушаал: _____ Мэргэжил: _____	БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Сүрьеэгийн хэлбэр: <input type="checkbox"/> Уушгины <input type="checkbox"/> Уушгины бус																			
Онош: _____			ӨОУА: А1 ____																			
Цээжний рентген зургийн дүгнэлт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийгүй <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийтэй <input type="checkbox"/> Хийгдээгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Эрсдэлт хүчин зүйлс: <input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал <input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин <input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ <input type="checkbox"/> Орон гэргүй <input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан <input type="checkbox"/> Уул уурхай		Халдварын эх уурхай: <input type="checkbox"/> Өрхийн хавьтал <input type="checkbox"/> Ойрын хавьтал <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй Өрхийн хавьтлын тоо: _____ Насанд хүрэгчид: _____ Хүүхэд /0-15 нас/ _____																			
Эмэнд тэсвэржилт:																						
ЭМЧТ шинжилгээнд хамрагдсан эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Тийм бол, ЭМЧТШ дугаар: _____ Огноо: ____/____/____	Тэсвэртэй эмүүд: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Am <input type="checkbox"/> OfI <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> FQ																				

Тамга Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ /

ХОРТ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого

		РД		
		Тохиолдлын дугаар:		
Бүртгэлийн байдал:		Эрт илрүүлэг	Идэвхтэй хайлт	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр
Эцэг, эхийн нэр:		Өөрийн нэр:		
Төрсөн: он сар өдөр	Нас [] Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:		
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот _____ Холбоо барих утасны дугаар: _____	Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	Гэр бүлийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн		
Хавдар оношлогдсон огноо: он сар өдөр		Өвчтөний одоогийн байдал: <input type="checkbox"/> Амьд – 1 <input type="checkbox"/> Нас барсан -2 <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй - 3		
Анхдагч хавдрын байрлалын онош /ICDO-3 /:				С ____/____
Бүтэц зүйн онош				М ____/____
Торонтогийн хүүхдийн хавдрын ангилал				С ____/____
Хорт хавдар Toronto Tier үе шатны ангиллаар: Toronto Tier – 1, Toronto Tier - 2				
Хүүхдийн хавдрын ангилал / ICCS-3/				____/____

Хорт хавдар TNM үе шатны ангиллаар: T – is, 1, 2, 3, 4, X N – 0, 1, 2, 3, X M – 0, 1, X				
Хавдрын төлөв: <input type="checkbox"/> Байран өмөн – 2 <input type="checkbox"/> Хортой – 3 <input type="checkbox"/> Үсэрхийлсэн - 6				
Эсийн ялгарал:		Лимфома, лейкоцийн эсийн ялгарал:		
<input type="checkbox"/> Өндөр ялгаралтай-1 <input type="checkbox"/> Дунд ялгаралтай-2 <input type="checkbox"/> Бага ялгаралтай-3 <input type="checkbox"/> Ялгаралгүй-4 <input type="checkbox"/> Ялгарлын зэрэг тодорхойгүй-9		<input type="checkbox"/> T-эсийн – 5, <input type="checkbox"/> B-эсийн /pre-B,B-precursor/ -6 <input type="checkbox"/> Null эсийн / non-T, non-B/ -7 <input type="checkbox"/> Киллер эсийн /natural/-8, <input type="checkbox"/> эсийн төрөл тодорхойгүй-9		
Хэрвээ 0-19 насны хүүхдийн хавдрын тохиолдол бол				
<input type="checkbox"/> Хурц лимфобласт лейкеми <input type="checkbox"/> Хурц миелоид лейкеми <input type="checkbox"/> Ходжкины лимфом <input type="checkbox"/> Ходжкины бус лимфом <input type="checkbox"/> Нейробластом <input type="checkbox"/> Вильямсын хавдар <input type="checkbox"/> Рабдомиосарком <input type="checkbox"/> Рабдо бус миосарком, зөөлөн эдийн сарком <input type="checkbox"/> Остеосарком <input type="checkbox"/> Ивингийн сарком <input type="checkbox"/> Ретинобластом <input type="checkbox"/> Гепатобластом <input type="checkbox"/> Өндгөвчний хавдар <input type="checkbox"/> Медуллобластом, бусад хөврөлийн, төв мэдрэлийн системийн хавдар <input type="checkbox"/> Эпендимом				
Анхдагч олон байрлалын хавдар мөн эсэх:		Хос эрхтнийг хамарсан эсэх:		
<input type="checkbox"/> Анхдагч ганц байрлалын хавдар-1 <input type="checkbox"/> Анхдагч олон байрлалын хавдрын нэг тохиолдол- 2 <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй- 9		<input type="checkbox"/> Баруун-1 <input type="checkbox"/> Зүүн-2 <input type="checkbox"/> 1 талыг хамарсан боловч ялгаж тусгаагүй-3 <input type="checkbox"/> Хоёр талын хамарсан-4 <input type="checkbox"/> Хос эрхтэн бус-5		
Бичил харуурын бус		Бичил харуурын		
<input type="checkbox"/> 1- Нас баралтын гэрчилгээгээр <input type="checkbox"/> 2- Эмнэл зүйн бүрдэл шинжээр <input type="checkbox"/> 3- Дүрс оношилгоо /КТГ, дуран, рентген, ЭХО, MRI, оношлогооны лапротоми аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих..... <input type="checkbox"/> 4-Лабораторийн оношлуур /цус, хавдрын өвөрмөц маркер, иммунологи аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих.....		<input type="checkbox"/> 5-Эсийн шинжилгээ <input type="checkbox"/> 6-Эдийн шинжилгээ үсэрхийлсэн эдээс /задлан шинжилгээний эд хамаарна/ <input type="checkbox"/> 7 - Эдийн шинжилгээ анхдагч эдээс /задлан шинжилгээний эд, ясны эд хамаарна/ <input type="checkbox"/> 8- Мэдэхгүй Эд, эсийн шинжилгээ хийсэн эмнэлгийн нэр: _____ Эд, эсийн шинжилгээний баримтын дугаар: _____		
Хавдрын эмнэл зүйн бүлэг: Ia, Ib, II, IIa, III, IV ба үүнээс өөрөөр бичигдэх бол: _____				
Хийгдсэн эмчилгээ	Мэс засал	1	Хими+даавар эмчилгээ	10
	RPA	2	Дурангийн мэс засал	11

	PEI	3	Даавар эмчилгээ	12
	Туяа	4	Хөнгөвчлөх мэс засал	13
	Хими	5	TACE / эрт үе шатанд хийгдсэн, хөнгөвчлөх зорилгоор / аль нь болохыг зур	14
	Мэс засал+туяа	6	Хөнгөвчлөх хими	15
	Мэс засал+хими	7	Хөнгөвчлөх туяа	16
	Туяа+хими+мэс засал	8	Бусад хөнгөвлөх эмчилгээ ба тусламж /эмийн эмчилгээ /	17
	Хими+туяа	9	Эмчилгээнээс татгалзсан	18
Хийгдсэн мэс заслын нэр:			<u>/Үйлдлийн ОУ-9 ангиллаар тавих, кодлох/</u>	
Мэс засал хийгдсэн:		он сар өдөр	Мэс засал хийсэн эмнэлгийн нэр:	
Хагалгаа хийсэн эмчийн нэр:		эмчийн утасны дугаар: _____		
Эмчлэгч эмчийн нэр:		Мэдээлсэн огноо: он сар өдөр		
Тамга	Мэдээлсэн албан тушаалтан: / /			

ЭМГЭГ СУДЛАЛААС ХОРТОЙ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ХУВЬ ХҮНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

1. Ургын овог: _____ 2. Эцэг /эхийн/ нэр: _____
3. Өөрийн нэр: _____ 4. РД: _____
5. Төрсөн: _____ он _____ сар _____ өдөр 6. Нас: ____ 7. Хүйс: эрэгтэй [1], эмэгтэй [2]
8. Тогтмол хаяг: _____ аймаг, хот _____ сум,
дүүрэг _____ хороолол, _____ хороо, баг _____ байр, тоот
_____ утас

Б. ХАВДРЫН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

1. Сорьц илгээсэн эмнэлэг: _____ тасаг _____ эмчийн нэр _____
2. Сорьц авсан эрхтэн: _____
Хос эрхтэн бол: зүүн [] баруун [] хоёр тал []
3. Сорьцын төрөл: хагалгааны материал эд [], арчдас [], анхдагч хавдрын эд [],
Үсэрхийллийн эд [], задлангийн эд []
4. Сорьцын шинжилгээний дүгнэлт: _____
5. Бүтэц зүйн онош: _____
6. Хавдрын төлөв: [] хоргүй [] хортой [] байран өмөн [] мэдэхгүй

1. Эсийн ялгарал: өндөр ялгаралтай [1], дунд ялгаралтай [2], бага ялгаралтай [3],
ялгаралгүй [4]

В. МЭДЭЭНИЙ ЭХ СУРВАЛЖ:

1. Эмнэлгийн нэр: _____ 3. Баримтын дугаар: _____
2. Эмгэг судлалын лабораторийн нэр: _____
4. Шинжилгээний дугаар: _____

Г. БҮРТГЭЛИЙН ХЭСЭГ:

1. Мэдээлсэн : _____ он _____ сар _____ өдөр
2. Мэдээлсэн мэргэжилтний нэр : _____ гарын үсэг _____
_____ холбоо барих утас: _____
3. Хүлээн авсан бүртгэлийн эмчийн нэр: _____ гарын үсэг _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр лого																					
Эцэг/эхийн нэр:.....			Нэр:.....				Хүйс: <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Эрэгтэй			РД:.....			нас								
Төрсөн өдөр, сар, он			Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж	Нас барсан огноо			Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж
Гэрийн хаяг:																					
А хэсэг :																					
1 Үхэлд шууд хүргэсэн өвчин ба эмгэг /а/			Нас баралтын шалтгаан:							Өвчин эхэлснээс хойш нас барах хүртэлх хугацаа			ӨОУА-10								
	A																				
	B		Улмаас																		
	B		Улмаас:																		
	Г		Улмаас:																		
Үндсэн онош:																					
2 Нас барахад хүргэсэн бусад нөхцөл, шалтгаан																					
В хэсэг:																					
Сүүлийн 4 долоо хоногт мэс засал хийлгэсэн эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
Хэрэв тийм бол мэс засал хийлгэсэн огноо																					
Мэс заслын шалтгааныг тодруулж бичих (өвчин ба шалтгаан)										ҮОУА-9											
Асуумжаар дүгнэлт шинжилгээ (VA WHO 2016 standard) хийсэн эсэх ?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
Хэрэв тийм бол онош баталгаажуулахад ашигласан эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
Нас барсан хэлбэр:																					
<input type="checkbox"/> Өвчин				<input type="checkbox"/> Амиа хорлосон				<input type="checkbox"/> Бусад осол													
<input type="checkbox"/> Зам тээврийн осол				<input type="checkbox"/> Бусдад хорлогдсон				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрийн осол													
<input type="checkbox"/> Хордлого				<input type="checkbox"/> Шалтгаан тогтоогдоогүй байгаа				<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй													
Гадны шалтгаант болон хордлогын шалтгаант бол:										Гэмтсэн өдөр, сар, он		Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж		
Гадны шалтгааныг тодорхойлон бичих (Хэрэв хордлогын шалтгаант бол хордсон бодисыг бичих)										.....										
Нас барсан газар:																					
<input type="checkbox"/> Эмнэлэгт		<input type="checkbox"/> Гэртээ		<input type="checkbox"/> Амьдрах зориулалттай тусгай байр				<input type="checkbox"/> Сургууль, бусад олон нийтийн ба засаг захиргааны газрууд													
<input type="checkbox"/> Гудамж ба зам		<input type="checkbox"/> Биенийн тамир, спортын талбай		<input type="checkbox"/> Худалдаа үйлчилгээний газрууд				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрлэл ба барилгын газар													
<input type="checkbox"/> Бусад (тодорхойлж бичих):		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй																			
Эмнэлэгт нас барсан бол:										Эмнэлгээс гадуурх нас баралт бол: Нас барахаас өмнө эмнэлэгт хэвтсэн эсэх?											
Ор хоног			.....өдөр .....цаг.....минут			<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хэрэв тийм бол: өдөр..... сар жил												
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдоноос хойш амьдарсан хугацаа										<input type="checkbox"/> Жил [] <input type="checkbox"/> сар [] <input type="checkbox"/> хоног []											
Ураг болон нярайн эндэгдэл																					
Ихэр эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
Амьгүй төрөлт?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
Хоног болоогүй нас баралт бол хугацааг бичих /цагаар/										Төрөх үеийн жин (гр)											
Жирэмсний хугацаа /7 хоногоор/										Эхийн нас											
Перинаталь эндэгдэлд нөлөөлсөн эхийн эрүүл мэнд болон жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэл /тодорхойлж бичих/										.....										
Эхийн эндэгдэл мөн эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрөх, төрсний дараах үе										<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрсний дараа 42 хоногийн дотор											
<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт, төрөлтийн дараа 42 хоногоос 1 жилийн дотор										<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй											
Жирэмслэлт нь нас баралтын шалтгаан болсон эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
Гэрчилгээ олгосон огноо										Ө		Ө	С		С	Ж		Ж	Ж	Ж	
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/									Нэр:			Гарын үсэг								
	Гэрчилгээ олгосон эмч:									Нэр:			Гарын үсэг								

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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.

Энгийн эмийн жорын маягт

Энгийн эмийн жор			
..... оны ....сарын			
Өвчтөний овог, нэр: _____			
Нас:_____ Хүйс:_____ Онош:_____			
Регистрийн № _____			
Rp: _____			
S: _____			
Rp: # _____			
S: _____			
Rp: # _____			
S: # _____			
Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____			
Эмнэлгийн нэр: _____			

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			
2			
3			

Урд тал

Энгийн эмийн жорын маягтад 3-аас илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.				
Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмчийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.				
Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ. Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.				
Гарын үсэг, огноо:				
Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно. Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.				

Ар тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягт

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жор			
Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ..			
Өвчтөний овог, нэр: _____			
Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____			
Онош: _____			
Регистрийн № _____			
Rp:			
S:			
#			
Rp:			
S:			
#			
Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____			
Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____			
Эмнэлгийн нэр: _____			
Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.			
№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягтад 2-оос илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Мансууруулах эмийн жорын маягт

Мансууруулах эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Мансууруулах эмийн жорын маягтад 1 эм бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9D

Уламжлалт эмийн жорын маягт

Уламжлалт эмийн жор		
..... оны ....сарын		
Өвчтөний овог, нэр: _____		
Нас: _____ Хүйс: _____		
Уламжлалт анагаахын онош: _____		
Эмийн нэр	Хэмжээ	Эм уух арга
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Эмнэлгийн нэр: _____		
Эмчийн хувийн тэмдэглэл: _____		
Хаяг, харилцах утас: _____		

Ар тал				
Анхаарах зүйл:				
1. Буцалгаж уухдаа 1-2 ширхэг эмийг 200-250мл усанд 3/1-ыг ширгэтэл зөөлөн буцалгаж /халуун, бүлээн, хүйтэн/ ууна				
2. Буцалсан усаар бүрж уухдаа 200-250 мл халуун устай аяганд эмээ хийж таглаад бүлээсгэж ууна.				
3. Шимт 3 ясны /Далны маяа, борви тойг/, хонины бор махны шөлөөр даруулж ууна.				
4. Буцалсан усанд бурам, зөгийн бал, мөсөн чихрийг найруулж, эмийг даруулж ууна.				
5. Эмийн зөвхөн эмчийн зааврын дагуу ууж хэрэглэнэ.				
6. Эм уух явцад сөрөг нөлөө илэрвэл эмчид хандана уу				
7. Энэхүү жор бичигдсанаас хойш 10 хоногийн дотор хүчинтэй.				
8. Жир бичсэн эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан тохиолдолд хүчингүйд тооцно.				
9. Жорыг дамжуулах, эмийг илүүдэл хэмжээгээр хадгалах нь эмийг зүй бусаар хэрэглэх эрсдэлийг нэмэгдүүлж Таны болон бусдын эрүүл мэндэд халтай.				
Гарын үсэг, огноо: _____				
Гарын үсэг, огноо: _____				
Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13Б

Бүртгэлийн код

РД

ЭМД

ЭМНЭЛГЭЭС ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм

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

ЭМНЭЛЭГТ ИРГЭНИЙГ ИЛГЭЭХ ЦАХИМ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Паспортын хэсэг

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____ Нас _____

РД																				
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЭМД																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Цахим №																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Хүйс (сонго) 1. эрэгтэй 2. эмэгтэй
3. Иргэний утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
4. Иргэний (асран хамгаалагчийн) утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
5. Иргэний гэрийн /тогтмол/ хаяг: _____

“Илгээх” хэсэг

6. Илгээж байгаа байгууллагын нэр (сонго).....код /автоматаар гарч ирнэ/
7. Илгээсэнон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
8. Эмчлэгч эмчийн нэрхувийн дугаар
9. Хүлээн авах байгууллагын нэр (сонго).....
10. Иргэнийг илгээж байгаа шалтгаан (сонго)
- Онош тодруулах /сонго/
- Урьдчилан сэргийлэх үзлэг /сонго/
- Эмчилгээ /сонго/
- Эмчилгээний дараах хяналт /сонго/
- Жирэмсний болон төрөх үеийн тусламж, үйлчилгээ
- Хөнгөвчлөх эмчилгээ
- Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ
- Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ
- Давтан хяналт
- Бусад: /тодорхой бичих/
11. Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ) _____ /сонго/
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Тайлбар /бичих/ _____
12. Шилжүүлэх болсон шалтгааныг үндэслэх шинжилгээ (програмын өгөгдлийг бөглөнө)
ЦЕШ /сонгох/ _____
_____ Биохими /сонгох/ _____
_____ ШЕШ /сонгох/ _____

_____Рентген _/эмчийн хариуг
бичих/_____
Бусад /MRI, KTG/ _/эмчийн хариуг бичих/ _____

“Цаг товлох” хэсэг

13. Хүлээн авах эсэх шийдвэр (сонго) 1.тийм 2.үгүй
14.Хэрэв тийм бол үзлэгийн кабинетын нэртасгийн нэр /сонго/
15.Хэрэв үгүй бол тайлбар, үндэслэл (сонго)
- тухайн эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ авах боломжгүй
- бусад /бичих/
16. Шийдвэр гаргасанон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
17.Товлосонсар.....өдөр.....цаг

“Хүлээн авах” хэсэг

18. Хүлээн авсан сар.....өдөр.....цагХүлээн авах эмчийн нэр
.....
19. Хүлээн авсан: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
____Хавсарсан онош
/сонго/_____
____Хавсарсан онош /сонго/_____
20. Эмчлүүлсэн: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
____Хавсарсан онош
/сонго/_____
____Хавсарсан онош /сонго/_____
21.Эмнэлэгт хэвтсэн ор хоног /сонго/

22.Эмнэлгээс гарсан огноо, цаг
(сонго)_____
23.Эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлт
(эпикриз)_/бичих/_____
24.Эмчлэгч эмчийн нэр.....утасны дугаар....., цахим
хаяг.....

“Эргэх холбоо тогтоох” хэсэг

25. Илгээсэн байгууллагад өгөх зөвлөмж /бичих/
26. Зөвлөмжийг хүлээн авсан огнооон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
27. Иргэнийг хяналтад авсан эсэх (сонго) 1.тийм 2. үгүй
28. Иргэнийг хяналтад авсан эмчийн нэр утасцахим хаяг

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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 _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур):
 - 1.1 Хүндэрсэн
 - 1.2 Эндсэн
2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар
 - 2.1 Гэрт
 - 2.2 ӨЭМТ/СЭМТ
 - 2.3 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 2.4 Хувийн эмнэлэгт
 - 2.5 Амаржих газар
 - 2.6 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
 - 2.7 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 2.8 Бусад
3. Нас _____
4. Ам бүл: _____
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: (ӨОУА-10 кодлоно уу)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____
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.	Каогулограмм:	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 жирэмсний төгсгөл:
- 18.1 Эрт үеийн зулбалт
 - 18.2 Хожуу үеийн зулбалт(халдварлагдсан,халдварлагдаагүйг зурах)
 - 18.3 Үр хөндөлт
 - 18.4 Умайн гадуурх жирэмсэн
 - 18.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
 - 18.6 Дутуу төрөлт
 - 18.7 Гүйцэд төрөлт
 - 18.8 Илүү тээлттэй төрөлт
 - 18.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
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, ЭХЭМҮТ
 - 23.2 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн нэгдэл
 - 23.3 Улаанбаатар хот, Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 23.5 Аймаг сумын Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.6 Хувийн эмнэлэгт
 - 23.7 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
 - 26.11 Бусад _____
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 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 28.3 Амаржих газар
 - 28.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ

- 28.5 ӨЭМТ/СЭМТ
28.6 Хувийн эмнэлэг
28.7 Бусад (нэрлэ) _____
29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
29.1 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
29.2 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
29.3 Амаржих газар
29.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
29.5 ӨЭМТ/СЭМТ
29.6 Хувийн эмнэлэг
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 хугацаа (долоо 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 гадуурх жирэмсэн
32.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
32.6 Дутуу төрөлт
32.7 Гүйцэд төрөлт
32.8 Илүү тээлттэй төрөлт
32.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн 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 гадуурх 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 Давтан 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 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг үтрээн дээгүүр авах хагалгаа
- 40.10 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг бүхэлд нь авах хагалгаа
- 40.11 Кесар хагалгааг өргөтгөн хийгдсэн умайг тайрах/авах хагалгааны заалт
- 40.12 Давтан хийгдсэн хагалгааны нэр
- 40.13 Давтан хийгдсэн хагалгааны заалтыг бичих
- 40.14 Давтан хагалгаа хийгдсэн _____он____сар____өдөр
- 40.15 Умайн гадуурх жирэмсний улмаас хийгдсэн хагалгаа, нэр _____
- 40.16 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 гадуурх 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
- 45.6 Умайн урагдал
- 45.7 Ихэс түрүүлэлт
- 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 гадуурх 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 нарийсгагч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
49.3 Зүрх зогсох
49.4 Хүнд хэлбэрийн гипоперфузи(лактат>5 ммоль/л эсвэл 45мг/дл)
49.5 Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (рН<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 (РаО₂/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 диалез 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 (5нэгжээс 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 кодлоно уу/
Үндсэн онош: _____
Хүндрэл: _____
Дагалдах онош: _____
57. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан (зур)
58. Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн:
1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр
60. Ор хоног: _____ хоног _____ цаг _____ минут
61. Эх эндсэн үед: Эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн эсэх
1. Хийгдсэн 2. Хийгдээгүй

62.1 Эхийн эндэгдэл

Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (ӨОУА-10 кодлох)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

62.2 Эхийн ноцтой хүндрэл

Ихэс, умай, дайврыг гистологи шинжилгээнд илгээсэн эсэх

1. Илгээсэн 2. Илгээгээгүй

Ихэс, умай, дайврын гистологи шинжилгээний дүгнэлт:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

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 1: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 2: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 3: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

3 _____

67. Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

68. Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

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

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

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

70. Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

71. Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1 Эмч дуудсан хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.2 Төрсөн хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.3 Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа

72.4 Эмч очсон хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Мэдээлсэн

Огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Аймаг /хот: _____ сум/дүүрэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмчийн нэр: _____

Албан тушаал: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

Нас: _____

РД

Тогтмол хаяг: _____	

Утас _____	Ажлын газар _____
Мэргэжил _____	
Хөдөлмөр эрхлэлт:	
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	<input type="text"/>
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	<input type="text"/>

Боловсрол:

01	Боловсролгүй
02	Бага
03	Суурь боловсрол
04	Бүрэн дунд
05	Мэргэжлийн болон техникийн
06	Дипломын
07	Бакалавр
08	Магистр
09	Доктор

Эмнэлэг	Он	Сар	Өдөр	Цаг
Хэвтсэн				
Үр хөндүүлсэн				
Гарсан				

Ор хоног

Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

Онош	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 _____

Жирэмсний хяналтад орсон эсэх: Хэд дэх жирэмслэлт _____

1. Тийм 2. Үгүй

Үр хөндүүлсэн удаа _____ Үүнээс гүйцэд төрсөн хүүхэд _____ зулбасан _____

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 _____

Ураг хөндүүлсэн тухай тэмдэглэл:

Гадна бэлэг эрхтэнг _____ уусмалаар халдваргүйтгэж, үтрээнд толь тавьж, үтрээ болон умайн хүзүүг ариутгав. Ажилбарын үед өвдөлт намдаалтыг: /зур/ умайн хүзүүний орчны эдэд хориг хийх, бүсчилсэн мэдээгүйжүүлэг, ерөнхий мэдээгүйжүүлэг хийв.

Мэдээгүйжүүлгийн уусмал, тун хэмжээ: _____

Сэтгүүрийг умайн хүзүүгээр болгоомжтой оруулахад умайн байрлал _____, чиглэл _____, умайн хөндийн хэмжээ _____ см байв.

Умайн хүзүүг тэлсэн эсэх: Тийм Үгүй

Тийм бол /бичих/: Гигарын тэлэгч № _____, соруурын хошуу № _____

Умайн хөндийн агууламжийг № _____ хошуугаар соруулан, умайн хөндий хоосорсон эсэх /зур/: улаан ягаан цусархаг хөөс гарах, хүржигнэх чимээ сонсогдох, соруурт эд дахин орж ирээгүй-г шалгаж хавхлагыг хаасны дараа хошууг умайд үлдээж, соруурыг салгаж авав.

Умайгаас авсан эд /зур/: бүрэн, бүрэн бус

Умайгаас соруурын хошуу, суман хавчуур, үтрээний толийг авч ажилбарыг дуусгав.

Алдсан цус _____ мл. Ажилбарын үргэлжилсэн хугацаа _____

Хүндрэл гарсан эсэх: Үгүй Тийм бол бичих: _____

Ажилбарын дараах үе: _____

Жирэмснээс сэргийлэх эм, хэрэгсэл хэрэглүүлсэн эсэх: Тийм, Үгүй

Тийм бол /бичих/: _____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18 Хавсралт 01

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХИЙН ХАВСРАЛТ /ЭМИЙН/

Нэмэлт хийгдсэн шинжилгээ: _____

Онош: _____

Мифепристоны тун: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

Давтан үзлэгт ирэх хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

ҮЗЛЭГ 2. Илэрсэн зовиур, өөрчлөлт _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Мизопростолын тун хэмжээ _____

Эмийг хаана хэрэглэхээр олгосон /зур/: гэрт, эмнэлэгт

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

ҮЗЛЭГ 3. Үзлэгт ирсэн хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Үйлчлүүлэгчид илэрсэн шинж тэмдэг: _____

Ажилбар дууссан тухай тэмдэглэл: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Хэрэв ажилбар дуусаагүй бол авсан арга хэмжээ, зөвлөгөө: _____

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-19

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН БҮРТГЭЛ

Он, сар, өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Боловсрол	Ажил мэргэжил	Ажлын газар	Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	Тогтмол хаяг	Жирэмсний хугацаа	Хэд дэх жирэмслэлт	Үр хөндүүлсэн удаа	Гарсан хүндрэл (+), (-)			Үр хөндөлт хийлгэсэн эмэгтэйчүүдэд ЖСЭХ хэрэглүүлсэн эсэх	Эмчийн нэр
												Умай цоорсон	Умайн агшилт суларч цус	Үжил, халдвар		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Тайлбар: ЖСЭХ: 1. Жирэмслэхээс сэргийлэх эм, 2. Тариа, 3. Суулгац, 4. Бэлгэвч, 5. Ерөндөг, 6. Бусад

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28А

Эмнэлгийн код:

ЗҮҮ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД:

ЭМД:

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний зарчим _____

5. Зүү эмчилгээний төрөл: /зур/

Их биеийн зүү

Цахилгаан зүү

Усан зүү _____ Эмийн бодис

Гарын зүү

Чихний зүү

6. Жор: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Зүү эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

**Маягтын ар тал
Б тал**

№	Он сар өдөр	Зүү засал	Хавсран хийгдэх эмчилгээ	Засал хийсэн эмчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28Б

Эмнэлгийн код:

ТӨӨНӨ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД:

ЭМД:

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Төөнө заслын төрөл: /зур/

Цахилгаан төөнө

Монгол төөнө

Шовгон төөнө

Хайрцаган төөнө

Харандаан төөнө

5. Төөнө хийх бэлчир орон: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Төөнө эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Төөнө засал	Засал хийсэн эмчийн нэр
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29А

Эмнэлгийн код:

ДЭВТЭЭЛГЭ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

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
 - Сувдан ванн
 - Бусад
6. Ороолт: _____
- Эмийн бодис: _____
- Бэлчир орон: _____
- Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Дэвтээлгийн төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29Б

Эмнэлгийн код:

БАРИА ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД:

ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Барианы төрөл:

Бүтэн биеийн бариа :

Хэсэгчилсэн бариа:

1. Бүтэн биеийн зөөлөн бариа

1. Толгой, хүзүү, нуруу

2. Халуун тосон бариа

2. Нүүрний хэсэг

3. Сүүн бариа

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

4. Шөлөн бариа

4. Сээр бүсэлхий ууц нуруу

5. Арвайн бариа

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

6. Бусад бариа

6. 4 тольтын бариа

.....

7. Даран бариа

8. Бусад бариа

5. Анхаарах зүйл: _____

Эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал
Б тал

№	Он сар өдөр	Барианы төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29В

ХАТГАХ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД:

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

ЭМД:

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

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний төрөл, талбай, байрлал: _____

Ханасан судасны нэр: _____

Самнуур: _____

Шивүүр: _____

Түрэм: _____

5. Эмчилгээний талаар зөвлөгөө өгсөн эсэх: _____ тийм _____ үгүй

6. Гарсан хүндрэл: _____

7. Авсан арга хэмжээ: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Хатгах засал хийхийг зөвшөөрсөн өвчтөний нэр: _____

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Ерөнхий мэдээлэл:

- Эцэг, эхийн нэр: _____
- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар:
- Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____
Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
- Эхийн боловсрол: 1. Боловсролгүй 4. Мэргэжлийн ба техникийн
2. Бага 5. Дээд
3. Дунд 6. Мэдээлэлгүй
- Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Бусад _____
- Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй; 3. Мэдээлэлгүй
- Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?
 - Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
 - Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
 - Өрх толгойлсон эх/эцэг
 - Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг
 - Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

- Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
- Нас: нас сар хоног
- Хүйс: 1. Эрэгтэй 2. Эмэгтэй
- Хүүхдийн төрсөн газар : 1. ЭХЭМҮТ 6. Хувийн эмнэлэг
2. Хотын амаржих газрууд 7. Тээвэрлэх үед
3. Аймагийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ 8. Сумын эмнэлэг
4. Дүүргийн эмнэлэг 9. Бусад _____
5. Гэрт
- Төрөх үеийн биеийн жин: (гр)
- Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:
 - Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор
 - Төрсний дараах эхний 1 хоногт
 - 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд
 - Амлуулаагүй
- Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?
 - Тийм; 2. Үгүй
- Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: (гр)
- Одоогийн биеийн өндөр: (см)
- Айлын хэд дэх хүүхэд вэ:
- Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):
 - БЦЖ 1 тун
 - Тавт вакцин 1 тун 2 тун 3 тун
 - УГУ (улаанууд, гахайн хавдар, улаанбурхан) вакцин 1 тун 2 тун
 - В гепатит 1 тун
 - Халдварт саа 1 тун 2 тун 3 тун 4 тун
 - Сахуу татран 1 тун 2 тун
 - Бусад _____

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

20. Хүүхдийн нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

21. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугацааг бичнэ үү
1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ үү _____ _____ _____	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног

22. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй

23. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?

1. Өрхийн эмнэлэгт
2. Сумын эмнэлэгт
3. Хувийн эмнэлэгт
4. Аймгийн эмнэлэгт
5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
6. Гэрт:
 - o Эмчийн заавраар
 - o Өөрсдөө

24. Хүүхэд эндсэн газар:

1. эмнэлэгт
2. гэрт
3. хээр, гадаа
4. тээврийн хэрэгсэлд
5. бусад _____

25. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

26. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?

1. Тийм;
2. Үгүй

27. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:

1. 1-р шатлал (сум/өрх)→2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал (сум/өрх)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)→1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)
5. Хувийн эмнэлэг→Улсын эмнэлэг
6. Бусад: _____

28. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:

1. дунд;
2. хүндэвтэр;
3. хүнд;
4. маш хүнд

29. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:

1. Сэхээн амьдруулалт
2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
3. Судсаар дусал шингэн залгасан
4. Антибиотик
5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд

- 8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
- 9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
- 10. Стеройдууд
- 11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
- 12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
- 13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
- 14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
- 15. Мэс засал
- 16. Бусад _____

30. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: хоног цаг минут

31. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:

- 1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
- 2. Яаралтай тусламжийн тасаг
- 3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____

32. Эмнэлзүйн онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу): _____

33. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

34. Эмгэг судлалын онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

35. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

36. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

• 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн) _____

• 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____

• 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн) _____

29 ХОНОГ - 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Ерөнхий мэдээлэл:

- Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
- Мэдээлсэн эмнэлгийн нэр: _____
- Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____
- Мэдээлсэн огноо: ____ он ____ сар ____ өдөр

Гэрийн хаяг:

- Хүүхдийн гэрийн хаяг: Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
Баг/хороо: _____
- Холбоо барих утас:

Эцэг, эхийн мэдээлэл:

- Эцгийн овог, нэр: _____
- Эцгийн нас:

--	--
- Эхийн овог, нэр: _____
- Эхийн нас:

--	--
- Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)

- Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
- Эцэг, эх нь ураг төрлийн холбоотой эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- Хэрэв тийм бол тодруулна уу.
 - Төрсөн ах дүүс
 - Төрсөн ах дүүсийн хүүхдүүд
 - Бусад _____

Хүүхдийн мэдээлэл:

- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Хүүхдийн нас:

--	--
- Хүйс: 1. Хүү 2. Охин 3. Тодорхойгүй
- Хүүхдийн төрөх үеийн жин: _____ (гр)
- Хүүхдийн төрөх үеийн өндөр: _____ (гр)
- Хүүхэд дутуу төрсөн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- Хэрэв тийм бол төрсөн үеийн тээлтийн нас: _____ долоо хоног

--	--
- Хүүхэд ихэр эсэх: 1. Нэг 2. Хоёр ихэр 3. Гурав ба түүнээс олон ихэр

Төрөлхийн хөгжлийн гажгийн мэдээлэл:

- Төрөлхийн хөгжлийн гажиг оношлогдсон: ____ он ____ сар ____ өдөр
- Оношлогдсон төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

- _____
- _____
- _____
- _____

e
f
g
h
i
j

20. Хүүхэд эндсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

21. Хэрэв тийм бол хүүхэд эндсэн: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

22. Эндсэн шалтгаан:

23. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

24. Эмгэг судлалын шинжилгээнд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

a
b
c
d
e
f
g
h
i
j

25. Нэмэлт тайлбар:

A1. Эмнэлгийн нэр:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-33

ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ ХУУДАС

Эрэмбэлэн ангилал

A	B	C	D
---	---	---	---

A2. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ A3. Нэр _____ A4. РД

A5. Нас

A6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

A10. Боловсролын байдал	
Боловсролгүй	01
Бага	02
Суурь боловсрол	03
Бүрэн дунд	04
Мэргэжлийн болон техникийн	05
Дипломын	06
Бакалавр	07
Магистр	08
Доктор	09

A14. Өөр эмнэлэгт хандсан эсэх	
Өрх ЭМТөв	1
Сум, тосгон, сум дундын ЭМТ	2
Аймаг, Дүүргийн НЭ	3
БОЭТ	4
Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг	5
Бусад	98

A7. ТОГТМОЛ ХАЯГ:

A8. УТАС _____

A9. АЖЛЫН ГАЗАР, АЛБАН ТУШААЛ

A11. Эмнэлэгт яаж ирсэн	
Өөрөө	1
Түргэн тусламжаар	2
Бусад _____	98

15. Гэмтсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			
16. Үзүүлсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			

A12. Гэмтэл авах үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх		A17. Осол болсон газар, байршил /дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү! /	
Тийм	1		
Үгүй	2		
A13. Гэмтэл авах үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх			
Тийм	1		
Үгүй	2		

Б 1. ОСОЛ ГАРАХ ҮЕИЙН БАЙРШИЛ			
Гэртээ	1	Ажлын байранд	8
Сургууль, цэцэрлэг	2	Үйлдвэрлэл	8
Биеийн тамир, спортын талбай	3	Барилга	9
Гудамж, зам	4	Уурхай	10
Худалдаа үйлчилгээний газар	5	Албан тасалгаа	11
Хөдөө аж ахуй ба ферм	6	Бусад / бичих / _____	98
Олон нийтийн газар (бар, диско)	7	Тодорхойгүй	99

Б 2. ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ШАЛТГААН				
Зам тээврийн осол /W00-V99/	1	Амьтат механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах	17	
Хүчирхийлэл /X85-Y09/	2	Нохойд хазуулах	17	
Амиа хорлохыг завдах /X60-X84/	3	Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____	18	
Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах	Цас, мөсөн дээр хальтарч унах	Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/ _____	19	
	Явганаас унах	Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/ _____	20	
	Тэшүүр, цанаар гулгаж үед унах	Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/ _____	21	
	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхэгдэн унах	Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/	22	
	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/	Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах	Цахилгаан гүйдэл	23
	Спортын хэрэгслээс унах		Гал, дөлд	24
	Шат, гишгүүрээс унах		Халуун цай, хоол, тосонд	25
	Барилга, байгууламжаас унах		Халуун усанд	26
	Бусад уналт /бичих/ _____		Халуун уур, агаар, хийнд	27
	Тодорхойгүй уналт		Ахуйн халуун хэрэгсэлд	28
Хурц зүйл /бичих/ _____	Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур		29	
Мохоо зүйлд /бичих/ _____	Бусад түлэгдэл _____		30	
Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, сальют гэх мэт бичих/ _____	Тодорхойгүй		31	
	Бусад осол /бичих/ _____		98	
	Тодорхойгүй осол _____	99		

ХӨДӨЛГӨӨН ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/

Гэрийн хаяг: _____

Амьдралын нөхцөл: _____

Ажил эрхлэлт, ажлын нөхцөл: _____

Зовуурь: _____

Өвчин эхэлсэн шалтгаан: _____

Шинжилгээний дүгнэлт /MRI, CP, X-Ray/: _____

Үндсэн онош (ICD-10): _____ РТ/онош (ICF): _____

Өвчин эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр Эмнэлэгт хэвтсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

Үнэлгээ хийсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр ХЗЭ дууссан: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан:он.....сар.....өдөр

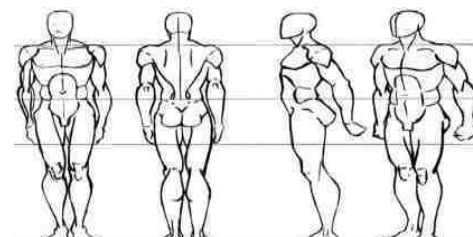
/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭӨ/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 0-өвдөлтгүй
- 1-2 маш бага өвдөлт
- 3-4 бага өвдөлт
- 5-6 дунд зэргийн өвдөлт
- 7-8 их өвдөлт
- 9-10 маш их өвдөлт

/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭД/

0 1 3 4 5 6 7 8 9 10



Өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар /Modified Barthel Index/

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Нилээд тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөх уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэнцвэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15
Нийт оноо/хувь					

Төрх байдлын анализ:

.....

.....

.....

.....

Алхааны анализ:

.....

.....

.....

.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч	Үений далайц	Үе холбоос	Далайц	Булчингийн хүч	Үений далайц
Баруун				Зүүн	
		Мөрний үе	Нугалах	0-180	
			Тэнийлгэх	0-60	
			Холдуулах	0-180	
			Ойртуулах	0-45	
			Гадагш эргүүлэх	0-90	
			Дотогш эргүүлэх	0-90	
		Тохойн үе	Нугалах	0-150	
			Тэнийлгэх	0-10	
		Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90	
			Алга дээш харуулах	0-80-90	
		Бугуйн үе	Нугалах	0-80	
			Тэнийлгэх	0-70	
		Түнхний үе	Нугалах	0-120	
			Тэнийлгэх	0-30	
			Холдуулах	0-45	
			Ойртуулах	0-30	
			Гадагш эргүүлэх	0-45	
			Дотогш эргүүлэх	0-35	
		Өвдөгний үе	Нугалах	0-135	
			Тэнийлгэх	0	
		Шагайн үе	Ээтиллгэх	0-20	

Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах: _____

Богино хугацааны зорилго: _____

Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа: _____

Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө: _____

Хийгдсэн эмчилгээ: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-35

ХӨДӨЛМӨР ЗАСЛЫН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/
Үндсэн онош (ICD-10): _____ Хөдөлмөр засалчийн онош (ICF): _____

Modified Barthel Index (өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар)

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Их тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөж уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэргэнцэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15

Нийт оноо:.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч	Үений далайц	Үе холбоос	Далайц	Булчингийн хүч	Үений далайц
Баруун		Мөрний үе	Нугалах	0-180	Зүүн
			Тэнийлгэх	0-60	
			Холдуулах	0-180	
			Ойртуулах	0-45	
			Гадагш эргүүлэх	0-90	
			Дотогш эргүүлэх	0-90	
		Тохойн үе	Нугалах	0-150	
			Тэнийлгэх	0-10	
		Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90	
			Алга дээш харуулах	0-80-90	
		Бугуйн үе	Нугалах	0-80	
			Тэнийлгэх	0-70	
		Түнхний үе	Нугалах	0-120	
			Тэнийлгэх	0-30	
			Холдуулах	0-45	
			Ойртуулах	0-30	
			Гадагш эргүүлэх	0-45	
			Дотогш эргүүлэх	0-35	
		Өвдөгний үе	Нугалах	0-135	
			Тэнийлгэх	0	
		Шагайн үе	Ээтийлгэх	0-20	
			Жийх	0-50	

1. Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах:

.....
.....
.....
.....

2. Богино хугацааны зорилго:

.....
.....
.....
.....

3. Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа:

.....
.....
.....
.....
.....

4. Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө:

.....
.....
.....
.....
.....

5. Хийгдсэн эмчилгээ:

.....
.....
.....
.....

Хөдөлмөр засалч /Ахуй засалч/: _____

20 оны сарын өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-36

**БҮХ НИЙТЭЭР ТЭМДЭГЛЭХ БАЯР, ТЭМДЭГЛЭЛТ ӨДРИЙН АМРАЛТЫН ҮЕИЙН ЭМНЭЛГИЙН
ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭГ МЭДЭЭЛЭХ БҮРТГЭЛ**

№	Үзүүлэлт	№	Өрх сумын эрүүл мэндийн төв	Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	Төв эмнэлэг, тусгай мэргэшлийн төвүүд	Бусад	Нийт дүн		
А	Б	В	1	2	3	4	5		
1	Төрсөн эхийн тоо	1							
2	Амьд төрсөн нярай	2							
3	Амьгүй төрсөн хүүхэд	3							
4	Нас барсан хүний тоо	4							
5	Үүнээс: эмнэлэгт	5							
6	Хоног болоогүй нас баралт	6							
7	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл	7							
8	1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл	8							
9	Осол гэмтлийн улмаас нас барсан хүний тоо	9							
10	Үүнээс	Зам тээврийн ослоор		10					
		Хөлдөлт, осголт		11					
		Хордлогоор	Архины шалтгаант	12					
			Хоолны	13					
			Бусад	14					
Бусад ослоор		15							
11	Амбулаторын нийт үзлэг	16							
12	Үүнээс: Томуу, томуу төст өвчний учир	17							
13	Хүлээн авах, яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлсэн иргэдийн тоо	Насанд хүрэгчид	Нийт		18				
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		19			
				Хордлого	Архи	20			
					Хоол	21			
			Осол гэмтэл	Авто осол	22				
				Түлэгдэлт	23				
				бусад гэмтэл	24				
			Буцаасан		25				
			Нас барсан		26				
		Хүүхэд	Нийт		27				
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		28			
				Томуу, томуу төст өвчин, амьсгалын замын өвчлөл		29			
				Хордлого		30			
			Осол гэмтэл	Авто осол	31				
				Түлэгдэлт	32				
				бусад	33				
			Буцаасан		34				
Нас барсан			35						
Томуу, амьсгалын замын өвчний амбулаторийн үзлэгт эзлэх хувь		36							
14	Түргэн тусламжийн	Нийт		37					
		Хүүхэд	0-5 насны хүүхдийн томуу, амьсгалын замын өвчлөл		38				
			Хордлого		39				
			Халдварт өвчин		40				
		Нийт		41					
		ИД	ОЛ	ЛГЭ	Архи	42			

	дуудлагын тоо	Насанд хүрэг	ᠣ	ᠪ	Хоол	43					
					Төрөх	44					
					Халдварт өвчин	45					
					Бусад	46					
					Эмч очихоос өмнө нас барсан	47					
15	Орон нутаг гарсан олныг хамарсан аюулд өртсөн хүний тоо			Осол, гэмтэл	48						
				Хордлого	49						
				Түлэгдэл	50						
				Үер, усны аюул	51						
				Нас баралт	52						
16	Зоонозын өвчний сэжигтэй тохиолдол				53						

Мөрийн дагуу: 9= (10+11+12+13+14+15)

СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ, ХЯНАЛТЫН КАРТ (СҮ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Үргэлжлэх шатны эмчилгээний горим, тун

Бүлэг 1,3				Бүлэг 2				Өвөрмөц горим					
(2)H	R	E	Z	(3)H	R	E	Z	(2)S	()H	R	E	Z	S

Эмнэлзүйн үечилсэн дүгнэлт:

Эмчилгээний 2 дахь сард	Эмчилгээний 3 дахь сард	Эмчилгээний 5 дахь сард	Эмчилгээний төгсгөлд

Үргэлжлэх шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл:

Сар	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	Гаж нөлөөний илрэл	Тэмдэглэл			

X- хяналттай уулгасан O- хяналтгүй T- эм уугаагүй

Хавьтлын талаарх мэдээлэл: Өрхийн хавьтлын тоо ____

Хэн болох	Эцэг, эхийн нэр, өөрийн нэр	РД	Нас Хүйс	БЦЖ Сорви	Рентгений дүгнэлт	Сорил /мм/	Цэрний шинжилгээ

Эмчилгээний үр дүн	Огноо
Эдгэрсэн	
Эмчилгээ дуусгасан	
Нас барсан (сүрьеэгээр, бусад шалтгаанаар)	
Үр дүнгүй	
Хяналт алдагдсан	
Дүгнэгдээгүй	
ЭТС-д шилжсэн	
Онош өөрчлөгдсөн	
Эм тохиороогүй	

Хяналтаас хассан огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр Эмчийн гарын үсэг: _____

СУРЬЕЭГИЙН ҮҮСГЭГЧИЙГ ТҮРХЭЦ, ХPERT АРГААР ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Илгээсэн эмнэлгийн нэр: Огноо: он.....сар.....өдөр

Эцэг /эх/-ийн нэр:..... Өөрийн нэр:..... Нас:..... Хүйс:.....

Оршин суугаа хаяг:

РД:

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

 Утасны дугаар:/.....

<input type="radio"/> Оношилгооны шинэ	<input type="radio"/> Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдсэн		<input type="radio"/> Эмчилгээний хяналт
<input type="radio"/> ЭТС-ийн хавьтал	<input type="radio"/> Бүлэг I <input type="radio"/> Бүлэг II <input type="radio"/> Бүлэг IV	<input type="radio"/> Эдгэрсэн <input type="radio"/> Эмч дуусгасан <input type="radio"/> Үр дүнгүй <input type="radio"/> Хяналт алдагдсан <input type="radio"/> Дүгнэгдээгүй <input type="radio"/> Үр дүн тооцоогүй	<input type="radio"/> Бүлэг I <input type="radio"/> Бүлэг II <input type="radio"/> Бүлэг IV Хяналтын сар:..... Бүртгэлийн дугаар:.....

Шинжлэгдэхүүний төрөл: Цэр Цэрнээс бусад:.....

Цэр бол: Шүлс Салсархаг Идээрхэг Цустай

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо: он..... сар.... өдөр Шинжлэгдэхүүн илгээсэн огноо: он..... сар.... өдөр

Шинжилгээний хүсэлт: Түрхэц Хpert MTB/RIF

Илгээсэн эмчийн нэр:.....

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо: он..... сар.....өдөр Гарын үсэг:.....

Шинжилгээний дугаар:

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

Түрхэцийн шинжилгээний хариу:

Шинжлэгдэхүүн	Шинжилгээний хариу					Огноо	Гарын үсэг
	Сөрөг	Цөөн эерэг	+	++	+++		
1							
2							

Хpert MTB/RIF шинжилгээний хариу:

Хариу	M.tuberculosis илэрсэн байдал	Рифампицинд тэсвэржилт	Огноо	Гарын үсэг
Илэрсэн	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Илрээгүй	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

СҮРЬЕЭГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ, ЭМЭНД МЭДРЭГ ЧАНАР ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Илгээсэн эмнэлгийн нэр:.....

Огноо: он.....сар.....өдөр

Эцэг /эх/-ийн нэр:..... Өөрийн нэр:..... Нас:..... Хүйс:.....

Оршин суугаа хаяг:

РД:

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

Утасны дугаар:/.....

<input type="radio"/> Оношилгооны шинэ	<input type="radio"/> Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдсэн		<input type="radio"/> Эмчилгээний хяналт
<input type="radio"/> ЭТС-ийн хавьтал	<input type="radio"/> Бүлэг I <input type="radio"/> Бүлэг II <input type="radio"/> Бүлэг IV	<input type="radio"/> Эдгэрсэн <input type="radio"/> Эмч.дуусгасан <input type="radio"/> Үр дүнгүй <input type="radio"/> Хяналт алдагдсан <input type="radio"/> Дүгнэгдээгүй <input type="radio"/> Үр дүн тооцоогүй	<input type="radio"/> Бүлэг I <input type="radio"/> Бүлэг II <input type="radio"/> Бүлэг IV Хяналтын сар:..... Бүртгэлийн дугаар:.....

Шинжлэгдэхүүний төрөл: Цэр Цэрнээс бусад:.....

Цэр бол: Шүлс Салсархаг Идээрхэг Цустай

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо:/...../..... Шинжлэгдэхүүн илгээсэн огноо:/...../.....

Шинжилгээний хүсэлт	<input type="checkbox"/> Түрхэц	<input type="checkbox"/> Өсгөвөр	<input type="checkbox"/> ЭМЧТ	<input type="checkbox"/> Эгнээ 1
	<input type="checkbox"/> Хpert MTB/RIF	<input type="checkbox"/> Хатуу	<input type="checkbox"/> Шингэн	<input type="checkbox"/> Эгнээ 2

Илгээсэн эмчийн нэр:.....

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Хүлээн авсан огноо:/...../.....

Гарын үсэг:.....

Шинжилгээний дугаар:

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

Түрхэцийн шинжилгээний хариу:

Шинжлэгдэхүүн	Шинжилгээний хариу					Огноо	Гарын үсэг
	Сөрөг	Цөөн зэрэг	+	++	+++		
1							
2							

Хpert MTB/RIF шинжилгээний хариу:

Хариу	M.tuberculosis	Риф.тэсвэржилт	Тооцох боломжгүй	Огноо	Гарын үсэг
Илэрсэн	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Илрээгүй	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Өсгөвөрлөх шинжилгээний дүн:

Шингэн тэжээлт

Хатуу тэжээлт

Огноо	Сорьц	Сөрөг	Цөөн зэрэг	+	++	+++	Бохирдсон	Огноо	Гарын үсэг
	1								
	2								

Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний хариу

Шингэн тэжээлт

Хатуу тэжээлт

LPA (HAIN)

Огноо	H	R	E	S	Am	Km	Cpm	Of	FQ	Km/Am/Cp m	Km/Cpm/V IO	Km/Am/IO	Low/level Km	Тооцох боломжгүй

ЭМЧТШ хариу гарсан огноо:он.....сар.....өдөр

Эмчийн гарын үсэг:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СУ-13

ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН КАРТ

..... Сүрьеэгийн диспансерт

Өвчний түүхийн №: _____

Өвчтөний РД:

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

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Өөрийн нэр: _____

Нас: ___ Хүйс: Эр Эм

Гэрийн хаяг: _____

Ажил, албан тушаал: _____

Үндсэн онош: _____

_____,

А	1		
---	---	--	--

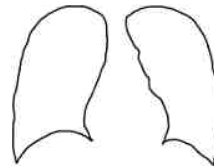
Хавсарсан онош: _____

Тохиолдлын тодорхойлолт:

- Шинэ
- Дахилт
- Эмчилгээ үр дүнгүй болсоны дараах
- Хяналт алдагдсаны дараах
- Бусад /Өмнөх эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй/
- Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй

Сүрьеэгийн хэлбэр:

- Уушгины
- Уушгины бус



Огноо

Он/сар/өдөр

Өвчний шинж тэмдэг
анх илэрсэн: ____/____/____

Эмчид анх үзүүлсэн ____/____/____

ХДХВ-ийн халдварын байдал

Шинжилгээнд хамрагдсан эсэх?

- Тийм Үгүй Тодорхойгүй

Огноо: ____/____/____ Хариу:

Рентген шинжилгээний дүгнэлт

Шинжилгээний хариу ба биеийн жин:

Эмчилгээний (эрчимт шат) горим, тун

Бүлэг 1,3					Бүлэг 2					Өвөрмөц бүлэг					12 сарын		
(2)Н	Н	Е	З	(Е)	ЗН	Н	Е	З	С	()Н	Н	Е	З	С	2Н	Н	С

Сар	Түрхэц			Өсгөвөр			ЭМЧШ	Жин
	Огноо	Дугаар	Хариу	Огноо	Дугаар	Хариу		
0								
2								
3								

ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН КАРТ (СҮ-13) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Эрчимт шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл:

Сар	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	Гаж нөлөөний илрэл	Тэмдэглэл		

Эмнэлэгт хэвтсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмийн эмчилгээнээс бусад хийгдсэн эмчилгээний талаар: / мэс засал г.м/

.....
.....
.....

Дүгнэлт: _____

Эмчлэгч эмч: _____

Өвчтөний гарын үсэг: _____

СҮРЬЕЭГИЙН ЛАБОРАТОРИЙН ГАДААД ЧАНАРЫН ХЯНАЛТЫН ЭРГЭХ ХОЛБООНЫ ХУУДАС

Лабораторийн нэр: _____

Тайлант хугацаа:оны-р улирал

Лаборантын нэр: _____

Тайланг илгээсэн огноо: ____/____/____

Шалгагчийн дүн	Лаборантын дүн					Нийт шалгасан түрхцийн тоо
	0	Цөөн эерэг	1+	2+	3+	
0						
Цөөн эерэг						
1+						
2+						
3+						
Нийт шалгасан түрхцийн тоо						

Алдааны ангилал		Тоо	Алдаатай түрхцийн дугаар
Том алдаа	ХТ(+)		
	ХТ(-)		
Жижиг алдаа	ХЖ(+)		
	ХЖ(-)		
	Тоон алдаа		
Дүн			

Бүх тохирсон түрхцийн хувь	
Эерэг түрхцийн тохироо	
Сөрөг түрхцийн тохироо	

Хуурамч сөрөг түрхцийн хувь	
Хуурамч эерэг түрхцийн хувь	

Түрхцийн техник үзүүлэлтүүд

Нийт шалгасан түрхцийн тоо					
Үүнээс		Сайн		Муу	
		Түрхэцийн тоо	%	Түрхэцийн тоо	%
Сорьцын чанар					
Будалт				Дууту	
Цэвэр байдал					
Зузаан, нимгэн				Нимгэн	
Хэмжээ				Том	
Жигдлэлт					

Шинжилгээг сайжруулах талаар өгсөн зөвлөмж:

Тайлан гаргасан эмчийн нэр, албан тушаал:

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ

Карт нээсэн эмнэлэг: _____

Бүртгэлийн дугаар: _____

Бүртгэлийн огноо: ____/____/____

Эмчилгээ эхэлсэн огноо: ____/____/____

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Өөрийн нэр: _____

Нас: ____ Хүйс: Эр Эм

РД: _____

Утасны дугаар: _____

Гэрийн хаяг: _____

Ажил, албан тушаал: _____

Үндсэн онош: _____

, ОУӨА: А1 _____

Хүндрэл: _____

Хавсарсан онош: _____

Тохиолдлын тодорхойлолт:

- Шинэ
 Дахилт
 I бүлгийн эмчилгээ үр дүнгүй
 II бүлгийн эмчилгээ үр дүнгүй
 2,3 дахь сард сөрөгт шилжээгүй
 ЭТС-ийн эмчилгээ үр дүнгүй
 ЭТС-ийн дахилт
 Бусад

Биеийн жин: _____ өндөр: _____ БЖИ: _____

I эгнээний эмэнд мэдрэг чанар тодорхой шинжилгээ

Хариу гарсан огноо	Лаб. дугаар	Хариу

ЭТС-ийн хавьтал эсэх:
 Тийм Үгүй



Өмнөх эмчилгээний түүх

№	Эмчилгээ эхэлсэн огноо	Бүлэг/горим	Үр дүн

Өмнө II эгнээний эмийг 1 сараас дээш хугацаагаар хэрэглэсэн эсэх? Тийм / Үгүй / Мэдэхгүй
Хэрэв тийм бол хэрэглэсэн эмийн доогуур зур

Эмийн нэр, товчлол

H=Изониазид Pto=Протионамид Bdq=Бедаквилин
R=Рифампицин Eto=Этионамид Clr=Кларитромицин
E=Этамбутол Lfx=Левифлоксацин Cfz=Клофазамин
S=Стрептомицин Mfx=Моксифлоксацин Dlm=Деламанид
Z=Пиразинамид Ofx=Офлоксацин Imp=Имипенем
Am=Амикацин Gfx=Гатифлоксацин Lzd=Линезолид
Km= Канамицин Cs=Циклосерин Mpm=Мерипенем
Cm=Капреомицин Pas=Паск

Шилжиж ирсэн эсэх: Тийм Үгүй
Хаанаас?

Зөвлөгөөний шийдвэр

Огноо	Шийдвэр

ХДХВ-ийн тухай мэдээлэл

ХДХВ-ийн шинжилгээ хийлгэсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/, Мэдэхгүй
Шинжилгээ хийсэн огноо: ____/____/____ Хариу:
РВЭЭ хийсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/ Огноо: 20 ____/____/____
КС хийсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/ Огноо: 20 ____/____/____

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ (ЭТС-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Эмчилгээний горим /өдрийн тун/

Огноо	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Pto	Eto	Cs	Pas	Imp	Cfz	Lzd	Bdq	Dlm	Amx/Cv		

Эм уулгасан тэмдэглэл

Эмчилгээний сар	Хуанлийн огноо	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	Жин	Хянасан хүний гарын үсэг			
0																																					
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
22																																					
23																																					
24																																					

Эм уулгасан тэмдэглэл: Х-Шууд хяналттай, О-Хяналтгүй, Т-Эм уугаагүй

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ (ЭТС-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

II эгнээний эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээ

Шинжилгээ өгсөн огноо	Лаб.дугаар	Шинжилгээний хариу гарсан огноо	Шинжилгээний хариу (R-тэсвэртэй, S-Мэдрэг)											
			Km	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Eto	Pto	Cs	PAS		

Эмийн гаж нөлөөний эмчилгээ

№	Огноо	Илэрсэн гаж нөлөө	Сүрьеэгийн эмчилгээнд өөрчлөлт оруулсан эсэх			Бусад авсан арга хэмжээ /Бусад хийгдсэн гаж нөлөөний эмчилгээ	Эмчийн гарын үсэг
			Тийм, Үгүй	Тийм бол өөрчлөлтөнд оруулсан эмийн нэр	Эмийн тунг бууруулсан, давтамжийг цөөрүүлсэн, эмийг хассан эсэхийг бичих		

Хавьтлын талаарх мэдээлэл: Өрхийн хавьтлын тоо: / /

Хэн болох	Овог, нэр	РД	Нас/Хүйс	БЦЖ сорви	Рентгений дүгнэлт	Сорил /мм/	Цэрний шинжилгээ
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			

Эмчилгээний үр дүн	Огноо
Эдгэрсэн	
Эмчилгээ дуусгасан	
Нас барсан /сүрьеэ, бусад/	
Үр дүнгүй	
Хяналт алдагдсан	
Дүгнэгдээгүй	

Хяналтаас хассан огноо:он.....сар.....өдөр

Эмчийн гарын үсэг:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-4

**Шинжилгээний хариуны маягт
ТЭМБҮҮГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН**

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх						
Төрөл	ФХЭБУ		Наалдуулах			ПГУ	
Аргачлал	Үйлдвэрлэгчийн заавар		Үйлдвэрлэгчийн заавар			Үйлдвэрлэгчийн заавар	
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр			нас	эрэгтэй			эмэгтэй
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан	Жирэмсэн эсэх		үгүй	тийм
Тасаг			Өвчний түүхийн дугаар				
Үзлэгийн төрөл/код			Хүн амын бүлэг/код				
Онош							
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан				
Төрөл	Цус				Ийлдэс		
Дугаар			Хэмжээ				
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо	20... он...сар ...өдөр			

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	RPR	negative		
2.	RPR титр	-		
3.	ТРНА	negative		
4.	Anti-syphilis IgG	negative		
5.	Anti-syphilis IgM	negative		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо:
Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:
Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-5

Шинжилгээний хариуны маягт
ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	ХДХВ ½-н халдвар илрүүлэх						
Төрөл		Хурдавчилсан		Наалдуулах		ФХЭБУ	
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог				Нэр			
Регистр		нас		эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг				Өвчний түүхийн дугаар			
Үзлэгийн төрөл/код				Хүн амын бүлэг/код			
Онош							
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага				Хүлээн авсан байгууллага			
Төрөл	Цус				Ийлдэс		
Дугаар				Хэмжээ			
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр			Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	Anti HIV1/2	Сөрөг		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо:

Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:

Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-6

Шинжилгээний хариуны маягт
Нян судлалын лабораторийн шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	БЗДХ-ын үүсгэгч илрүүлэх						
Төрөл	Наац		Өсгөвөр		Ньюжентийн шалгуур		
Аргачлал				Үйлдвэрлэгчийн заавар			
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр			нас	эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ егэлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг	13 А маягтын дугаар						
Үзлэгийн төрөл/код				Хүн амын бүлэг/код			
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан				
Төрөл	Ялгадас			Бусад			
Сорьцын дугаар							
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторид сорьц хүлээн авсан огноо	20... он...сар ...өдөр			
Онош							

Наацын шинжилгээний дүн:

Шинжлэгдэхүүн	Эрэгтэй шээсний сүв	Эмэгтэй	
		Үтрээнд	Умайн хүзүүний суваг
Хучуур эс			
Цагаан эс			
Грам /-/ диплококк			
Трихомонад			
Кокк			
Мөөгний эс			
Савханцар			
Түлхүүр эс			

Ньюжентийн шалгуур:

Элементүүд	Тоо
Лактобацилл	
Гарднерелла	
Мобилункус	
Нийт дүн	
Хариу	

Өсгөвөр шинжилгээний дүн:

№	Үзүүлэлт	Лавлах хэмжээ	Үр дүн
1	Neisseria gonorrhoeae	Сөрөг	
2	Candidas	Сөрөг	

Антибиотик мэдрэг чанар:

Үүсгэгч:					
Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн
Azithromycin		Cefotaxime		Ofloxacin	
Benzyl Penicillin		Ciprofloxacin		Spectinomycin	
Ceftriaxone		Nalidixic Acid		Tetracycline	

Тайлбар: S-мэдрэг, I- дунд мэдрэг, R- тэсвэртэй

Шинжилгээ хийсэн: Техникч Хариу гарсан огноо:.....

Баталгаажуулсан: Эмнэл зүйн эмгэг судлаач эмч

Эмнэлгийн нэр:.....

БЗДХ-ЫН ХЯНАЛТЫН КАРТ №

Код: _____ Регистрийн дугаар: _____ Карт нээсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

Хүйс /зур/: эрэгтэй / эмэгтэй _____ Төрсөн он..... _____ Нас..... _____

Гэрлэлтийн байдал /код бичих/ _____

Боловсрол /код бичих/ _____

Хөдөлмөр эрхлэлт /код бичих/: _____

Хөдөлмөр эрхэлдэггүй шалтгаан /код бичих/: _____

Гэрийн хаяг: Утас:

Эмэгтэйд:		
Үйлчлүүлэгч ямар нэгэн зовиуртай эсэх:	тийм / үгүй	
Бодит үзлэг		
Үтрэнээс хэвийн бус ялгадас гардаг эсэх:	тийм / үгүй	
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:	тийм / үгүй	
Ялгадас нь үнэртэй эсэх:	тийм / үгүй	
	Тууралт байгаа бол: толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
	Бэлэг эрхтэний үзлэг:	
	Бэлэг эрхтэний орчим улайж, хавагнасан эсэх: тийм / үгүй	
Бэлгийн их бага уруул үрэвссэн эсэх:	тийм / үгүй	
Бэлэг эрхтэн орчимд хорсох:	тийм / үгүй	
Бэлэг эрхтэн орчимд загатнах:	тийм / үгүй	
		Үтрээний ялгадасны байдал
Хэвлийн доод хэсгээр өвддөг эсэх:	тийм / үгүй	
Тууралт байгаа бол:	толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
Бусад	Хаана:	
Бэлэг эрхтэн дээр шарх гарсан эсэх:	тийм / үгүй	
Шарх байгаа бол:	зөв дугуй, зуйван, зөв бус хэлбэртэй, зовиуртай, зовиургүй	
Шархны шинж:	зовиуртай, зовиургүй	
Зах ирмэг:	тэгш, тэгш бус	
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:	тийм / үгүй	
Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:	тийм / үгүй	
Томорсон бол:	хөдөлгөөнтэй, хөдөлгөөнгүй, эмзэглэлтэй	
Тогтоц:	зөөлөн, хатуу, хатуувтар	
Орчны эдтэй наалдсан эсэх:	тийм / үгүй	
Тууралт гарсан бол хаана?	Толины үзлэг:	
Тууралтын шинж:	зовиуртай, зовиургүй	
Үтрээний хана улайж үрэвссэн эсэх:	тийм / үгүй	
Бусад: (үс унах, арьс цайх)	Арын хүнхрээ улайж үрэвссэн эсэх:	
Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:	тийм / үгүй	
Эрсдэлийн үнэлгээ:	Умайн хүзүүний байдал	
		Улайж үрэвссэн эсэх:
		Шалбархай үүссэн эсэх:
Гарч буй ялгадасны байдал:	тийм / үгүй	
Хэвлийн доод хэсгийг тэмтрэхэд хөндүүртэй эсэх:	тийм / үгүй	
Жирэмсэн бол:	Жирэмсний хугацаа: _____ Төрөх хугацаа: _____	
Эрэгтэйд:		
Үйлчлүүлэгч ямар нэгэн зовиуртай эсэх:	тийм / үгүй	
Бодит үзлэг		
Шээсний сүвнээс ялгадас гарч байгаа эсэх:	тийм / үгүй	
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:	тийм / үгүй	
Шээсний сүвнээс бусад хэсгээс ялгадас гарч байгаа эсэх:	тийм / үгүй	
Тууралт байгаа бол:	толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
Ялгадас нь үнэртэй эсэх:	тийм / үгүй	
		Бэлэг эрхтэний үзлэг:
		Шээсний сувгаас ялгадас гарч байгаа эсэх: тийм / үгүй
Шээсний сувгийн амсар улайж хавагнасан эсэх:	тийм / үгүй	
Шээхэд хорсож өвдөх:	тийм / үгүй	
		Шээсний сувгийн ялгадас
Бэлгийн хавьтлын дараа хорсох:	тийм / үгүй	
Өнгө		
Үнэр		
Шинж чанар		
Хэмжээ		

Шээс ойр ойрхон хүрэх:	тийм / үгүй	Тууралт байгаа бол:	толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад
Төмсөг хавдаж хөндүүрлэсэн эсэх:	тийм / үгүй	Шарх байгаа бол:	зөв дугуй, зуйван, зөв бус хэлбэртэй, зовиуртай, зовиургүй
Бусад		Хаана?	
Бэлэг эрхтэн дээр шарх гарсан эсэх:	тийм / үгүй	Зах ирмэг:	тэгш, тэгш бус
Шархны шинж:	зовиуртай / зовиургүй	Тогтоц:	зөөлөн, хатуу, хатуувтар
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:	тийм / үгүй	Төмсөг, төмсөгний дайвар хавдаж томорсон эсэх:	тийм / үгүй
Тууралт гарсан бол хаана?		Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:	тийм / үгүй
Тууралтын шинж:	зовиуртай / зовиургүй	Томорсон бол:	хөдөлгөөнтэй, хөдөлгөөнгүй, эмзэглэлтэй
Бусад: (үс унах, арьс цайх)		Тогтоц:	зөөлөн, хатуу, хатуувтар
Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:	тийм / үгүй	Орчны эдтэй наалдсан эсэх:	тийм / үгүй
Эрсдэлийн үнэлгээ:		Шулуун гэдэсний үзлэг:	

Өмнөх өвчлөлийн түүхтэй холбоотой мэдээлэл

Урьд нь БЗДХ-аар өвдсөн эсэх:	тийм / үгүй
Хэрэв өвдсөн бол: Эмчид үзүүлсэн	тийм / үгүй
Шинжилгээ хийлгэсэн	тийм / үгүй
Эмчилгээ хийлгэсэн	тийм / үгүй
Үр дүн гарсан эсэх	тийм / үгүй

Эмэнд харшилтай эсэх: тийм / үгүй

Тийм бол ямар эм:

Шинжилгээ.....

Онош /ӨУА-10/

Эмчилгээ
.....
.....
.....

Хавьтал судлал

Хавьтагчийг илрүүлсэн эсэх: тийм / үгүй

Үйлчлүүлэгчид бэлгийн хавьтагчийн хамт эмчилгээ хийлгэхийг санал болгосон эсэх: тийм / үгүй

Шаардлагатай тохиолдолд үйлчлүүлэгчийг дээд шатны эмч, эмнэлэгт илгээсэн эсэх: тийм / үгүй

Хаана:.....

Эмчийн гарын үсэг..... /Эцэг/эхийн нэр,өөрийн нэр/

Хяналт:

Он сар	Шинжилгээний хариу /RPR,TPHA/	Тэмдэглэл	Онош	Эмчийн гарын үсэг

Эмнэлгийн нэр

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

ТӨРӨЛХИЙН ТЭМБҮҮГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ, ХЯНАХ ХУУДАС

Мэдээлсэн байгууллага		Огноо	Мэдээлсэн эмчийн нэр		Албан тушаал
А хэсэг. Эхийн мэдээлэл					
Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр				Утасны дугаар	
Регистрийн дугаар				Ажилгүй	
Эхийн нас		Боловсрол: /код/ / /		Ажилтай	
Гэрлэлтийн байдал: /код/ / /		<input type="checkbox"/> нөхөртэй, <input type="checkbox"/> нөхөргүй		<input type="checkbox"/> байнгын бэлгийн хавьтагчтай <input type="checkbox"/> байнгын бэлгийн хавьтагчгүй	
Үндсэн хаяг					
Оршин суугаа хаяг					
Эх барихын асуумж	Жирэмслэлтийн тоо				
	Хэд дэх төрөлт				
	Зулбалтын тоо				
	Дугуу төрөлтийн тоо				
	Үр хөндөлт				
Өмнөх өвчлөл (БЗДХ)-ийн асуумж	Хэдэн удаа		Хамгийн сүүлд хэзээ эмчлүүлсэн		
	Тэмбүү				
	Заг хүйтэн				
	Хламид				
	Трихомониаз				
	Вируст халдвар		<input type="checkbox"/> бэлгийн херпес <input type="checkbox"/> цитомегаловирусийн халдвар <input type="checkbox"/> бэлгийн үү		
Бусад					
Жирэмсний хяналт		Огноо, жирэмсний нед		Хаана	
Эх жирэмсний хяналтанд байсан		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
Эх жирэмсний хугацаанд шилжилт хөдөлгөөн хийсэн		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
Жирэмсний хугацаанд тогтмол хяналтанд байсан		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
Хяналтанд хожуу орсон шалтгаан					
Хяналтанд ороогүй шалтгаан					
Жирэмсний хяналтын эхний шинжилгээ	Шинжилгээ	Огноо, жирэмсний нед	Хариу	Хаана	
	Хурдавчилсан сорил				
	RPR, титр				
	TPHA, титр				
	Ig M, Ig G				
Бусад (бараан талбайд цайвар спирохет илрүүлэх)					
Жирэмсний хяналтын хоёрдахь шинжилгээ	Хурдавчилсан сорил				
	RPR, титр				
	TPHA, титр				
	Ig M, Ig G				
	Бусад (бараан талбайд цайвар спирохет илрүүлэх)				
Төрөх үеийн эхийн шинжилгээ	Хурдавчилсан сорил				
	RPR, титр				
	TPHA, титр				
	Ig M, Ig G				
	Бусад (бараан талбайд цайвар спирохет илрүүлэх)				
Нөхөр (бэлгийн хавьтагч)-ийн шинжилгээ	Хурдавчилсан сорил				
	RPR, титр				
	TPHA, титр				
	Ig M, Ig G				
	Бусад (бараан талбайд цайвар спирохет илрүүлэх)				
Онош тавих үеийн эмнэл зүй		<input type="checkbox"/> хатуу яр, <input type="checkbox"/> тунгалагийн булчирхайн үрэвсэл, <input type="checkbox"/> арьсны тууралт, <input type="checkbox"/> салстын тууралт, <input type="checkbox"/> нойтон гүвдрүү, <input type="checkbox"/> үс унах, <input type="checkbox"/> арьс цайх, <input type="checkbox"/> бусад			
Эхийн онош					
Эмчилгээ		Эмийн нэр, тун, горим	Огноо	Хаана	
Эх эмчлэгдсэн эсэх	Эмчилгээний эхний тунг хийлгэсэн				
	Эмчилгээний 2 тунг хийлгэсэн				
	Эмчилгээ бүрэн хийлгэсэн				
	Бусад эмээр эмчлэгдсэн				
Нөхөр (бэлгийн хавьтагч) эмчлэгдсэн эсэх	Эмчилгээний эхний тунг хийлгэсэн				
	Эмчилгээний 2 тунг хийлгэсэн				
	Эмчилгээ бүрэн хийлгэсэн				
	Бусад эмээр эмчлэгдсэн				

Б хэсэг. Хүүхдийн мэдээлэл			
Нас			
Хүйс			
Биеийн жин, өндөр			
Төрөлтийн байдал, Алгарын үнэлгээ			
Эмнэл зүй			
Ургийн тэмбүүтэй холбоотой илэрсэн эмгэг өөрчлөлт	Тэмбүүгийн төрх /Hapitus syphiliticus/	арьс зулгарсан	
		хөгшин хүнийх шиг царайтай	
		туранхай	
		мөчид нарийн	
		гэдэс цондгор	
	толгой том		
	Хүйн венийн судасны үрэвсэл		
	Арьсны өөрчлөлт		
	Уушигны цагаан хатгалгаа /Белая пневмония/		
	Элэгний үрэвсэл /Гепатит/		
	Дэлүү томрох /Спленомегалия/		
	Нефрит		
	Тархины хаван /Отек головного мозга/		
	Менингит		
Миокардит			
Яс, үений үрэвсэл /Остеохондрит/			
Бусад			
Эрт үеийн төрөлхийн тэмбүүтэй холбоотой илэрсэн эмнэл зүйн шинж тэмдэг	Тэмбүүгийн төрх /Hapitus syphiliticus/	арьс зулгарсан	
		хөгшин хүнийх шиг царайтай	
		туранхай	
		мөчид нарийн	
		гэдэс цондгор	
	толгой том		
	Тэмбүүгийн цэврүүтэлт		
	Хамрын шуухинаа		
	Гохзингерийн түгээмэл гүвдрүүт нэвчдэс		
	Систогийн хам шинж		
	Арьсны тууралт		
	Тунгалагийн зангилаа томрох		
	Яс, үений үрэвсэл /гепатоспленомегалия/		
	Менингит		
Нефрит			
Зүрх судасны эмгэг			
Бусад			
Төрөлхийн тэмбүүтэй холбоотой илэрсэн эмнэлзүйн шинж тэмдэг	Үнэн магадтай шинж	Гетчинсоны шүд	
		Кератит	
		Лабиринтит	
Хожуу үеийн төрөлхийн тэмбүүтэй холбоотой илэрсэн эмнэлзүйн шинж тэмдэг	Болзошгүй шинж	Робинсон-Фурньегийн сорви	
		Сэлэм хэлбэрийн шилбэ	
		Өгзөг маягын гавал	
		Олимпийн дух	
		Эмээл хэлбэрийн хамар	
		Тэмбүүгийн гонит	
		Нанизм /давжаа/	
		Олигофрения	
Бусад			
Эмгэг анатомийн өөрчлөлт			
Ийлдэс судлалын шинжилгээ	Үзүүлэлт	Хариу	Огноо
	RPR, титр		
	TRNA, титр		
	Ig M		
Бусад шинжилгээ	Улаан эс		
	Цагаан эс		
	СОЭ		
	Цусны бүлэгнэлт /PLT/		
	Нугасны ус		
	Рентген шинжилгээ		
Бусад			
Онош			
Эмчилгээ	Эмийн нэр, тун, горим	Огноо	Хаана
Хяналт	Аль байгууллагад шилжүүлсэн	Огноо	Эргэн мэдээлэх талаарх зөвлөгөө өгсөн эсэх

Онош баталгаажуулж, хяналтын хуудас бичсэн эмчийн нэр:

Байгууллага:

Гарын үсэг:

Огноо:

ХҮҮХДИЙН ХЯНАЛТЫН ХУУДАС

Огноо	Үзлэг, эмчилгээ, зөвлөгөө	Шинжилгээний хариу	Эмчийн гарын үсэг

Төрөлхийн тэмбүүгийн тохиолдлыг бүртгэх, хянах хуудсыг анх үзлэг хийж, онош тавьсан тухайн аймаг, дүүргийн БЗДХ-ын эмч хөтөлж, мэдээллийг ХӨСҮТ-ийн ДОХ, БЗДХ-ын ТСА-нд болон цаашид харъяаллын дагуу хяналт хийгдэх аймаг, дүүргийн БЗДХ-ын кабинетийн эмчид илгээнэ.

Эмнэлгийн нэр

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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-1

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАР, ДОХ-ЫН ӨВЧЛӨЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Өвчтөний хяналтын дугаар:

2. Регистрийн дугаар:

3. Нас:

4. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

5. Жирэмсэн эсэх: Тийм Үгүй

6. Тогтмол хаяг: _____
Утасны дугаар: _____
Ажлын газар, албан тушаал: _____

7. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дипломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
Доктор	9	

8. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлт /код/	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй байгаа шалтгаан /код/	

9. Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир ЭМБ	2
	Тандалт /хавьтлаар/	3

10. Гэрлэлтийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

11. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

12. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

13. Лабораторийн шинжилгээний хариу:

Шинжилгээний арга	Шинжилгээ хийсэн огноо	Лабораторийн нэр
Хурдавчилсан арга		
ФХЭБУ [ELISA]		
Батлах шинжилгээ[WB]		
Бусад арга (нэрлэнэ үү)		

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1	Гомосекс	2	Бисекс	3	Трансжендер	4
---	------------	---	----------	---	--------	---	-------------	---

15. Халдвар дамжсан зам	Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1A
		Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1B
	Цус, цусан бүтээгдэхүүн	Мэс ажилбар	2
		МБСТХ	3
		Бохир зүү тариур	4
		Цус сэлбүүлсэн	5
	Эхээс хүүхдэд халдварласан	6	
Тодорхой бус	7		

16. ХДХВ, ДОХ-ын үе шат	Шинж тэмдэггүй үе	1
	Шинж тэмдэгт ХДХВ-ийн халдвар	2
	ДОХ-ын өвчлөл	3

17. Үндсэн онош:

/Эмчийн тамга/ Оношилсон: _____ /гарын үсэг/ _____ /нэр/ _____ /албан тушаал/

Мэдээлсэн: _____ /гарын үсэг/ _____ /нэр/ _____ /албан тушаал/

Мэдээлсэн: он сар өдөр

/Тамга/ Хянасан: _____ /гарын үсэг/ _____ /нэр/ _____ /албан тушаал/

Эмнэлгийн нэр:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
едрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-2

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____ 2. РД:

3. Бүртгэлд авсан огноо: он сар өдөр
4. ЭМБ-ын код:
5. Өвчтөний хяналтын дугаар

6. Төрсөн огноо он сар өдөр
7. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй
(Тодорхой бус бол 99 бичнэ үү) (Тодорхой бус бол 99 бичнэ үү)

8. Тогтмол хаяг: _____

9. Ажлын газар, албан тушаал: _____

10. Боловсрол /зур/: боловсролгүй, бага, суурь, бүрэн дунд, мэргэжлийн болон техникийн, дипломын, бакалавр, магистр, доктор

11. Гэрлэлтийн байдал /зур/: огт гэрлээгүй, батлуулсан гэр бүлтэй, батлуулаагүй гэр бүлтэй, тусгаарласан, цуцалсан, бэлбэсэн

12. Гэр бүлийн гишүүд:

Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Хүйс	Төрсөн огноо	Хаяг	ХДХВ-ийн халдвартай эсэх /тйм-1, үгүй-2/

13. Жирэмслэлт

Огноо	Жирэмсний хугацаа	Хэд дэх жирэмслэлт	Жирэмсний төгсгөл /1 - төрсөн 2 - зулбасан 3 - үр хөндүүлсэн/	Жирэмсний тусламж үйлчилгээ авсан ЭМБ-ын нэр	Жирэмсний тусламж үйлчилгээ авсан огноо	ХДХВ-ийн халдвар ЭХДСАХ-ний хүрээнд РВЭЭ-нд хамрагдсан байдал 1 - РВЭЭ-тэй байсан 2 - Төрөхөөс доод тал нь 4 долоо хоногийн өмнө РВЭЭ уусан 3 - Төрөхөөс өмнөх 4 долоо хоногийн дотор РВЭЭ уусан 4-Огт уугаагүй

14. Шинэ төрсөн хүүхдийн бүртгэл

Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Төрсөн он/сар/өдөр	Нярайн хооллолт /1 - дан хөхөөр 2 - сүү орлуулагчар 3 - донорын хөхний сүүгээр/	ХДХВ-ийн халдвар ЭХДСАХ-ний хүрээнд авсан РВЭЭ-ний горим /бичих/	Котримоксазолын УСЭ авсан огноо	ПГУ хийсэн /+,- / огноо	Эсрэг бие илрүүлэх шинжилгээ /+,-/ огноо		Хяналтын байдал /1- хасагдсан огноо, 2-код/
						9 сар	18 сар	

15. Илрүүлэлт	Идэвхтэй тандалт	1
	Идэвхгүй тандалт	2

Тодорхой бичих: _____

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

16. Өмнө орж байсан ХДХВ-ийн эсрэг бие илрүүлэх шинжилгээний хариу

Огноо	Шинжилгээ хийсэн байгууллага	ФХЭБУ [ELISA]	Иммуноблотын арга	Хариу	Шинжилгээ өгсөн шалтгаан

17. Цус цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтний РЕЦИПИЕНТ байсан эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Юуны реципиент байсан	Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтэн шилжүүлсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

18. Арьс, салстын бүтэн байдлыг гэмтээх ажилбарыг (хагалгаа, төрөлт, үр хөндөлт, судас эсвэл булчингийн тарилга, шүд авахуулах г.м) эмнэлгийн байгууллага дээр хийлгэсэн эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Хийлгэсэн ажилбарын төрөл	Тухайн ажилбарыг хийсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

19. Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтний ДОНОР эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Юуны донор	Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд эрхтэнг авсан эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

20. Халдвар тараах эрсдэл бүхий ажил үүрэг гүйцэтгэдэг эмнэлгийн ажилтан бол тусламж үйлчилгээ үзүүлж байх явцдаа эрсдэл гаргасан эсэх Тийм Үгүй

Хэрэв тийм бол: /зур/ зүү тариур, хурц үзүүртэй эмнэлгийн багаж хэрэгсэл/

21. Бэлгийн замаар дамжих халдвараар өвдөж байсан эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Онош

22. Халууралт, тунгалагийн булчирхайн томролт бүхий хурц халдварт өвчнөөр өвдөж байсан эсэх Тийм Үгүй

Огноо	Онош

23. Мансууруулах бодис хэрэглэгчтэй, биеэ үнэлэгчтэй бэлгийн хавьталд орсон эсэх: Тийм Үгүй

Аль улс, аймаг, дүүргээс ирсэн	Хавьтагчийн тоо		Хамгийн сүүлд хавьталд орсон огноо	Код
	Эрэгтэй	Эмэгтэй		

24. Хамгийн сүүлд тохиолдлын бэлгийн хавьталд орохдоо бэлгэвч хэрэглэсэн эсэх: Тийм Үгүй

25. Бэлгийн хавьталд орохдоо бэлгэвч хэрэглэдэг эсэх:

а.Тогтмол б.Ихэвчлэн в.Хааяа г.Ховор д.Огт хэрэглэдэггүй

26. Бэлгийн чиг баримжаа: а.Гомосекс б.Гетеросекс в.Бисекс г.Трансжендер

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

27. Хавьтагчийн тоо	а.Эсрэг хүйс	б. Ижил хүйс
27.1. Амьдралын туршид нийт		
27.2. Сүүлийн 5 жилд		
27.3. Сүүлийн 1 жилд		
27.4. ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний хариу хамгийн сүүлд "сөрөг" гарсан өдрөөс хойш		

28. Эд зүйлс авах зорилгоор бэлгийн хавьталд орсон эсэх: /бичих/ _____

29. Биеэ үнэлэгчтэй бэлгийн хавьталд орсон эсэх: /зур/ тийм, үгүй

Аль улс, аймаг, дүүргээс ирсэн	Хавьтагчийн тоо		Хамгийн сүүлд хавьталд орсон огноо
	эрэгтэй	эмэгтэй	

30.Бэлгийн хавьталд орогсод:

Овог нэр	Нас хүйс	Хаяг, утасны дугаар	Бэлгийн хавьтлын эрсдэл	Бэлгэвч хэрэглэсэн эсэх	Хавьталд байсан хугацаа (... -ээс ... хүртэл)	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ	
						Огноо	Дүгнэлт

31.Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч өртөлтөнд өртсөн эсэх:

Тухайн байгууллагын нэр	Тусламж үйлчилгээний төрөл	Огноо	Авсан арга хэмжээ

31. Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэдэг эсэх: тийм / үгүй

Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэх үед хавьталд орогсод

Овог нэр	Нас хүйс	Хаяг, утасны дугаар	Мансууруулах бодисын төрөл	Нэг удаагийн зүү тариур хэрэглэдэг эсэх	Хавьталд байсан хугацаа (...-ээс... хүртэл)	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ	
						Огноо	Дүгнэлт

32. Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэх бүртээ нэг удаагийн зүү тариур хэрэглэдэг эсэх: тийм /үгүй

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

33. ХДХВ-ийн халдвар авч болзошгүй бусад эрсдэлд (ариутгаагүй зүүгээр шивээс, персинг хийлгэх, бэлэг эрхтэнд суулгац хийлгэх г.м) орсон эсэх: тийм /үгүй

Эрсдэл \Тохиолдол тус бүрээр\	Огноо

34. Хэрвээ эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн бол тус үйлчилгээ үзүүлэх явцад эрсдэл гаргасан эсэх: /бичих/

ДҮГНЭЛТ:

- Халдвар авсан байж болзошгүй хугацаа: _____
- Тухайн хүний халдвар авсан байж болзошгүй эх уурхай: _____
- ХДХВ-ийн халдвар тархахаас сэргийлэх талаар авсан арга хэмжээ: _____

Тандалтын судалгааны хуудас бичсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

Тархвар судлаач эмчийн эцэг/эхийн нэр, өөрийн нэр: _____

Тандалт хийсэн эрүүл мэндийн байгууллага: _____

Санамж:

- Халдвар тараасан байж болзошгүй хамгийн боломжит замыг ЭМЯ болон бусад шаардлагатай газруудад мэдээлнэ.
- Уг судалгааны хуудас нь "Зөвхөн албан хэрэгцээнд" зориулсан бичиг баримтыг хадгалах шаардлагын дагуу нууцлагдаж, хадгалагдана.

Эмнэлгийн нэр:

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ӨРТӨЛТИЙН ДАРААХ СЭРГИЙЛЭЛТИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Хаяг, утасны дугаар	Байгууллага, тасаг нэгж, албан тушаал	Өртөлтийн хэлбэр*	Өртсөн хугацаа		ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ		ӨДС-ээр РВЭЭ эхэлсэн		РВЭЭ хэрэглэсэн байдал** /1 - бүрэн авсан 2 - зогсоосон 3 - огт аваагүй/	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх давтан шинжилгээ	
							Огноо	Цаг	Огноо	Дүгнэлт	Огноо	Цаг		Огноо	Дүгнэлт

* Өртөлтийн хэлбэрүүд:
 1 Хурц үзүүртэй эмнэлгийн багаж хэрэгсэлд хатгуулсан
 2 Шинжилгээгүй цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлсэн
 3 Эрсдэлтэй бэлгийн хавьталд хамгаалалтгүй орсон
 4 Их хэмжээний биологийн шингэнтэй хамгаалах хэрэгсэлгүй хүрэлцсэн

** РВЭЭ зогсоосон болон огт аваагүй тохиолдолд шалтгааныг тодорхой бичнэ үү

ХДХВ, ДОХ-ЫН ҮЕД ҮЗҮҮЛЭХ ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНД ХАМРАГДАХААС САЙН ДУРААР ТАТГАЛЗАХ ХУУДАС

Аймаг/хотын нэр: _____

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____

Хяналтын дугаар:

Хүйс: Эр Эм

Төрсөн он/сар/өдөр:

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

ХДХВ-ийн халдвар батлагдсан он/сар/өдөр:

Миний бие/хүүхэд ХДХВ, ДОХ-ын эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ, ретровирусийн эсрэг эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ, эрүүл мэндийн нарийн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ, ХДХВ-ийн халдвар эхээс хүүхдэд дамжихаас сэргийлэх арга хэмжээний ач холбогдол, үр дүн, илэрч болох гаж нөлөө, одоогийн эмнэл зүйн шат болон эмчилгээнд хамрагдаагүй тохиолдолд гарах хүндрэлүүдийн талаар танилцаж, зөвлөгөө авлаа.

Миний бие/хүүхэд дараах тусламж үйлчилгээнд хамрагдахаас сайн дураараа татгалзаж байна.

Татгалзаж буй тусламж үйлчилгээний төрөл:

- * Ретровирусийн эсрэг эмчилгээ
- * Котримоксазолын урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ
- * Изониазидын урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ
- * Сүрьеэгийн эмчилгээ
- * Яаралтай бус мэс заслын тусламж үйлчилгээ
- * ХДХВ-ийн халдвар ЭХДС эмийн урьдчилан сэргийлэлт
- * ХДХВ-ийн халдвартай нярайг дан сүү орлуулагчаар хооллохоос
- * Эмчийн зөвлөсөн шинжилгээ

Эх Нярай

Татгалзсан шалтгаан: _____

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг: _____

Он/сар/өдөр:

Эмчийн гарын үсэг: _____

Он/сар/өдөр:

Тэмдэглэл: _____

Жич: Үйлчлүүлэгч тухайн баримтанд гарын үсгээ зурахаас татгалзсан тохиолдолд тэмдэглэлд зурсан, үйлчлүүлэгчийг тусламж үйлчилгээнээс татгалзсаныг гэрчлэх 3 эмнэлгийн ажилтны гарын үсгээр баримтыг баталгаажуулна.

ХДХВ, ДОХ-ЫН ЭМЧИЛГЭЭНД ХАМРУУЛАХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

Аймаг/хотын нэр: _____

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____

Үйлчлүүлэгчийн хяналтын дугаар:

Хүйс: Эр Эм

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

Асран хамгаалагч: Үйлчлүүлэгчийн хэн болох, эцэг/эхийн нэр, өөрийн нэр: _____

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

ХДХВ-ийн халдвар батлагдсан он сар өдөр:

ХДХВ-ийн халдвар анх оношлогдсон газар: _____

Миний бие/асран хамгаалагч ХДХВ, ДОХ-ын эмчилгээ, тусламж үйлчилгээний хөтөлбөрт хамрагдахын ач тус, эмчилгээний үед гарч болох гаж нөлөөнүүд болон эмчилгээний нөхцөл, журмуудтай танилцаж зөвлөгөө авлаа.

Үйлчлүүлэгчийн хүлээх үүрэг:

*Эмчилгээний горим, дэглэмийн талаарх сургалтуудад тогтмол хамрагдах

*Товлосон өдрөө ирж эмчтэй уулзан, эм зүйчээс эмээ авч байх

*Ретровирусийн эсрэг эмчилгээ /РВЭЭ/-ний эмүүдийг зөвхөн өөрөө хяналтанд нь байдаг эмнэлгийн байгууллага, эмчээс авах

*Эмийг зарж борлуулах эсвэл хэн нэгэнтэй хувааж хэрэглэхийг хориглоно /гэр бүлийн хүмүүс, найзууд г.м/

*Эмчийн зөвлөсний дагуу эмийг заасан тунгаар, тогтмол цагт уух

*Эрүүл мэндтэй холбоотой хүндрэл, асуудал үүссэн тохиолдолд эмнэлгийн байгууллагад яаралтай хандах

*РВЭЭ-г эмчийн зааваргүйгээр дур мэдэн зогсоохгүй байх

Би эмнэлгийн байгууллагатай хамтран ажиллаж, эмчилгээний горим, дэглэмийг дагаж мөрдөхийг зөвшөөрч байна.

Хэрэв миний бие заагдсан дүрэм журмыг мөрдөөгүй, зөрчсөн тохиолдолд эмнэлгийн байгууллага нь тодорхой шаардлага тавих эрхтэй.

Асран хамгаалагчийн хүлээх үүрэг:

*Асран хамгаалагч нь эмчилгээний дэглэмийн талаар мэдлэгтэй бол өвчтөнд тусламж дэмжлэг үзүүлнэ.

Огноо:

Эмчилгээнд орохыг зөвшөөрсөн
үйлчлүүлэгчийн нэр, гарын үсэг

Асран хамгаалагчийн нэр, гарын
үсэг

Зөвлөгөө өгсөн эмчийн нэр,
гарын үсэг

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-10

Эмнэлгийн нэр:

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

ХДХВ-ЫН ХАЛДВАР ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Лабораторийн дугаар	Сорьцын дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Ирүүлсэн тасаг, кабинет, эмнэлгийн нэр	Үзлэгийн төрөл /1.1-3.2/	Хүн амын бүлэг /4.1-4.4/	Шинжилгээний дүн						Дүгнэлт	
								Хурдавчилсан арга	Наалдуулах урвал	ФХЭБУ	Вестерн блот	Вирусийн ачаалал	ПГУ		

Үзлэгийн төрөл:

- Жирэмсэн 1.1
- Урьдчилан сэргийлэх 2.1
- Өвчний учир амбулаторт анх 2.2
- Өвчний учир амбулаторт давтан 2.3
- Хяналт 2.4
- Тандалт/хавьтал 3.1
- Дуудлага 3.2

Хүн амын бүлэг:

- ЭБҮ 4.1
- ЭБЭ 4.2
- МБСТХ 4.3
- Хөдөлгөөнт хүн ам 4.4

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Шинжилгээ -ний дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Өвчний түүхийн дугаар	ЭМД-ийн дугаар, Утасны дугаар	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Тухайн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэх, тийм бол хугацаа, онош, шинжилгээний дугаар	Сорьцын төрөл	Сорьц авсан огноо	Сорьц илгээсэн огноо	Эмнэлзүйн урьдчилсан онош
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний бүртгэлийг бүртгэлийн ажилтан, эд, эсийн лабораторийн техникч нар хөтлөн бүртгэнэ.

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ (ЭС-1) - ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр, утас	Сорьц хүлээн авсан огноо	Макро бичлэг	Микро бичлэг, онош дүгнэлт	Тусгай будгийн нэр	Зөвлөсөн эмчийн нэр	Бэлдсэн лаб/техникчийн нэр	Шинжилсэн эмчийн нэр	Хариу гарсан огноо	Хариуг хүлээлгэн өгсөн огноо	Хариу авсан хүний нэр, утас, гарын үсэг
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний бүртгэлийг бүртгэлийн ажилтан, эд, эсийн лабораторийн техникч нар хөтлөн бүртгэнэ.

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Ургийн овог: _____ Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
3. Нас: ____ Хүйс: Эр Эм
4. Регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
5. Хариуг илгээх цахим хаяг: _____
6. Сорьцын төрөл: Онош тодруулах
Мэс заслын
Яаралтай
Сорьц авсан огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг
Сорьц илгээсэн огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг
7. Сорьц авсан эрхтэн: _____ Байрлал: _____
Сорьцын хэмжээ: ____ х ____ х ____ см, ____ гр Сорьцын байдал: _____
8. Эмнэлзүйн мэдээлэл: _____

9. Эмнэлзүйн онош: _____
10. Өмнө нь амьд сорьцын болон эсийн шинжилгээг хийлгэж байсан эсэх: Тийм Үгүй
хэрэв тийм бол Амьд сорьцын шинжилгээ
 Эсийн шинжилгээ
- 10а. Өмнөх шинжилгээний дугаар: _____ Огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр
- 10б. Өмнөх шинжилгээний онош: _____
Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ / Утас: _____

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС (1А)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Б. Шинжилгээний хэсэг

11. Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:

12. Амьд сорьцын шинжилгээний дугаар №: _____

Хүлээн авсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

13. Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Утас: _____

14. Макро:

15. Микро:

16. Онош, дүгнэлт:

17. Нэмэлт тэмдэглэл, санал:

Бэлдсэн: Эд эсийн лабораторийн техникчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ /

Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ /

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:

А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө. /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгийн тохирох сонголтын өмнөх нүдийг сонгож тэмдэглэнэ./

Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

ХӨХНИЙ БУЛЧИРХАЙН ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шилжүүлэгчийн ургийн овог: _____ Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
Нас: _____ Хүйс: _____
3. Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
4. Сорьц авсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
5. Хөхний эдийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү: _____
6. Хөхний аль хэсгээс юу авсан _____

7. Эмнэлзүйн талаарх товч мэдээлэл: _____

8. Эмнэлзүйн онош: _____
9. Сорьц илгээсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг, Хариуг илгээх цахим хаяг: _____

Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр: _____ Утас: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг

10. Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____
11. Шинжилгээний №: _____ Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Утас: _____,
_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
12. Эдийн шинжилгээний хариу дүгнэлт: Макро бичлэг _____

Микро бичлэг: зах ирмэг, судас, мэдрэл рүү нэвчсэн байдал, хөхний толгойд ойрхон эсэхийг тэмдэглэнэ
ҮҮ _____

13. Нэмэлт тэмдэглэл, санал: _____

14. Хариу гарсан: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эд, эсийн лабораторийн техникчийн нэр: _____ Гарын үсэг _____
Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____

Тайлбар: Хөхний булчирхайн эдийн шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:

- А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгийг доогуур нь зурж сонгоно/
- Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шилжүүлэгчийн ургийн овог: _____ Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
Нас: _____
3. Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
4. Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
5. Эмэгтэйчүүдийн өгүүлэл: **Жирэмсэн эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол жирэмсний хугацаа _____ долоо хоног. **Цэвэршсэн эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хэдэн онд _____, **Үгүй бол сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн эхний өдөр:** _____ он _____ сар _____ өдөр, **Жирэмслэлтийн тоо** _____ **Төрөлтийн тоо** _____ **Үр хөндөлтийн тоо** _____ **Зулбалтын тоо** _____
6. **Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэглэдэг эсэхийг зурна уу:** /Дааврын эм, Ерөндөг, Тарилга, Суулгац, Бэлгэвч, Хавсарсан арга, Ямар нэгэн арга хэрэглэддэггүй/
7. **Умайн хүзүүний эдийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү: _____
8. **Шинжлүүлэгч TORCH-ийн халдварын шинжилгээ хийлгэсэн эсэхийг тэмдэглэнэ үү:** /Тийм, Үгүй/. Тийм бол хийлгэсэн огноо болон хариуг бичнэ үү:

9. Үзлэгээр умайн хүзүүний харагдах байдлыг зурна уу: /Цэвэр, Улайлттай, Цэврүүтэй, Хавдрын сэжигтэй/
10. Эмнэлзүйн талаарх товч мэдээлэл: _____

11. Эмнэлзүйн онош: _____
12. Сорьц илгээсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг, **Хариуг илгээх цахим хаяг:**
Сорьц авч, илгээсэн: Эмчийн нэр _____ утас _____

Б. Шинжилгээний хэсэг

13. Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____
14. Шинжилгээний №: _____ Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Утас: _____, _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
15. Микро бичлэг: зах ирмэг, судас, мэдрэл рүү нэвчсэн зэргийг тэмдэглэнэ үү: _____

16. Шинжилгээний хариу дүгнэлт: _____

17. Нэмэлт тэмдэглэл, санал: _____

18. Хариу гарсан: _____ он _____ сар _____ өдөр
Бэлдсэн: Эд, эсийн лабораторийн техникчийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____
Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр _____ Гарын үсэг _____

Тайлбар: Эмэгтэйчүүдийн эдийн шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:

А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгийг доогуур нь зурж сонгоно/

Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-2

ЦОГЦСЫГ ХҮЛЭЭН АВСАН БА ОЛГОСОН БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Огноо /Он, сар, өдөр/				Цогцсыг ирүүлсэн		Эмнэл зүйн онош	Оршуулгын газрын нэр, хаяг	Хүлээн авсан хүний нэр, утас	Хүлээлгэн өгсөн хүний нэр, утас
			Нас, барсан	Шинжил- гээнд ирүүлсэн	Эмгэг судлалын задлан шинжилгээ хийсэн	Оршуу- лахаар авсан	Эмнэлгийн нэр	Тасгийн нэр				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Тайлбар: Цогцсыг хүлээн авсан ба олгосон бүртгэлийг эмгэг судлалын туслах ажилтан бүртгэнэ.

ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг/эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Ор хоног	Өвчний түүхийн дугаар	Шинжилгээнд ирүүлсэн		Нас барагчийн тогтмол хаяг	Эмчлэгч эмчийн нэр, утас	Хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг	Нас барсан он, сар, өдөр, цаг	Эмгэг судлалын шинжилгээ хийсэн он, сар, өдөр, цаг	Эмнэл зүйн онош	Эмгэг судлалын онош	Оношийн зөрөө бусад тэмдэглэл	Эмгэг судлаач эмчийн нэр
					Эмнэлгийн нэр	Тасгийн нэр									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Тайлбар: Эмгэг судлалын шинжилгээний бүртгэлийг эмгэг судлаач эмч бүртгэж бичнэ.

ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг/эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Өвчний түүхийн дугаар	ЭМД- ын дугаар, Утасны дугаар	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Шинжил- гээний төрөл	Тухайн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан бол өгсөн хугацаа, хариу	Сорьц авсан огноо	Сорьц илгээсэн огноо	Эмнэлзүйн урьдчилсан онош	Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр, утас	Сорьц хүлээн авсан огноо
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Тайлбар: Эсийн шинжилгээний бүртгэлийг бүртгэлийн ажилтан, эд, эсийн лабораторийн техникч нар хөтлөн бүртгэнэ.

БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙН ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шилжүүлэгчийн ургийн овог: _____ Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
 Нас: _____ Хүйс: _____
3. Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: Тийм, Үгүй
 Тийм бол: _____
5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа ба хариуг бичнэ үү: _____
6. Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

7. Бамбай булчирхайн аль хэсгээс авсан: _____



8. Сорьцын хэмжээг: _____ мл,

9. Сорьцын төлөв, байдал: Шаргал Цустай Булингартай Нгалаг Дээрхэг

10. Өвчний товч түүх: _____

Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____

Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

Шинжилгээний дугаар: _____

11. Хүлээн авсан огноо: _____

12. Сорьцын төлөв, байдал: _____

13. Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____

Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____

14. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү

Онош	<input type="checkbox"/> Зөвхөн уйланхайт шингэн/Cyst fluid only/	
Онош тавих боломжгүй буюу шаардлага хангахгүй/Nondiagnostic or Unsatisfactory	<input type="checkbox"/> Эс цөөн /Virtually acellular specimen/	
	<input type="checkbox"/> Бусад (цус ихтэй, нөжний артифакт г.м)/Other (obscuring blood, clotting artifact, etc)	
Хоргүй өөрчлөлт/Benign	<input type="checkbox"/> Хоргүй фолликуляр зангилаа: үүнд аденоматойд зангилаа, коллойд зангилаа г.м/Consistent with a benign follicular nodule (/includes adenomatoid nodule, colloid nodule, etc)	
	<input type="checkbox"/> Лимфоцитын (Хашимото) тиреодит /Consistent with lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis in the proper clinical context	
	<input type="checkbox"/> Грануломатоз (хурцавтар) тиреодит/Consistent with granulomatous (subacute) thyroiditis	
	<input type="checkbox"/> Бусад/Other	
Фолликулын тодорхой бус хэвшинжгүйшил буюу фолликулын гэмтэц нь тодорхой бус/Atypia of Undetermined Significance or Follicular Lesion of Undetermined Significance		
Фолликулын неоплазм буюу Фолликулын неоплазмын сэжигтэй/Follicular Neoplasm or Suspicious for a Follicular Neoplasm Хэрэв Хөртл (онкоцитын) эсийн хэлбэр бол тусгайлан заах/Specify if Hürthle cell (oncocytic) type		
Хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy Хорт хавдар/Malignant		

15. Онош: _____

16. Нэмэлт тэмдэглэл: _____

17. Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч _____

Зөвлөх эмч _____

УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

- Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
 - Шинжлүүлэгчийн Ургийн овог: _____ Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
Нас: _____
 - Шинжлүүлэгчийн Регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
 - Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/
Тийм бол: _____
 - Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
 - Сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн эхний өдөр _____ Цэвэршсэн эсэх: / Тийм, Үгүй / Тийм бол хэдэн онд: _____
 - Жирэмслэлтийн тоо: _____ Төрөлтийн тоо: _____ Үр хөндөлтийн тоо: _____ Зулбалтын тоо: _____
 - Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэглэдэг эсэхийг зурна уу: /Дааврын эм, Ерөндөг, Тарилга, Суулгац, Бэлгэвч, Хавсарсан арга, Ямар нэгэн арга хэрэглэддэггүй/
 - Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү: _____
 - Үзлэгээр умайн хүзүүний харагдах байдлыг зурна уу: /Цэвэр, Улайлттай, Шархтай, Цэврүүтэй, Хавдрын сэжигтэй/
 - Өвчний товч түүх: _____
 - Сорьц илгээсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр
- Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____
Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

- Шинжилгээний дугаар: _____ Хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр
- Сорьц шаардлага хангасан эсэхийг зурна уу: /Хангасан, Хангахгүй/
- Эндоцервикал эс байгаа эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/
- Үрэвсэл: _____ Коккобажилл: _____
- Хавдрын бус эсийн өөрчлөлт: метаплази, атрофи, кератик өөрчлөлт, гуурсны метаплази, жирэмсэнтэй холбоотой өөрчлөлт
- Өвөрмөц үүсгэгч: Трихомонад, Хламид, Мөөгөнцөр, Актиномикоз, HSV, CMV, HPV
- Урвалжит өөрчлөлтийг зурна уу: /Үрэвслийн урвалж өөрчлөлт, Туяаны урвалж өөрчлөлт, Ерөндгийн урвалжит өөрчлөлт/
- Эсийн шинжилгээний онош /дүгнэлт -Бетесда-2014 ангиллаар /доорх хүснэгтээс сонгон (✓) тэмдэглэнэ үү/

Онош		
1	Дүгнэлт гаргах боломжгүй	Агаарт хатаагдсан Эс цөөн Цус их Шилжвэр бүсээс авагдаагүй
2	Хавтгай эпителийн доторх эмгэг болон хорт хавдарт сөрөг (NILM)	
3	Бусад (Other)	
4	Хэвшингүй хавтгай эсүүд-өөрчлөлт нь тодорхой бус (ASC-US)	
5	Хэвшингүй хавтгай эсүүд-хавтгай хучуур эсийн хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй (ASC-H)	
6	Хавтгай хучуур эсийн хөнгөн зэргийн гэмтэц (LSIL)	
7	Хавтгай хучуур эсийн хүнд зэргийн гэмтэц (HSIL)	
8	Хавтгай эсийн хортой хавдар (SCC)	
9	Хэвшингүй хавтгай эсүүд -өвөрмөц бус (AGG-NOS)	
10	Хэвшингүй хавтгай эсүүд -хадвар талдаа (AGG-favor neoplastic)	
11	Булчирхайлаг байран хавдар (AIS)	
12	Булчирхайлаг эсийн хортой хавдар (AC)	
13	Бусад хортой хавдар/Other malignant neoplasms)	

- Онош: _____
- Нэмэлт тэмдэглэл: _____
- Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч: _____

Зөвлөх эмч: _____

Заавар: Энэхүү маягтын А(1-12 дугаар асуулт) хэсгийг ӨЭМТ, СЭМТ, АНЭ, БОЭТ, ДЭМТ төв эмнэлгийн эмч хөтлөн ПАП наацын хамт эс судлалын лабораторит илгээнэ. Наац илгээсэн эмнэлгийн нэр, кодыг тодорхой бичнэ. Эсийн эмгэг судлаач эмч, эс судлаач Б хэсэгт эсийн шинжилгээний дүгнэлтийг бичиж, эсийн шинжилгээний дүгнэлт бүхий маягтыг аймаг, дүүргийн хавдар бүртгэгчид цаасаар илгээнэ. Хавдар бүртгэгч эсийн шинжилгээний дүгнэлт бүхий цаасан маягтыг эргэн дуудах тогтолцооны программд шивэж оруулна.

Энэхүү маягтын эх хувь өвчтөнд цаасан хэлбэргээр олгогдоно.

ШЭЭС ЯЛГАРУУЛАХ ЗАМ, ШЭЭСНИЙ ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шинжлүүлэгчийн овог: _____ Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____
3. Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/
Тийм бол: _____
5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ
үү: _____
6. Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
7. Доогуур зурна уу: Өөрөө шээсэн шээс, катетраар авсан шээс, давсаг угаасан угаадас
8. Сорьцын хэмжээ: _____ мл
Сорьцын, төлөв байдал: Шаргал, Цустай, Булингартай, Тунгалаг, Идээрхэг
9. Өвчний товч түүх: _____
Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____
Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

- Шинжилгээний дугаар: _____
10. Хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
 11. Сорьцын төлөв, байдал: _____
 12. Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____
Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____
 13. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү

№	Онош	
1	Онош тавих боломжгүй буюу шаардлага хангахгүй/Nondiagnostic or Unsatisfactory	
2	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөнд сөрөг /Negative for HGUC/	
3	Хэвшинжгүй шээсний замын эсүүд /Atypical Urothelial Cells/	
4	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөнгийн сэжигтэй /Suspicious for HGUC/	
5	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөн /High Grade Urothelial Carcinoma/	
6	Бага зэрэглэлт шээсний замын өмөн/Low Grade Urothelial Neoplasia/	
7	Бусад хорт хавдрууд – анхдагч, хоёрдагч/Other malignancies – Primary, secondary	

14. Онош: _____
15. Нэмэлт тэмдэглэл, санал: _____
16. Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч: _____

Зөвлөх эмч: _____

ШҮЛСНИЙ БУЛЧИРХАЙН ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шинжлүүлэгчийн овог: _____ Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____
3. Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх :Тийм
Гийм
5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү: _____
6. Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
7. Шүлсний булчирхайн аль хэсгээс авсан: _____
8. Сорьцын хэмжээ: _____ мл
Сорьцын төлөв байдал: Шаргал Цустай Улингартай Нгалаг Ээрхэг
9. Өвчний товч түүх: _____

Эмнэлзүйн онош: _____

Сорьц авч, илгээсэн: Эмчийн нэр _____ Утас: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

- Шинжилгээний дугаар: _____
10. Хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг,
11. Сорьцын төлөв, байдал: _____
12. Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____
Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____
13. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү
- | | |
|---|---------------|
| Онош тавих боломжгүй/Non-Diagnostic | |
| Хоргүй өөрчлөлт/Non-Neoplastic | |
| Хэвшинжгүйшил өөрчлөлт/Atypical | |
| Неоплазм/Neoplasm | Хоргүй/Benign |
| | Бусад/Other/ |
| Хорт хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy | |
| Хорт хавдар/Malignant | |
14. Нэмэлт тэмдэглэл: _____
15. Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч: _____

Зөвлөх эмч: _____

ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

A. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шинжлүүлэгчийн овог: _____ Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____
3. Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____
ЭМД-ийн дугаар: _____ Утас: _____
4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/
Тийм бол: _____
5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/. Тийм бол өгсөн хугацаа болон хариуг бичнэ
Үү: _____
6. Сорьц авсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр
7. Хаанаас авсан: _____
8. Сорьцын хэмжээ: _____
Сорьцын төлөв байдал: Шаргал, цустай, булингартай, тунгалаг, идээрхэг
9. Өвчний товч түүх: _____
Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____
Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

B. Шинжилгээний хэсэг

- Шинжилгээний дугаар: _____
10. Хүлээн авсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр
11. Сорьцын төлөв, байдал: _____
12. Будгын нэр: _____ Шилний тоо: _____
Будгын нэр: _____ Шилний тоо: _____

13. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү.

№	Онош				
1	Онош тавих боломжгүй/Non-Diagnostic				
2	Хэвшинжгүйшил өөрчлөлт/Atypical				
3	Хорт хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy				
4	Хорт хавдар/Malignant				

14. Онош: _____

15. Нэмэлт тэмдэглэл: _____

16. Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч: _____

Зөвлөх эмч: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-2

ЦУСНЫ ДОНОРЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН КАРТ

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

Регистрийн дугаар

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

Ургийн овог.....Яс үндэс.....

Овог..... Нэр.....

Төрсөн он.....Нас Хүйс.....

Гэрийн хаяг.....

Ажил, сургуулийн хаяг.....

Гар утас 1 2.....

Мэргэжил.....

Имэйл хаяг

ЭМЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

ЦУСНЫ БҮЛЭГ

РЕЗУС ФАКТОР

D	C	c	E	e
---	---	---	---	---

КЕЛЛ БҮЛЭГ

№	Биеийн ерөнхий үзүүлэлт	Он. сар. өдөр							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Цус өгөлтийн код								
2	Гемоглобин								
3	Биеийн ерөнхий байдал /биеийн халуун/								
4	Жин, Өндөр								
5	Артерийн даралт								
6	Судасны цохилтын тоо								
7	Авах цус, сийвэн, эсийн хэмжээ								
8	Хассан, хойшлуулсан шалтгаан								
9	Үзлэг хийсэн эмчийн гарын үсэг								
10	Авсан цус, сийвэн, эсийн хэмжээ, сувилагчийн гарын үсэг								

Цусны Донорын асуумж

АНХААРУУЛГА

Та асуумжинд үнэн зөв хариулснаар цус сэлбүүлэх цусны өвчтэй хүүхэд, хүндрэлтэй төрсөн эх, осол гэмтэлд өртсөн, бусад цус сэлбүүлэх шаардлагатай өвчнүүдийн амь насанд учрах хүндрэлээс сэргийлэх тустай. Өөрт байгаа эмгэг болон эрсдэлтэй зан үйлийг нууцалж цус болон цусны бүрэлдэхүүн хэсгээ бэлэглэвэл хуулийн хариуцлага хүлээлгэхийг анхаарна уу.

Асуумж (тийм/+/, үгүй/-/ тэмдэглэл хийнэ үү!		Он сар өдөр	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Та ямар зорилгоор цусаа өгч байна вэ?	Хүний амь нас аврах Шинжилгээ хийлгэж, эрүүл мэндээ хянах урамшуулал, халамж эдлэх								
2	Танд ямар нэгэн зовиур байна уу?									
3	Та шөнө 6 цагаас дээш хугацаагаар унтаж амарсан уу?									
4	Өөх тостой хоол,сүүн бүтээгдэхүүн, өнгөтэй ундаа хэрэглэсэн үү?									
5	Сүүлийн 2 хоногт согтууруулах ундааны зүйлс хэрэглэсэн үү?									
6	Ямар нэгэн харшилтай юу? Одоо сэдэрсэн эсэх?									
7	Эм ууж, эмчилгээ хийлгэж байгаа эсэх?									
Сүүлийн 1 жилд										
8	Хатиг, буглаа нээлгэх, хануур төөнүүр, зүү эмчилгээ, шивээс, цоолбор, шүдний ажилбар, үр хөндөлт, гоо сайхны мэс засал хийлгэсэн эсэх?									
9	Томоохон хэмжээний мэс ажилбар, осол гэмтэлд өртсөн эсэх?									
10	Танд шалтгаангүй турах, гүйлгэх, ойр ойрхон халуурах, шөнө хөлрөх, булчирхай томрох, яр тууралт гарах, ядрах шинж тэмдэг байгаа эсэх									
11	Танд амьсгаадах, ханиалгах, цээжээр өвдөх, цустай цэр гарах шинж тэмдэг байгаа эсэх?									
12	Танай гэр бүлийн гишүүдийн дунд элэгний В , С вирусээр өвдсөн хүн байгаа юу?									
13	Та ямар нэгэн урьдчилан сэргийлэх вакцин хийлгэсэн үү?									
14	Гадаад улс оронд аялж, амьдарч байсан уу?									
15	Бэлгийн замын халдвараар өвдсөн үү? (Тэмбүү, заг хүйтэн, хламиди, трихомониаз)									
16	Санамсаргүй байдлаар зүүнд хатгуулсан уу? Арьс салстанд цус болон биологийн шингэн хүргэсэн тохиолдол байгаа эсэх?									
ТА										
17	ямар нэг өвчний улмаас эмчийн хяналтанд байдаг уу?									
18	зүрх, уушги, ходоод гэдэс, бөөр, үе мөч, сүрьеэ, сэтгэц, мэдрэл, дотоод шүүрэл, чихрийн шижин, хавдар, цусны өвчнөөр өвдөж байсан эсэх?									
20	гепатит В, С вирусын халдвар авч байсан уу?									
21	цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлж байсан уу?									
22	эрсдэлтэй бэлгийн хавьталд орж байсан эсэх? (Биеэ үнэлэгч, олон хавьтагч, ижил хүйстэн)									
24	Өөрийгөө ХДХВ/ДОХ-ын халдвартай байж магадгүй гэж бодож байсан уу?									
25	арьс зүсэх, цус гаргах зан үйл үйлдэж байсан уу?									
26	хар тамхи, мансууруулах бодис хэрэглэж байсан уу?									
27	Эмэгтэй донорт: Сарын тэмдэг ирсэн, жирэмсэн, хөхүүл, 0-1 насны хүүхэдтэй эсэх?									
28	Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах зорилгоор миний бөглөсөн асуумж, шинжилгээний дүнг судалгаанд овог, нэргүйгээр ашиглахыг зөвшөөрч байна.									
29	Би дээрх асуултанд үнэн зөв хариулсан болно. Хүний амь нас аврах, эрүүл мэндийг сайжруулах зорилгоор цусаа бэлэглэхийг зөвшөөрч байна. Гарын үсэг									

Хэрэв та өөрийн эрүүл мэндийн талаар үнэн зөв мэдээлэл өгөх боломжгүй байсан бол 70112857,99326503 дугаарт хандана уу! Таны мэдээллийн нууцыг Цусны алба чандлан хадгална

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ОЛГОХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр _____ Тасаг _____
Захиалсан _____ он _____ сар _____ өдөр, сэлбэлт хийх _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____
Өвчний түүхийн № _____ Регистрийн дугаар: _____
Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____
Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй Биеийн жин: _____
Онош: _____

ЦЦБ сэлбэх заалт: _____

Цусны бүлэг /дугуйлна уу/: _____ Резус фактор RhD /зур/: _____ эерэг сөрөг
О _____ Өмнө нь цус сэлбүүлсэн /зур/: _____ тийм үгүй
А _____ Урвал илэрсэн /зур/: _____ тийм үгүй
В _____ Эсрэгбие илэрсэн/зур/: _____ тийм үгүй
AB _____ Жирэмслэлт: _____ удаа

Олголт:

Олгосон ЦЦБ-ний нэр	Захиалсан Хэмжээ/нэгж	Олгосон Хэмжээ/нэгж	Цуврал	Савлалт	Цус өгөлтийн код	Хүүдийний код
Нийт						

ЦЦБ-ийг шалгаж олгосон ажилтаны нэр _____ гарын үсэг _____

Олгосон _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

ЦЦБ-ийг шалгаж хүлээн авсан ажилтаны нэр _____ гарын үсэг _____

Хүлээн авсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

Сэлбэлт хийх _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

Захиалга өгсөн эмчийн эцэг/эх/-ийн нэр, нэр /дармалаар/ _____ Гарын үсэг _____

Олгосон ажилтны нэр _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

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

ДОНОРТ ИЛЭРСЭН СӨРӨГ УРВАЛ, ХҮНДРЭЛИЙГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Тасаг нэгжийн нэр _____ он __ сар __ өдөр __ цаг __ минут __
Сөрөг урвал хүндрэл илэрсэн донорын код _____ төрөл __ нас / хүйс __
Тухайн донорт үйлчилж байсан эмч, сувилагч, бусад (зур)
Сөрөг урвал, хүндрэлийг мэдээлсэн хүний нэр.....

Цус өгөлтийн дараах сөрөг урвалын төрөл		Сөрөг урвалын хүндрэлийн зэрэг			
Ерөнхий урвал		хөнгөн	дунд	хүнд	ноцтой
Вазовагал урвал					
Хэсэг газрын урвал	Цусан хураа				
	Судасны гэмтэл /артери, вен/				
	Мэдрэлийн гэмтэл				
	Хожуу цус гадгашлах				
Аферезтэй холбоотой өвөрмөц урвал	Харшлын урвал				
	Анафилакси				
	Цус задрал				
	Эмболи				
	Цитратын урвал				
	Бүлэн				
Бусад					
Цус өгөлтийн төрөл <input type="checkbox"/> бүхэл цус <input type="checkbox"/> аферез (ялтас эс, сийвэн, улаан эс)					
Байршил <input type="checkbox"/> цус цуглуулах цэгт <input type="checkbox"/> цус цуглуулах цэгээс гадна					
Авсан арга хэмжээний бүртгэл					
1. Урвал хүндрэлийн төрөл:					
1.1 Товч дүрслэл					
1.2 Авсан арга хэмжээ , үр дүн: (тухайн үед авсан шуурхай арга хэмжээ, түүний үр дүн, донортой холбогдсон байдал, хожмын уршиг эрсдэл байгаа эсэх)					
1.3 Нөлөөлсөн хүчин зүйлс (урвал хүндрэл гарахад нөлөөлсөн хүчин зүйлс)					
1.4 Урьдчилан сэргийлэх (үүнээс хэрхэн урьдчилан сэргийлж болох байсан эсэх)					
1.5 Магадласан их эмч _____					
1.6 Хянасан ажилтан :			Тасгийн эрхлэгч:		
2. Чанарын алба _____					

ЦУС СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН ШАЛТГААНЫГ СУДЛАХ МАЯГТ (ЦТ-6)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Цусны бүлэг, эсрэгбие, хувийн тохироо шалгасан дүгнэлт:

Үзүүлэлт	Өвчтөний	Сэлбэсэн ЦЦБ-ий
Стандарт ийлдэс		
Цоликлон		
Угаасан улаан эс		
Резус бүлэг		
Келл бүлэг		
Эсрэгбие		
Хувийн тохироо		
Бусад		

Өвчтөний цусанд Кумбсын урвал:

Шууд: /зур/ эерэг сөрөг

Шууд бус: /зур/ эерэг сөрөг

Бактериологийн шинжилгээний үзүүлэлт:

Эмнэлгийн лабораторит хийгдсэн шинжилгээний хариу:

Өвчтөний ийлдсэнд:

Хемоглобин..... Гаптоглобин..... Билирубин..... Шээсэн дэх хемоглобин

Эмнэлэгт хийгдсэн шинжилгээ:

ЦДШ.....

ШЕШ.....

Биохими.....

Бүлэгнэлт.....

Цусны албанаас Эрүүл мэндийн байгууллагат олгосон.....он.....сар.....өдөр.....цаг.....минут

Эмнэлэгт хадгалсан хугацаа.....нөхцөл

	+ 2 + 8
	хасах 20-оос доош
	тасалгааны хэм

Буцааж илгээсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний хэмжээ.....цуврал.....савлалтын дугаар

Тухайн донороос бэлтгэсэн бүтээгдэхүүн

	Хөлдөөсөн шинэ сийвэн.....цуврал №
	Ялтаст эсийн өтгөрүүлэг.....цуврал №
	Улаан эсийн өтгөрүүлэг.....цуврал №

	эмнэлэгт олгогдсон		нөөцөнд байгаа
	эмнэлэгт олгогдсон		нөөцөнд байгаа
	эмнэлэгт олгогдсон		нөөцөнд байгаа

Урвал, хүндрэлийн төрөл:

- Цус задралгүй халуурах урвал
- Харшил буюу хэт мэдрэгшил (тууралт багтана)
- Анафилакси
- Цочмог цус задрах урвал
- Хожуу цус задрах урвал
- Буруу бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
- Эзэн биеийн эсрэг урвал
- Цус сэлбэлттэй холбоотой уушигны цочмог гэмтэл
- Цус сэлбэлтийн дараах пурлур
- Цус сэлбэлтийн дараах халдвар

Дүгнэлт :

Зөвлөмж.....

Судалгаа хийсэн их эмчийн нэр.....

Эмнэлгийн нэр:.....
 Тасгийн нэр:.....

ЦУСНЫ АВО, РЕЗУС БҮЛЭГ ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Он Сар өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Нас хүйс	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Цоликлон		Стандарт ийлдэс			Угаасан улаан эс		Резус	Дүгнэлт		Шинжилгээ		
					Anti-B	Anti-A	O	A	B	A	B		Anti-D	ABO	Резус	хийсэн лаборант	хянасан эмч

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
 Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

Тэмдэглэл: 0 - Наалдац илрээгүй + Наалдац илэрсэн

Хуруу шилэнд наалдацын хүчийг (1+) – (4+) гэж зэрэглэнэ.

Тайлбар: Эмнэлгийн лабораторит хөтөлнө.

ХУВИЙН ТОХИРОО ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ МАЯГТ

1.Цус сэлбүүлэх өвчтөний цусны ABO, резус бүлэг тодорхойлсон протокол

№	Он сар өдөр	Өвчтөний овог нэр	Нас хүйс	Илгээсэн эмнэлэг тасаг	Моноклон эсрэг бие		Стандарт ийлдэс			Угаасан улаан эс		Моноклон эсрэгбие					Дүгнэлт	
					Анти-В	Анти-А	О	А	В	А	В	Анти-Д	Анти-С	Анти-с	Анти-Е	Анти-е	ABO резус бүлэг	Резус бүлэг

2.Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүний ABO, резус бүлэг тодорхойлсон протокол

№	Он сар өдөр	Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүн					Моноклон эсрэгбие			Стандарт ийлдэс			Дүгнэлт	
		Нэр	Донорын код	Цуврал савлалтын №	Хүүдийний код	Хүчинтэй хугацаа	Анти-В	Анти-А	Анти-Д	О	А	В		
														Сэлбэх бүтээгдэхүүний ABO,резус бүлэг

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

3.Хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээ хийсэн протокол

№	Он сар өдөр	Өвчтөний		ABO, резус бүлэг	Бүтээгдэхүүний		ABO Резус бүлэг	Шинжилгээний үе шат			Ауто хяналт	Дүгнэлт
		Овог нэр	Нас хүйс		Нэр	Хүүдийний код		1-р үе шат	2-р үе шат	3-р үе шат		
								22	37°	Кумбс		

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

Анхаарах нь : 1. Оношлууруудад дотоод хяналтыг өдөр тутам хийж шаардлага хангасан тохиолдолд хэрэглэнэ.
2.протоколд наалдац өгсөн бол+,наалдац өгөөгүй бол 0 гэж тэмдэглэнэ.

Шинжилгээг хийсэн лаборант: _____ Шинжилгээг хянасан эмч _____

Тайлбар: Эмнэлгийн лабораторит хөтөлнө.

Эмнэлгийн нэр: _____

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

ЗООНОЗЫН ХАЛДВАРЫН ХҮНИЙ ӨВЧЛӨЛИЙН СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. Ерөнхий мэдээлэл					
1.Эцэг/эх/-ийн нэр:		3.Регистр: _____		5.Нас: _____	
2.Өөрийн нэр:		4.Хүйс: Эрэгтэй – 1 Эмэгтэй – 2		6.Ам бүл: _____	
7.Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гэрийн хаяг: _____ Түр оршин суугаа хаяг: _____ Утас: 1. _____ 2. _____		8.Боловсрол: 1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор		9.Гэр бүлийн байдал: 1. Огт гэрлээгүй 2. Батлуулсан гэр бүлтэй 3. Батлуулаагүй гэр бүлтэй 4. Тусгаарласан 5. Цуцалсан 6. Бэлбэсэн	
10А. Хөдөлмөр эрхлэлт /код/:		10Б. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан /код/:		11.Ажлын хаяг (сургууль, цэцэрлэг) _____	
Б. Тархвар судлалын холбогдол					
11. Эрсдэлд өртсөн эсэх Тийм – 1 Үгүй – 2 Тодорхойгүй - 3					
Он	Сар	Өдөр	Цаг	11.1 Шалтгаан	
				1. Амьтанд уруулж, ноцуулсан (Амьтны төрөл бичих) _____	
12. Эмнэлзүйн шинж тэмдэг илэрсэн					
Он	Сар	Өдөр	Цаг	2. Хачигт хазуулсан	
				3. Тухайн өвчний өвөрмөц шинж тэмдэг илэрсэн	
13. Эмнэлэгт үзүүлсэн Тийм – 1 Үгүй – 2					
Он	Сар	Өдөр	Цаг	4.Халдвартай хүнтэй хавьтал болсон	
				5. Бусад: _____	
14. Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх Тийм - 1 Үгүй - 2					
Он	Сар	Өдөр	Цаг		
14.1. Эмнэлгээс гарсан					
Он	Сар	Өдөр	Цаг		
15. Тавилан Эдгэрсэн – 1 Нас барсан – 2					
Он	Сар	Өдөр	Цаг		
16. Халдварт өртсөн газар					
Аймаг/ хот	Сум/дүүрэг	Баг/ хороо	Газрын нэр:		
В. Эмнэлзүйн шинж тэмдэг					
В1. Тарваган тахлын өвөрмөц шинж тэмдгүүд					
Гэнэт өндөр халуурах	Толгой өвдөх	Цустай суулгах			
Хоолонд дургүй болох	Ханиалгах амьсгал давчдах	Цустай цэр гарах			
Ядрах бие эвгүйрхэх	Булчирхай цочиж маш их эмзэглэлтэй болох	Чичрүүлэх			
В2. Галзуугийн өвөрмөц шинж тэмдгүүд					
Халуурах	Толгой өвдөх	Шарх хөндүүрлэх			
Дэмийрэх	Шүлс гоожих	Ус, гэрэл, дуу чимээнээс айх			
Хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдах					
Хэсэг газрын шархны байрлал:	(I)	(II)	(III)		
В3. Боомын өвөрмөц шинж тэмдгүүд					
Халуурах	Биеийн ил хэсэгт гүвдрүү, цэврүүт тууралт гарах				
Бөөлжих, суулгах	Эмзэглэлгүй хар тав үүсэх				
Дотор муухайрч хоолонд дургүй болох	Шархнаас их хэмжээний салсархаг шүүс гарах				

B4. Бруцеллёзын өвөрмөц шинж тэмдгүүд			
	Долгион маягтай халуурах		Том үе булчин өвдөх
	Толгой хүчтэй өвдөх		Хүзүү, суганы булчирхай томрох
	Шөнө хөлрөх		Элэг, дэлүү томрох
B5. Бэтгийн өвөрмөц шинж тэмдгүүд			
	Хэвлийгээр өвдөх		Арьсан дээр харшлын тууралт гарах
	Аюулхай орчимд хөндүүрлэх		Ханиалгах
	Аюулхайн дор чинэрэх, цанхайх		Цээжээр өвдөх,
	Элэг томорч эмзэглэлтэй болох		Ууц, нуруугаар өвдөх
	Хэвлий томрох, овойх		Хоолны дуршил буурах
	Баруун хавирганы нумаар өвдөх		
Бэтгийн байрлал: 1.Тархинд 2.Уушгинд 3.Элгэнд 4. Хэвлийд 5.Бусад эрхтэнд			
Г. Хамшинжийн мэдээлэл			
I	II		III
Цочмог халуурал бүхий	Халуурах	Нүдний салст үрэвсэх	1.Хачигт энцефалит 2.Хачигт риккетсиоз 3.Хачигт боррелиоз 4.Эрлихоз/анаплазма 3 5.Бабезиоз 6.Ку чичрэг 7.Хулгана тахал 8.Крым-Конгийн чичрэг 9.Денге халуурал 10.Хумхаа 11.Япон энцефалит 12.Баруун Нилийн чичрэг 13.Лептоспироз
	Хачиг хазсан хэсэгт үрэвсэж тавших	Арьсан дээр цэгчилсэн, толбот, гүвдрүүт тууралт, гарах	
Цагирган хэлбэрийн нүүмэл тууралт гарах			
Мэдрэлийн цочмог халдварын хамшинж	Гэнэт өндөр халуурах	Нүүр, мөч саажих, өвдөх	
	Ухаан бүдгэрэх, алдах	Толгой хүчтэй өвдөх	
Цочмог шарлалттай өвчний хамшинж	Бөөлжих, дагз хөших	Уналт, таталт өгөх	
	Арьс, салт шарлах	Хүүхэн хэл, зөөлөн тагнай, багалзуурын салстад тууралт гарах	
Хацар, хүзүү, нүдний салс улайх			
Цусархаг хам шинж	Халууралт удаан хугацаагаар үргэлжлэх	Цэгэн эсвэл цусархаг тууралт гарах	
	Цустай ханиах	Цустай бөөлжих	
	Өтгөн цустай гарах	Элэг дэлүү томрох	
	Хамраас цус гоожих	Бусад цусархаг шинж	
Бусад илэрсэн шинж тэмдэг: _____			
Д. Авсан арга хэмжээ			
17. Тухайн өвчний эсрэг вакцин тариулсан эсэх Тийм-1 Үгүй-2 Вакцингүй өвчин – 3			
Он	Сар	Өдөр	Цаг
17.1. Вакцины нэр:	17.2. Серийн дугаар:	17.3 Вакцины тунгийн хамралт: 1.Хамрагдаагүй 2. Бүрэн 3.Дутуу 4.Тодорхойгүй	
18.Тухайн өвчний эсрэг иммуноглобулин тариулсан эсэх Тийм-1 Үгүй-2			
Он	Сар	Өдөр	Цаг
19. Бусад арга хэмжээ:			18.1 Хэмжээ (мл):

Е. Оношийн баталгаажилтын мэдээлэл			
20. Сэжигтэй тохиолдол Үгүйсгэгдсэн - 1 Батлагдсан -2		21.1 Галзуугийн эрсдэлд өртсөн тохиолдолд халдварын эх уурхайн онош батлагдсан эсэх Тийм – 1 Үгүй -2 Тодорхойгүй-3	
22.Урьдчилсан онош:			23. Батлагдсан онош:
_____		_____	_____
24. Онош батлагдсан:			
Он	Сар	Өдөр	Цаг
_____	_____	_____	_____
25. Онош баталгаажилт: 1.Тархвар судлалаар 2. Эмнэлзүйгээр 3.Лабораториор 4.Дүрс оношлогоогоор 5. Эмгэг судлалаар 6. Бусад:			

Мэдээлсэн хүний нэр:		Албан тушаал:	
_____		_____	

Эрүүл мэндийн сайдын 20... оны ... сарын ... тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЗХӨ-7

ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮНГИЙН ХУУДАС

Дугаар№

Лабораторийн нэр -----
Сорьцын нэр, төрөл, тоо -----
Сорьц ирүүлсэн байгууллага/газрын нэр хаяг: -----
Сорьц авсан ----- он ----- сар ----- өдөр
Сорьц илрүүлсэн ----- он ----- сар ----- өдөр ----- цаг ----- минут
Сорьц хүлээлгэн өгсөн ----- Овог ----- Нэр
Лабораторит хүлээн авсан ----- он ----- сар ----- өдөр ----- цаг ----- минут
Шинжилгээнд тэнцсэн эсэх -----
Лабораторийн бүртгэлийн дугаар -----
Шинжилгээ эхэлсэн ----- он ----- сар ----- өдөр

Шинжилгээний аргын стандарт	Шинжилсэн үзүүлэлтийн нэр	Таньц	Шинжилгээний дүн

Дүгнэлт-----

Хариуны дагуу авах арга хэмжээ -----

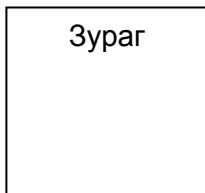
Хариу өгсөн ----- он ----- сар ----- өдөр
Нэмэлт тайлбар -----

ТЭМДЭГ Шинжилсэн эмч: -----

Тасгийн эрхлэгч: -----

Тайлбар: Шинжилгээний дүн нь зөвхөн тухайн сорьцонд хүчинтэй

5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДЭВТЭР



Зураг

РД.....

ЭМД.....

Эмч:.....

Дэвтэр нээсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

АГУУЛГА

Эхийн талаарх мэдээлэл

Жирэмсэн эхэд зориулсан зөвлөгөө

Төрөлтийн талаарх тэмдэглэл

Эхийн амны хөндийн эрүүл мэнд

Төрсний дараах хяналт

Хүүхдийн өсөлт хөгжилт ба эрүүл мэндийн үзлэг

Дархлаажуулалтын товллол

Тусгай тэмдэглэл

Эцэг эх асрамжлагчдад зориулсан зөвлөгөө

Өсөлтийн хүснэгтийн тухай ойлголт

Эрэгтэй хүүхдийн урт насны хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин уртын хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн урт насны хүснэгт(6 сараас 2 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (6 сараас 2 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин уртын хүснэгт (6 сараас 2 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн өндөр насны хүснэгт (2-5 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (2-5 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин өндөр хүснэгт(2-5 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн урт насны хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин уртын хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн урт насны хүснэгт(6 сараас 2 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (6 сараас 2 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин уртын хүснэгт (6 сараас 2 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн өндөр насны хүснэгт (2-5 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (2-5 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин өндөр хүснэгт(2-5 нас хүртэл)

НЭГ НАСТАЙ ҮЕИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТАЛААРХ ДҮГНЭЛТ

Үзлэг хийсэн: 20____ оны _____ сарын ____нд

Биеийн байдал, өсөлт бойжилт	
Хооллолтын байдал	
Сульдаагийн шинж	
Харшил	
Орчны харьцаа, оюун санааны хөгжил	
Амны хөндий, хэл, шүд	
Арьс салст (цус багадалт)	
Арьсан дорх өөхөн эдийн байдал	
Яс, булчингийн тогтолцоо	
Зүрх судасны тогтолцоо	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо	
Хоол боловсруулах тогтолцоо	
Бөөр шээсний замын тогтолцоо	
Мэдрэлийн тогтолцоо	
Дархлаажуулалт	
Шинжилгээнүүд	
1 хүртэл насанд өвчилсөн өвчнүүдийн талаарх тэмдэглэл	
Эрүүл мэндийн ерөнхий байдал, зөвлөгөө:	
Эрүүл мэндийн байгууллага, эмчийн нэр:	

*Дэлгэрэнгүй бичнэ

ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ:			
Ургийн овог:		Хот, аймаг, дүүрэг	Сум, хороо
Эцэг / эхийн нэр:		Баг, хэсэг	
Нэр:		Гэрийн хаяг, утас:	
Яс үндэс:		Ажлын газар, албан тушаал, утас:	
Мэргэжил:	Боловсрол:	Гэр бүлийн байдал:	Ам бүлийн тоо:
Эрүүл мэндийн даатгалын дэвтрийн дугаар:		Регистрийн дугаар:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Биеийн өндөр (см)		Ердийн жин (кг)	Гэрлэсэн нас

ХҮҮХДИЙН ТӨРСӨН ТУХАЙ БАТЛАМЖ:				Төрөх тасаг бүхий Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, тамга			
Ургийн овог:				Хүйс: ЭР/ЭМ дугуйлан тэмдэглэ.			
Эцэг/ эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг		Сум, хороо	
Хүүхдийн нэр:				Баг, хэсэг			
Эрүүл мэндийн даатгалын дэвтрийн дугаар:				Гэрийн хаяг:			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Төрсөн он	сар	өдөр	цаг	Дээрх хүүхдийн төрснийг 20.....оны..... сарын....өдөр албан ёсоор бүртгэсэн болно.			

Хүүхдээ төрснөөс хойш 14 хоногийн дотор бүртгүүлж Төрсний гэрчилгээг авах ёстой!

Эх, эцэг асран хамгаалагч Та үүнийг мэдэх шаардлагатай:

Энэхүү дэвтэр нь эх, хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт хөгжлийн байдлыг дэмжих, үнэлэх зориулалттай бүртгэл юм.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр бол жирэмсэн эмэгтэй та болон танай хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт ба хөгжлийг бүртгэх үндсэн баримт болно.

Эрүүл мэндийн ажилтан та:

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийн улаан хүрээтэй хуудсуудад тэмдэглэл хөтөлж бөглөнө.

Эцэг, эх, асран хамгаалагч та:

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийн цэнхэр хүрээтэй хуудсуудад тэмдэглэл хөтөлж бөглөнө.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт танай хүүхдийг насанд нь болон хэрэгцээ шаардлагад нь тохируулан хэрхэн асрах, яаж хооллох тухай зөвлөмжүүд байгаа. Дээрх зөвлөмжүүдийг уншиж, тодруулах зүйлийг эмчээсээ асуугаарай.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийг эцэг эх болон асран хамгаалагч нар хэрэглэх боломжтой. Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт танай хүүхдийн эрүүл мэндийн бүхий л мэдээлэл байх тул дэвтрийг хадгалах нь чухал. Дараах тохиолдлуудад тухайлбал:

- Сум, өрх, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, төрөлжсөн мэргэжлийн эрүүл мэндийн байгууллагаар үйлчлүүлэх
- Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнээс зөвлөгөө авах үед
- Дархлаажуулалтанд хамрагдах
- Шүдний эмчид үзүүлэх
- Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх
- Эрүүл мэндтэй холбоотой бусад асуудлаар (осол, гамшиг) эрүүл мэндийн байгууллагад хандах үед авч ирээрэй.

ХҮҮХДИЙН ОРШИН СУУГАА ХАЯГ БОЛОН ШИЛЖИЛТ ХӨДӨЛГӨӨН

Оршин суугаа хаяг он.....сар.....өдөр	Түр оршин суугаа.....он.....сар.....өдөр	Шилжилт хөдөлгөөн он.....сар.....өдөр

ЭХИЙН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

Жирэмсэн үеийн хөдөлмөрийн нөхцөл	Одоо ажил хийдэг үү ?	Одоогоор ажилгүй / орон тооны ажилтан / орон тооны бус ажилтан / хувиараа ажил эрхэлдэг/ гэрээр ажилладаг бусад (.....)		
	Ямар ажил эрхэлдэг вэ ?			
	Өдөрт хэдэн цаг ажилладаг вэ ?	() цаг, завсарлага () минут		
	Ажилдаа яаж очдог вэ ?	Нийтийн тээвэр, такси, явган, хувийн тэргээ өөрөө жолоодож		
	Ажилдаа хэдэн минут, цаг явж хүрдэг вэ ?	Нэг талдаа () минут	Хэр шахцалддаг вэ?	Маш их шахцалддаг Хэвийн
Жирэмсэн байх үеийн ажлын нөхцөл байдал		Хортой / Хүнд / Хэвийн / Бусад.....		
		Ажлаа сольсон: (_____ жирэмсний долоо хоногт)		
		Бусад:		
Төрөхийн өмнөх жирэмсний амралт		_____ жирэмсний долоо хоногтойгоос буюу _____ (сараас) _____ (өдрөөс) нийт _____ өдөр		
Төрсний дараах амралт		_____ (сараас) _____ (өдрөөс) нийт _____ өдөр		
Амьдралын нөхцөл байдал		Амины орон сууц / Орон сууцны байранд / Гэрт / Бусад		
Хэнтэй хамт амьдардаг вэ?		Хүүхдүүд: (тоо:____), Нөхөр, Хадам аав, Хадам ээж		
		Өөрийн аав , өөрийн ээж, бусад (тоо:_____)		

ЖИРЭМСЭН ЭХЧҮҮДИЙН СУРГАЛТАНД ТОГТМОЛ ОРОЛЦОЖ ТЭМДЭГЛЭНЭ ҮҮ.

Он сар өдөр	Жирэмсний хугацаа	Хаана ямар сэдвээр оролцсон

ЖИРЭМСНИЙ ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

Сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн эхний өдөр 20__ оны __ сарын __													
Ургийн анхны хөдөлгөөн мэдэрсэн өдөр (нөхөж бич !)20__ оны __ сарын __													
Амаржих товллол: (сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн өдөр дээр 7-г нэмж сараас нь 3-г хасна)20__ оны __ сарын __													
Жирэмслэлтээс хамгаалах ямар арга хэрэглэдэг байсан (бич).....													
Цусны бүлэг (зур)			A B O		Ph + -		20__ оны __ сарын __						
Үзүүлсэн өдөр	Одоогийн зовиур	Цусны даралт	Биеийн жин	Жирэмсний хугацаа (долоо хоног)	Хаван	Хэвлийн тойрог	Шээсний шинжилгээ		Төмрийн бэлдмэл	Фоллийн хүчил	Олон найрлагат	Зөвлөгөө	Эмнэлгийн байгууллага, эмч
							Уураг	глюкоз					
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
Гепатит В вирусийн эсрэгтөрөгчийг илрүүлэх шинжилгээ			20__ оны __ сарын __			Флюр шинжилгээ					20__ оны __ сарын __		
Бусад шинжилгээ:			20__ оны __ сарын __			Хооллолтын зөвлөмж өгсөн					20__ оны __ сарын __		

ЖИРЭМСНИЙ 10-12 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: ядарч сульдах, бөөлжис цутгах болон хааяа бөөлжих, толгой өвдөх, бие сулрах мөн таны хөх хэмжээгээрээ томорч зөөлөрнө.
- Хэвлий дэх хүүхдийн зүрх цохилж, гар, хөл, нүүр болон бусад том эрхтэнүүд хэлбэрээ олж эхэлнэ.
- Үтрээнээс нилээд өнгөгүй ялгадас гарч болно.
- Жирэмсний хугацаанд бие дэх бодисын солилцоо өөрчлөгддөг тул буйлны өвчинд өртөх эрсдэлтэй. Энэ нь ураг зулбах, дутуу болон бага жинтэй төрөхөд нөлөөлдөг тул жирэмсэн үедээ шүдний эмчид заавал хандаарай.
- Энэ үед архи, тамхи хэрэглэх болон эмчийн зөвшөөрөлгүй эм ууж болохгүй.

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСНИЙ 12-16 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Үтрээнээс өнгөгүй ялгадас гарах, ууц нуруугаар чилэх,
- Жирэмсний эхэн үед илэрч байсан дотор муухайрах, огиулах, бөөлжих болон ядарч сульдах нь багасна.
- Энэ үед хэвлий дэх хүүхдийн яснууд бүрэлдэн бэхжиж эхэлдэг.

ЖИРЭМСНИЙ 16-20 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Хэхрэх болон гэдсэнд хий дүүрэх амьсгаадах, хацар, хамар, дух сэвхтэх болон хөхний толгойн өнгө бараан болж өөрчлөгдөнө.
- Хэвлий дэх хүүхдийн эрхтнүүд хэлбэрээ олж өсч томорно.
- Сулхан түлхэх хөдөлгөөнийг мэдэрч эхэлнэ.
- Жирэмсэн байх хугацаанд сэтгэлийн хөөрөл болон сэтгэл гутрал давхцаж байдаг. Хэрэв та хэт их сэтгэлийн хөөрөл болон гутралтай байвал эмчдээ хандаарай.

ЖИРЭМСНИЙ 20-24 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: үтрээнээс өнгөгүй ялгадас гарах, ангир уураг ялгарч эхэлнэ: хөхнөөс шаргалдуу цэхэр өнгөтэй шингэн ялгарах ба энэ нь таны хүүхдийн анхны хоол юм.
- Хэвлий дэх хүүхдийн зүрхний цохилт чагнуурт сонсогдоно. Толгойн үс, сормуус нь ургаж эхэлнэ.
- Хүүхэд зулбах болон дутуу төрж болзошгүй шинж тэмдгүүд: умайн булчин агшиж чангарах, хэвлийн доод хэсгээр тогтмол базлах, үтрээнээс ялгарах шингэний хэмжээ нэмэгдэж, тунгалаг усархаг эсвэл цусархаг өнгөтэй болно. Хэрэв эдгээр шинжүүд илэрвэл яаралтай эмнэлэгт хандах буюу эмч дуудаарай.
- Нурууны өвдөлтөөс сэргийлэхийн тулд намхан өсгийтэй гутал өмсөөрэй.

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСНИЙ 24-28 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд: ууц нуруугаар чилэх, өтгөн хатах, цагаан мах гарах, буйл хавагнах ба буйлнаас цус гарах, ангир уураг ялгарах, хэхрэх ба гэдсэнд хий дүүрэх, амьсгаадах, хөл, гар хөөнгөтөх, үтрээнээс шингэн ялгарах, хөлийн судас өргөсөх.
- Хүүхэд эхийн хэвлийдээ эрхий хуруугаа хөхөх, ургийн хөдөлгөөн ихэсдэг.
- Шүдний бүтэц бүрэлдэж эхэлнэ.

ЖИРЭМСНИЙ 28-32 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Өмнөх шинжүүд дээр нэмэгдэж хэвлийгээр бага зэрэг хатуурах, нуруугаар өвдөх, бие сулрах, зүрх дэлсэх, жирэмсний язралт судал үүсэх, ядрах байдал илэрнэ.
- Хэвлий дэх хүүхэд чинь их түргэн өсч байгаа бөгөөд нүдээ нээж, гар болон хөлөө чөлөөтэй хөдөлгөж чадна.
- Бага, багаар олон удаа хооллох. (Энэ нь хэхрэх болон ходоодны таагүй мэдрэмжийг багасгана.)
- Удаан хугацаагаар ханиах, зүрх дэлсэх, бэлэг эрхтэн загатнах, үтрээнээс идээт ялгадас гарвал эмчид яаралтай хандаарай

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСНИЙ 32-34 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Өмнө дурьдсан шинжүүдээс гадна хөлийн шөрмөс татах, амьсгал давчдах, нойронд муудах.
- Хүүхдийн хөдөлж байгаа нь гаднаас мэдэгдэж, харагдана.
- Зулбах эсвэл дутуу төрөх эрсдлийн шинж тэмдэг байгаа эсэхийг “Жирэмслэлтийн талаарх мэдээлэл хуудас”наас шалгаарай.

ЖИРЭМСНИЙ 34-37 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны хүүхдийн жин ойролцоогоор 2.5 кг байна.
- Эмчээсээ В бүлгийн стрептококкийн халдварын шинжилгээний дүнг асуу.
- Амаржих газарт ирэхэд шаардлагатай зүйлсээ бэлтгэ. Үүнд: саван, шүдний оо, сойз, солих хувцаснууд, гар нүүрийн алчуур, шаахай, хөхний даруулга, дотуур хувцас, ариун цэврийн хэрэгсэл, хүүхдийн өлгий, малгай, хувцас, живх, эрүүл мэндийн дэвтэр, ойр зуурын бэлэн мөнгө, орны хэрэгсэл гэх мэт

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСНИЙ 38-40 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Умайн булчингийн агчилт, нуруугаар өвдөх, өтгөн хатах, хөлийн судас өргөсөх, хөх томрох болон ангир уураг ялгаралт нэмэгдэх, заримдаа хөлний шөрмөс татах, гар хөл хөөнгө болох, үтрээний ялгадас ихсэх
- Ургийн ихэвчлэн доошоо харж байрласан байдаг.
- Төрөхөд бэлэн болсон байна.
- Та эмнэлгээс алс оршин суудаг бол эхийн амрах байранд очих өдрөө товлоорой.

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСЭН ҮЕД ДАРААХ ШИНЖҮҮД ИЛЭРВЭЛ ЭМЧИД ХУРДАН ХАНДААРАЙ

Үтрээнээс цус алдах

38 градусаас дээш халуурах

Толгой хүчтэй өвдөх, нүд эрээлжлэх, цусны даралт 140/90-ээс дээш болох

Нуруугаар байнга өвдөх

Үтрээнээс шингэн их ялгарах

Биеийн жин огцом нэмэгдэж, гар хөл, шагай болон нүүрээр хавагнах

Гэнэт хэвлий аарцагаар үргэлжлэн өвдөх

Тогтмол дуншиж өвдөх

(Ялангуяа 37 долоо хоногоос эрт, цагт 4-өөс доошгүй удаа)

Ургийн хөдөлгөөн удаашрах болон хөдлөхгүй болох

(хэвийн үед цагт 4-өөс доошгүй хөдөлдөг)

**ТӨРӨЛТИЙН ТАЛААРХ ТЭМДЭГЛЭЛИЙГ АМАРЖИХ
ГАЗРЫН ЭМЧ, ЭХ БАРИГЧ БӨГЛӨНӨ**

Амаржих газрын нэр: _____ тасгийн дугаар _____

Жирэмсний тээлтийн хугацаа		_____ долоо хоног			
Төрсөн он сар өдөр	20 _____ оны _____ сарын _____ өдрийн _____ цаг _____ минут				
Ургийн байрлал/ Түрүүлсэн хэсэг	Хэвийн/толгой буруу/ өгзөг түрүүлсэн <input type="checkbox"/> Бусад(_____				
		Нэмэлт зүйл:			
Төрөлтийн үргэлжилсэн хугацаа		Цус алдсан бол	Хүндрэлтэй/ Үгүй	Эх төрөхдөө А аминдэм уусан	Тийм
	цаг	хэмжээ _____			Үгүй

Нярайн дугаар

Нярайн төрөх үеийн байдал	
Хүйс (зур)	Эрэгтэй / Эмэгтэй /Тодорхой бус /Нэг хүүхэд / Ихэр
Жин: _____ кг,	Урт: _____ см, Толгойн тойрог: _____ см
Төрөх үед илэрсэн согог :	Тийм/ Үгүй
Нярайн эрүүл мэнд	
1. Төрөнгүүт уйлсан _____ Тийм/ Үгүй	Тэмдэглэл:
2. Хэсэг хугацааны дараа уйлсан _____ Тийм/ Үгүй	
3. Уйлаагүй _____ Тийм/ Үгүй	
4. Бие нь бүхэлдээ ягаан харагдсан _____ Тийм/ Үгүй	
5. Гар хөл нь хөхөрсөн _____ Тийм/ Үгүй	
6. Бие нь бүхэлдээ хөх харагдсан _____ Тийм/ Үгүй	
7. Амьсгаагүй _____ Тийм/ Үгүй	

8. Апгарын оноо _____ Тийм/ Үгүй		
Нярайн нэн шаардлагатай тусламж-		
1. 1 цагийн дотор ангир уургийг амлуулсан _____ Тийм/ Үгүй	Тэмдэглэл:	
<ul style="list-style-type: none"> • Арьс, арьсаар шүргэлцүүлэх (хугацаа) • Хуурайшуулах 		
2. К1 аминдэм тариулсан _____ Тийм/ Үгүй		
3. Нүдэнд антибиотик хэрэглэсэн _____ Тийм/ Үгүй		
4. БЦЖ, Гепатит В, халдварт саагийн эсрэг вакцин хийсэн _____ Тийм/ Үгүй		
5. Скрининг: Нүд _____ Тийм/ Үгүй Сонсгол _____ Тийм/ Үгүй Түнхний үе _____ Тийм/ Үгүй Бодисын солилцоо _____ Тийм/ Үгүй Удам зүйн шинжилгээ _____ Тийм/ Үгүй		
Эх барьж авсан:	Эмч :	Бусад:
	Эх баригч:	

Нярайд дараах аюултай шинжүүдийг шалгах	
<ul style="list-style-type: none"> ● Шарлалт /хөлийн ул, гарын алга, шарлалтын хугацаа/ ● Бие нь халуун болох, халуурах, ● Унтаарах ● Арьсан дээр идээт тууралт гарах ● Хүйнээс идээрхэг ялгадас гарах 	<ul style="list-style-type: none"> ● Амьсгалын тоо 1 минутанд 60-аас дээш ● Хөхөө хөхөхгүй болох ● Бөөлжих ● Шээс ховор болох

ЭХИЙН ТӨРСНИЙ ДАРААХ БИЕИЙН БАЙДАЛ

Эхийн тэмдэглэл

- Та заримдаа сэтгэлээр унах юмуу эсвэл бие сульдаж тамиргүй болдог уу?
Тийм / Үгүй
- Төрсний дараа таны биед илэрч буй өвчин болон өөрчлөлтийн талаар энд тэмдэглэнэ үү.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Төрсний дараа анх усанд орсон	Төрснөөс хойш _____ өдрийн дараа	Гэр орны ажлыг эргэн хийж эхэлсэн	Төрснөөс хойш _____ өдрийн дараа
Ажилдаа эргэн орсон	Төрснөөс хойш _____ өдрийн дараа	Биеийн юм ирсэн	Төрснөөс хойш _____ өдрийн дараа
Гэр бүл төлөвлөлтийн тухай мэдээлэл авсан	Тийм / Үгүй (эмч/ зөвлөгч өгсөн) 20__ оны __ сарын __ өдөр		

ЭХИЙН АМНЫ ХӨНДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД

(төрөхийн өмнөх болон төрсний дараах үе)

														Жирэмсний долоо хоног				
														Төрсний дараах долоо хоног				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Шүдний чулуужсан өнгөр		Тийм Үгүй
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Буйлны өвчин		Үгүй Буйлны үрэвсэл Перидонтит
Зөвлөгөө:																		
Үзлэг хийсэн огноо: 20 оны сарын																		

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН ЭХИЙН БИЕЙН БАЙДАЛ

Үзүүлсэн өдөр	Одоогийн зовиур	Цусны даралт	Биеийн жин	Хаван	Хэвлийн тойрог	Бусад шинжилгээ	Төмрийн бэлдмэл	Фолийн хүчил	Олон найрлагат бичил тэжээл	Кальци, А,Д аминдэм бүхий бэлдмэлүүд	Эмнэлгийн байгууллага, эмч
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Эхийн байдал: <ul style="list-style-type: none"> • Хэвийн Тийм/ Үгүй • Өвчтэй Тийм/ Үгүй • Бусад Тийм/ Үгүй 	Нярайн байдал: <ul style="list-style-type: none"> • Хэвийн Тийм/ Үгүй • Өвчтэй Тийм/ Үгүй • Бусад Тийм/ Үгүй
---	--

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ЭХЭД ГАРЧ БОЛЗОШГУЙ ХУНДРЭЛ

• Цус алдалт	Тийм / Үгүй
• Халдвар	Тийм / Үгүй
• Цусны даралт ихэссэн	Тийм / Үгүй
• Хөх	Тийм / Үгүй
• Бусад	Тийм / Үгүй

НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Амаржих газрын нярайн эмч бөглөнө)

Хэд хоногтой	Жин (кг)	Хөхөх чадвар	Шарлалт	Бусад
		Сул/хэвийн	Байхгүй/Хэвийн / Хүнд	
Илэрсэн өвчин	Үгүй	Тийм ()		
Тийм бол хийгдсэн эмчилгээ:				

АМАРЖИХ ГАЗРААС ГАРАХ ҮЕИЙН БИЕИЙН БАЙДАЛ

(20__оны __ сарын __ өдрийн байдлаар төрсний дараах __ дах өдөр)

Жин (кг)	Хооллолтын байдал: <input type="checkbox"/> хөхөөр <input type="checkbox"/> Холимог <input type="checkbox"/> Тэжээвэр
Нярайн биеийн байдал:	
Эмч, эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:	Утасны дугаар:

НЭГ ХҮРТЭЛХ НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТ

Эрүүл мэндийн төвийн эмч, сувилагч нэг хүртэлх насны хүүхдэд гэрийн эргэлтийг дараах төлөвлөгөөний дагуу асуумж, эргэлтийн хуудас, зөвлөмжийг ашиглан хийнэ.

Нас	1 сар хүртэл /7 хоногоор/				2 сар хүртэл /7хоногоор/		3-12 сар хүртэл /сараар/									
	24-72 цаг	2	3	4	5-6	7-8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Эргэлтийн дугаар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
24-72 цагийн доторх эргэлтийн хуудас	•															
2, 3, 4 дэх эргэлтийн хуудас		•	•	•												
5, 6 дахь эргэлтийн хуудас					•	•										
3, 4 сартай үеийн эргэлтийн хуудас							•	•								
5, 6 сартай үеийн эргэлтийн хуудас									•	•						
7, 8 сартай үеийн эргэлтийн хуудас											•	•				
9, 10 сартай үеийн эргэлтийн хуудас													•	•		
11, 12 сартай үеийн эргэлтийн хуудас															•	•
Дархлаажуулалт	Дархлаажуулалтын үндэсний товлолын дагуу хийх															
А аминдэм										•						•
Д аминдэм (урьдчилан сэргийлэх зорилгоор)		•		•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Гэрийн эргэлттэй холбоотой шаардлагатай мэдээлэл

- Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн танай хүүхдийг 1 хүртэлх сартайд сард 4 удаа, 1-2 сартайд сард 2 удаа, 3-6 сартай хүүхдийг сар тутамд, 7-12 сартай хүүхдийг улиралд нэг удаа гэрээр эргэнэ.
- Эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг эргэлтээр очихоос өмнө хүүхдийн эцэг эх, асрамжлагчаар урьдчилан бөглүүлнэ.
- Гэрийн эргэлт бүрийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тэмдэглэн, эцэг, эх, асран халамжлагчийн гарын үсгийг зуруулна.

ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

ТӨРСНИЙ ДАРААХ 24-72 ЦАГИЙН ДОТОРХ ЭРГЭЛТ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.	
Эхийн сэтгэл, санааны байдал	<input type="checkbox"/> Миний эрүүл мэнд <input type="checkbox"/> Миний сэтгэл таагүй байна <input type="checkbox"/> Би гэр бүлийн дарамттай байна <input type="checkbox"/> Хүмүүс хүсээгүй байхад зөвлөгөө өгвөл хэрхэх вэ?
Хүүхдэдээ дасах	<input type="checkbox"/> Хүүхдэдээ хэр дасаж байна вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хаана унтуулах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн орны аюулгүй байдлыг хэрхэн хангах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхэд нойрсох, сэрэх хэмнэл ямар байх ёстой вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн тайвшруулах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ ямар байрлалаар хэвтүүлэх вэ?
Хүүхдээ хооллох	<input type="checkbox"/> Мариалж байгааг нь яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхэд өлссөн буюу цадсаныг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хангалттай хэмжээгээр хөхөж байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллох нь ямар ач холбогдолтой вэ? <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээл хэрэглэж болох уу? <input type="checkbox"/> Гулигах нь аюултай юу? <input type="checkbox"/> Шарлах (арьс шар болох) шинж илэрсэн тохиолдолд яах вэ? <input type="checkbox"/> Жин, урт нь хэвийн байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Зөв үмхэлтийн шинжийг мэдэх үү?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Хүүхдийн дэргэд тамхи татах ямар аюултай вэ? <input type="checkbox"/> Архи ууж болох уу? <input type="checkbox"/> Усанд оруулахад усны хэм ямар байх вэ? <input type="checkbox"/> Ухаалаг утасны хэрэглээ хүүхдэд ямар нөлөөтэй вэ? <input type="checkbox"/> Ямар тохиолдолд эмч дуудах вэ?
Хүүхдийн асаргаа	<input type="checkbox"/> Хүүхэд халуурсан эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хувцаслах талаар? <input type="checkbox"/> Усанд оруулах <input type="checkbox"/> Чих, нүд, хамар, ам, бэлэг эрхтэн цэвэрлэх <input type="checkbox"/> Арьс арчилгаа <input type="checkbox"/> Гар угаах

Таны хүүхдийн тухай асуултууд

Амаржих газраас гарснаас хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
--------------	--

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? Үгүй Тийм бол бичих

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?

Нүүсэн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа гарсан Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Баярт үйл явдал Өөрчлөлт гараагүй Өөр өөрчлөлт гарсан бол тайлбарлана уу:

Сүүлийн 2 долоо хоногийн турш, дараах асуудлууд танд хэр олон тохиолдсон бэ?

- Аливаа зүйлийг хийх сонирхолгүй, эсвэл таашаахгүй
 Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр
- Сэтгэлээр унах, гутрах, найдваргүй мэт санагдах
 Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

Танай гэр бүлд сүрьеэгийн халдвартай хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд ХДХВ-ийн халдвартай хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг үү?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн хөгжил

Төрснөөс хойш таны хүүхдэд илэрсэн өөрчлөлт байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхэд тань (тэмдэглэнэ үү):

Хөхөндөө сайн байгаа Таныг харж байна уу? Хуурайлах болон өлгий, хувцсыг тайлахад суниадаг
 Таны дууг сонсоод тайвширч, толгойгоо эргүүлж байгаа Аажим, гүнзгий хөхөж, завсарлагаатай залгиж, чөлөөтэй амьсгалж байгаа Ихэвчлэн тайван унтдаг Түрүүлгэ нь харуулан хэвтүүлэхэд эрүүгээ бага зэрэг өргөж чадаж байна Гарт бариулсан бүхнийг атгана

Таны хүүхдийн жин:кг, урт см

Төрсний дараах 24-72 цагийн доторх эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр	Харилцааны хэл	Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм	
РД			
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)
Биеийн хэм		Төрсөн өдөр	
Нас/хоног/		<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм	
Төрөх үеийн түүх		Бодит үзлэг	
<input type="checkbox"/> Хугацаандаа төрсөн _____ Д/Х Төрөх үеийн жин _____ г Эмнэлгээс гарах үеийн жин _____ г Нярайн сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хийгдсэн ба хэвийн Өөрчлөлттэй бол бич: _____ Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хянасан _____ <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай		Цусны бүлэг: эхийн _____ Нярайн _____ Билирубин арьсанд _____ Нер В (эхийн) <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> UN Нер В вакцин ____/____/____ <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хянасан	
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал		Үнэлгээ	
<i>Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар</i>			
Гэр бүлийн нөхцөл байдал			
Шинэ хүүхдэдээ эцэг эх хэрхэн дасаж байгаа байдал			
Эхийн сэтгэл гутрал <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй			
Шинэ хүүхдэд ах/эгчийн хандлага _____			
Ажил, сургуульдаа хэзээ орох _____			
Хүүхдээ асрах төлөвлөгөө _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал		Зөвлөгөө, мэдээлэл (Ярилцсан/тараах материал өгсөн)	
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан Нэг удаад хооллох хугацаа хооллодог _____ /минут/ _____ Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт _____ давтамж <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ <input type="checkbox"/> Товлолын дагуу дархлаажуулалтад хамрагдсан		<input type="checkbox"/> Төрсний дараах үе • Унтах • Өдөр тутмын амьдрал • Тайвшрах арга <input type="checkbox"/> Нярайн асаргаа • Аюултай шинжийг таних, тусламж хайх • Гараа тогтмол угаах • Нарны шууд тусгалаас зайлсхийх • Усанд оруулах, цэвэрлэх • Хувцаслах • Өдөрт 6–8 живх солих <input type="checkbox"/> Хоол тэжээлийн хангалт • Эхийн сүүгээр дагнан хооллох • Саатуулах хөхөлт, угж хэрэглэхээс татгалзах • 14 хоногтойгоос эхлэн Витамин Д өгөх, дутуу төрсөн нярайд төрсөн цагаас эхлэн Д витамин өгөх <input type="checkbox"/> Эцэг эхийн сайн сайхан байдал • Төрсний дараах айдас • Тусламж авах • Хүүхэд унтсан үед эх өөрөө унтах <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Архигүй орчин • Тамхигүй орчин • Ухаалаг утасны хэрэглээ • Сэгсрэхгүй байх • Түлэгдлээс сэргийлэх • Усны хэм • Хүүхдийн орны аюулгүй байдал	
Цаашид авах арга хэмжээ			
_____ _____ _____ _____ _____			
	Нэр	Гарын үсэг	
Эмч			
Сувилагч			
Эх			

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4А) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ
Төрсний дараах 24-72 цагийн доторх эргэлт

Таны гэр бүлд хэрэгтэй байж болох зарим зөвлөгөөг танд хүргэж байна

<p>Эхийн сэтгэл, санааны байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Танд хэдэн өдрийн турш таагүй, гунигтай, хэт ачаалалтай санагдаж байвал биднийг дуудаарай, • Хүүхдээ унтаж байгаа үед та ч мөн унтахыг хичээгээрэй, • Шаардлагатай тохиолдолд гэр бүл, найз нөхдийнхөө тусламжийг аваарай, • Ах, эгчид нь дүүгийнхээ асаргаанд хялбар, аюулгүй аргаар туслах боломжийг олгоорой, • Хүүхэд бүртэйгээ ганцаарчилсан, тусгай цагийг өнгөрүүлээрэй, • Гэр бүлээрээ тогтмол хийдэг зүйлсээ алдагдуулалгүй үргэлжлүүлээрэй, • Хэн нэгэн танд хэрэггүй, санал нийлэхгүй эсвэл хүсээгүй зөвлөгөө өгвөл инээмсэглэ, талархал илэрхийл, сэдвээ өөрчил. <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг 6 сар хүртэл дусал ус ч өгөлгүй зөвхөн эхийн сүүгээр дагнан хооллох, • Хоногт 8-12 удаа хоолло, • Та хүүхдэдээ угж буюу хөхөлт хэрэглэхээс зайлсхийх, • Хүүхэд тань өлссөнийг илтгэх шинжүүд: <ul style="list-style-type: none"> ○ Гараа амандаа хийх ○ Гараа хөхөх ○ Хөхөө хайх ○ Уйлах ○ Хэлээ булталзлуулах • Хүүхэд цадсаныг илтгэх шинжүүд: <ul style="list-style-type: none"> ○ Толгойгоо эргүүлэх ○ Амнаасаа хөхөө гаргах ○ Хүүхэд тайван болох • Та өөрөө харшилдаг хоолноосоо зайлсхий, • Хүүхэд хөхөө хөхөх цаг болсон ч унтаж байвал, эсвэл хөхөж байгаад унтвал дараах байдлаар сэрээж үргэлжлүүлэн хөхүүлнэ: <ul style="list-style-type: none"> ○ Алгаараа зөөлөн хүрэх ○ Живхийг солих ○ Хувцсыг нь тайлах • Эрүүл мэндийн ажилтан танд хүүхдээ хэрхэн байрлуулах, хэрхэн илүү түхтайгаар хөхүүлэх талаар мэдээлэл, зөвлөгөө өгнө (зөв үмхэлт, зөв байрлал), • Сүүгээ саах, хадгалахтай холбоотой аливаа бэрхшээл байвал бидэнд хандаарай. 	<p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай, • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. <p>Хүүхдийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг дулаан байлгах, арьс арьсаар шүргэлцүүлэх, • Суганы халуун хэмжигч ашиглах, • Биений хэм 38 буюу түүнээс дээш хэм байх үед биднийг дуудаарай, • Хүүхдэд хүрэхийн өмнө хүн бүр гараа тогтмол угаа, • Олон хүн цугларсан газраас зайлсхий, • 6-8 живх сольж байгаа эсэхийг анзаар, • Хүүхдээ нарны шууд тусгалаас хол байлгах. Гарцаагүй наранд гарахаар тохиолдолд хүүхдэд зориулагдсан нарны тос хэрэглэх, • Хүүхдээ тавтай байлга: <ul style="list-style-type: none"> ○ Толгойд зөөлөн хүр ○ Зөөлөн бүүвэйл ○ Усанд оруулах, хооллох, унтуулах, өдөр бүр хүүхэдтэйгээ ярих, • Өрх, сумын ЭМТ дээрээ хүүхэд асрах, өсөлт, хөгжлийг дэмжих сургалтанд хамрагдаарай. <p>Хүйг арчлах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг төрснөөс 24 цагийн дараа хүйг хавчсан хуванцар хавчаарыг авдаг. • Үүний дараа хүйний тав нь хавдаж хөөсөн байдалтай байх бөгөөд 3-6 хоногийн дотор хатаж унахыг хүй цөглөх гэнэ. • Хүй цөглөснөөс хойш хүйснээс бага зэрэг цусархаг шүүс гарч болно. • Харин хүйснээс идээрхэг ялгадас гарч, эвгүй үнэртэж, хүйн эргэн тойрны арьсны өнгө улайх үед эмчид даруй хандаарай. • Хүйнд ямар ч эмийн бодисыг хэрэглэж, цэвэрлэхийг хориглоно. <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Орон дээр унтахад нь тусал: <ul style="list-style-type: none"> ○ Хүүхдийг аль болох тусад нь унтуулахыг эрмэлз, хамт унтахаас зайлсхийх, ○ Аюулгүй байдлыг хангасан манеж дотор хэвтүүл (манежны хажуугийн хаалт нь доошилдоггүй, хөндлөвч мод хоорондын зай 6 см-ээс ихгүй байх), ○ Хэрэв манежны хажуугийн хаалт дээш, доош гүйдэг бол дээш нь 	<ul style="list-style-type: none"> ○ болгож, байнга түгж, ○ Хүүхдийг хэвтэх, унтах газарт манежинд жижиг дэр, зөөлөвч, тоглоом байлгаж болохгүй, • Хүүхдээ халуун ус, халуун уух юмнаас хол байлгах, • Хүүхдээ тэвэрч байх үедээ халуун юм уухгүй байх, • Ус халаагуурын температурыг 48 хэмээс доош байлга, • Хүүхдээ усанд оруулахын өмнө ванны усны халууныг бугуйгаа дүрж шалга, • Машиндаа болон гэртээ тамхи татахгүй байх, • Асрамжлагч машинаар явах үедээ үргэлж аюулгүйн бүс хийх, согтууруулах ундаа хэрэглэсэн үедээ хэзээ ч бүү машин барь, • Дараах шинжүүд илэрвэл бидэнд яаралтай хандаарай. <ul style="list-style-type: none"> ○ Хөхөндөө муудах, ○ Өндөр халуурах, ○ Биений халуун буурах, ○ Биений байдал дордох, ○ Арьс, салст шарлах, ○ Татах, ○ Амьсгалын тоо олшрох (1 минутанд 60 буюу түүнээс дээш), ○ Амьсгалаа түгжих, ○ Амьсгал саадтай байх, ○ Унтаарсан буюу ухаангүй, ○ Баас цустай гарах, ○ Идээт тууралт гарах, • Яаралтай тохиолдолд холбогдох утасны жагсаалтыг бэлэн байлгах. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Таны хүүхэдтэй холбоотой ямар нэгэн эргэлзээ, санаа зовоосон асуудал, • Хүүхдээ хооллох, өсөлт бойжлыг хэрхэн хянах, • Таны хүүхэд гэр бүлд тань хэрхэн дасаж байгаа, • Өөрийн тань эрүүл мэнд, • Ажил, сургуульдаа эргэн орох төлөвлөгөөний тань талаар, • Хүүхдээ асрах, хамгаалах талаар, • Гэр, орчин, машины аюулгүй байдал, • Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцахаа ээжтэй зөвшилцөх.
---	--	---

**ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ
2, 3, 4 ДЭХ ДОЛОО ХОНОГИЙН ЭРГЭЛТ**

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Эхийн сэтгэл санааны байдал	<input type="checkbox"/> Миний сэтгэл таагүй байна <input type="checkbox"/> Мансууруулах бодис, архи, тамхи хэрэглэх талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Ажил, сургуульдаа эргэж орох талаар зөвлөлдөх шаардлагатай байна <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн асрах талаар шийдвэр гаргах шаардлагатай байна
Хүүхэд ба гэр бүл	<input type="checkbox"/> Шаардлагатай үед хаанаас тусламж эрэх вэ? <input type="checkbox"/> Гэр бүлд туслах нийгмийн үйлчилгээ бий юу? <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн хүчирхийллийн үед хэнд хандах вэ?
Хүүхдээ таньж мэдэх	<input type="checkbox"/> Унтах/сэрэх хэмнэл ямар байх ёстой вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хаана унтуулах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ унтаж байх үед нь аюулгүй байдлыг хэрхэн хангах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдэдээ зарцуулах хугацааг хэрхэн төлөвлөх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн тайвшруулах вэ? <input type="checkbox"/> Хэт их уйлах нь хэвийн үү?
Хүүхдээ хооллох	<input type="checkbox"/> Хүүхдээ ямар давтамжтай хооллох вэ? <input type="checkbox"/> Хангалттай хооллож байгаа эсэхээ яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ юугаар хооллох вэ? <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллох ямар эрсдэлтэй вэ? <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллоход тусламж авах <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хооллох үедээ хэрхэн тэврэх вэ? <input type="checkbox"/> Гулигахаас яаж сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Гэдэс дүүрэхээс яаж сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Саатуулах хөхөлт ашиглаж болох үү? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хэвийн байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Д аминдэм
Хүүхдийн асаргаа	<input type="checkbox"/> Халуурсан эсэхийг хэрхэн мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хувцаслалт ямар байвал зохистой вэ? <input type="checkbox"/> Усанд оруулах <input type="checkbox"/> Чих, нүд, хамар, ам, бэлэг эрхтэн цэвэрлэх <input type="checkbox"/> Арьс арчилгаа <input type="checkbox"/> Гар угаах
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Машины аюулгүй суудал хэрэглэх хэрэгтэй юу? <input type="checkbox"/> Унахаас хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хахах, бүтэхээс хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Ухаалаг утас хэрэглэх нь хүүхдэд ямар нөлөөтэй вэ?

Таны хүүхдийн тухай асуултууд

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Сүрьеэ	Танай гэр бүлийн хэн нэгэнд эсвэл ойрд хамт байсан хэн нэгэнд сүрьеэ оношлогдсон уу, эсвэл арьсны сорил эерэг гарсан үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Танай гэр бүлийн гишүүдэд эсвэл хүүхэдтэй ойр байдаг хэн нэгэнд сүүлийн нэг сарын турш шалтгаангүй ядрах, шөнө орондоо хөлрөх, ханиаж цэр гарах шинж илэрсэн үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? Үгүй Тийм бол бичих

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан үү?

Нүүсэн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа гарсан Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Баярт үйл явдал Өөрчлөлт гараагүй Өөр өөрчлөлт гарсан бол тайлбарлана уу:

Сүүлийн 2 долоо хоногийн турш, дараах асуудлууд танд хэр олон тохиолдсон бэ?

1. Аливаа зүйлийг хийх сонирхолгүй, эсвэл таашаахгүй

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

2. Сэтгэлээр унах, гутрах

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг үү?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн өсөлт, хөгжил

Төрснөөс хойш таны хүүхдэд илэрсэн ямар нэгэн эргэлзээтэй өөрчлөлт байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхэд тань (тэмдэглэнэ үү):

Хөхөндөө сайн байгаа Хүүхэд хувцастай болон нүцгэн аль ч үед хөл гараараа чөлөөтэй хөдөлгөж байна

Таны царайг дагуулж харж байгаа Чанга дуу чимээнд хөл гараа хөдөлгөх эсвэл уйлдаг Толгойгоо даах гэж оролдож байна

Таны хоолойг сонсоод тайвширч, толгойгоо эргүүлж байгаа Хүүхдийн хүй хуурай байгаа

Аажим, гүнзгий хөхөж, завсарлагаатай залгиж, чөлөөтэй амьсгалж байгаа

Таны хүүхдийн жин: кг, урт см

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ
2, 3, 4 дэх долоо хоногийн эргэлт

Таны гэр бүлд хэрэгтэй байж болох зарим зөвлөгөөг танд хүргэж байна

<p>Эхийн сэтгэл санааны байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Өөртөө анхаарал тавь. Тэгснээр хүүхдээ асрах эрч хүчтэй болно, • Танд хэдэн өдрийн турш таагүй, гунигтай, хэт ачаалалтай санагдаж байвал биднийг дуудаарай, • Ажил, сургуульдаа эрт орох нь олонх эцэг, эхэд хүндээр тусдаг. Хэрвээ та ажил, сургуульдаа эргэн орохоор шийдсэн бол хүүхдээ хэрхэн эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох талаар бодоорой. <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг 6 сар хүртэл зөвхөн эхийн сүүгээр дагнан хооллох, • Хоногт 8-с дээш удаа, өдөр шөнө харгалзалгүй хүссэн үед нь хөхүүл, • Хөхүүлсний дараа хэврүүлэх, • Хоногт 6-8 живх сольж, 3-4 удаа бааж байвал таны хүүхэд сайн хооллож байна гэсэн үг, • Ээж та олон найрлагат бичил тэжээлээ үргэлжлүүлэн уугаарай, • Сүүгээ саах, хадгалахтай холбоотой аливаа бэрхшээл байвал бидэнд хандаарай. <p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай <p>Хүүхдийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Усанд оруулах, хооллох, унтах, тоглох өдөр тутмын хэвшилтэй болох, • Хүүхдээ ойрхон тэвэрч, бүүвэйл, • Сэрүүн үед нь заримдаа хүүхдийг түрүүлэг нь харуулж хэвтүүл. Түрүүлэг нь харуулсан үедээ үргэлж дэргэд нь байгаарай, • Хүүхдийг дулаан байлгах, арьс арьсаар шүргэлцүүлэх, • Хүүхэд уйлах нь хэвийн үзэгдэл ба 6-8 долоо хоногтойгоос уйлах нь нэмэгддэг, • Хүүхэд уйлвал зөөлөн аргадах, илэх, бүүвэйлэх байдлаар тайвшруулах, • Хүүхдээ хэзээ ч сэгсэрч болохгүй, <ul style="list-style-type: none"> ○ Таны сэтгэл тавгүй байвал хүүхдээ аюулгүй байрлалд хэвтүүлээд тусламж дуудаарай, 	<ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ эрүүл байлгахын тулд гараа тогтмол угаагаарай. • Өрх, сумын ЭМТ дээрээ хүүхэд асрах, өсөлт, хөгжлийг дэмжих сургалтанд хамрагдаарай. <p>Хүүхэд ба гэр бүл</p> <ul style="list-style-type: none"> • Найз, гэр бүл, нөхөр, хамт амьдрагчтайгаа хамтдаа цагийг өнгөрөөх төлөвлөгөө гарга, • Төлөвлөсөн зүйлсээ хэрэгжүүлж чадахгүй байхтай холбоотой аливаа асуудал гарвал та бидэнд хандаарай, • Ганцаараа мэт санагдаж ганцаардаж байвал бидэнд хандаарай, • Хэн нэгэн таныг цохих буюу гэмтээвэл, эсвэл та болон таны хүүхэд гэртээ аюултай байдалд байгаа бол бидэнд хандаарай, • Яаралтай тохиолдолд та бэлэн байгаарай: <ul style="list-style-type: none"> ○ Гэртээ анхны тусламжийн хэрэгсэлтэй байх, ○ Яаралтай тохиолдолд хандах утасны жагсаалттай байх, ○ Хүүхдийн халууныг хэрхэн үздэгийг мэддэг байх, (Хүүхдийн халуун 38-аас дээш хэм байвал биднийг дуудах), 	<p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Орон дээр унтахад нь тусал: <ul style="list-style-type: none"> ○ Аюулгүй байдлыг хангасан манежанд хэвтүүл (манежны хажуугийн хаалт нь доошилдоггүй байх бөгөөд хөндлөвч мод хоорондын зай 6 см-аас ихгүй байх), ○ Хэрэв манежны хажуугийн хаалт дээш, доош гүйдэг бол дээш нь болгож, байнга түгж, ○ Манежинд жижиг дэр, зөөлөвч, тоглоом байлгаж болохгүй, • Хүзүүний зүүлт, бугуйвч, залгуур зэргийг хүүхдээс хол байлгах, • Хувцас солих, живх солих үедээ аюулгүй байдлын үүднээс нэг гараа хүүхэд дээрээ үргэлж байлга. • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Асрамжлагч машиндаа болон гэртээ тамхи татахгүй байх, • Асрамжлагч машинаар явах үедээ үргэлж аюулгүйн бүс хийх, архи, мансууруулах зүйл хэрэглэсэн үед машин бүү барь, • Хүүхдийг гар утаснаас ямагт хол байлга. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд аюулгүй байдлаар гэрээ зохион байгуулах, • Хүүхдээ 3 нас хүртэл өөрөө харж, асрах боломж, • Хүүхдээ хооллох.
--	--	---

ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

5-6, 7-8 ДАХЬ ДОЛОО ХОНОГИЙН ЭРГЭЛТ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Эхийн сэтгэл санааны байдал	<input type="checkbox"/> Өдөр тутмын амьдралдаа эргэн орох талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Надад гунигтай санагдаж байна <input type="checkbox"/> Хамтрагч, гэр бүлийн зүгээс хүүхдээ асрахад тусалж байгаа эсэх <input type="checkbox"/> Хүүхдээ асрахад надад тусламж хэрэгтэй байна <input type="checkbox"/> Ах, эгч нар нь шинэ дүүдээ хэрхэн дасаж байгаа талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Өөртөө хэрхэн цаг гаргах тухай <input type="checkbox"/> Хамтрагчтайгаа хамтдаа байх боломж хайх
Хүүхэдтэйгээ харилцах	<input type="checkbox"/> Хүүхэддээ хэр дасаж байгаа талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Хүүхдийн унтах ор ямар байх ёстой вэ? <input type="checkbox"/> Унтах үед нь аюулгүй байдлыг нь хэрхэн хангах вэ? <input type="checkbox"/> Эргэж хөрвөөх <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ ярилцах, харилцах, тоглох талаар <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн тайвшруулах вэ? <input type="checkbox"/> Өдөр тутмын асаргааны талаар
Хүүхэд ба гэр бүл	<input type="checkbox"/> Ажил, сургуульдаа явахдаа хүүхдээ орхих талаар <input type="checkbox"/> Хүүхэд асрах үйлчилгээний талаар
Хүүхдээ хооллох	<input type="checkbox"/> Тогтмол хооллох <input type="checkbox"/> Хүүхдээ тэврэх <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хэвийн байгаа эсэх <input type="checkbox"/> Өлссөн, цадсан гэдгийг хэрхэн мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллоход тусламж авах хэрэгтэй байна
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Машины аюулгүй суудлын талаар <input type="checkbox"/> Халуун усны хэмийг хэрхэн шалгах талаар <input type="checkbox"/> Хахахаас хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Эргэж хөрвөхөд нь унахаас хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хөхөөрөө дархаас хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Усны онгоцны аюулгүй байдлын талаар <input type="checkbox"/> Тамхи татах, архи, согтууруулах ундаа хэрэглэх талаар <input type="checkbox"/> Ухаалаг утасны хэрэглээний талаар

Таны хүүхдийн тухай асуумж

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Хараа

Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу?

Үгүй Тийм бол бичих

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?

Нүүсэн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа гарсан Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Баярт үйл явдал Өөрчлөлт гараагүй Өөр өөрчлөлт гарсан бол тайлбарлана уу:

Сүүлийн 2 долоо хоногийн турш, дараах асуудлууд танд хэр олон тохиолдсон бэ?

1. Аливаа зүйлийг хийх сонирхолгүй, эсвэл таашаахгүй

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

2. Сэтгэлээр унах, гутрах

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг ба хүүхдэд бариулдаг уу?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн хөгжил

Таны хүүхдийн хөгжил, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн өвөрмөц зүйл байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхдэд тань дараах зүйлс илэрч байгаа (тэмдэглэнэ үү):

Инээнэ Өөрийгөө тайвшруулна (гараа амандаа хийнэ) Гар, хөлөө зэрэг хөдөлгөнө Гунганана Өлсөж, ядарснаа өөр байдлаар үйлж мэдэгдэнэ Өргөхөд толгойгоо даана Тань руу харна Ганцаардсан үедээ үйл хөдлөлөөр илэрхийлдэг Түрүүлэг нь харуулахад толгойгоо дээш өргөнө Хэвтэж байхдаа хөдөлж буй зүйлийг толгойгоо эргүүлэн дагуулж хардаг

5-6, 7-8 дахь долоо хоногийн эргэлтийн үнэлгээ (2 сар)

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (z оноо)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас/хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____ <input type="checkbox"/> Одоо хэрэглэж байгаа эм _____		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____		√= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Толгой/Зулай (Байрлалтай холбоотой гавлын өөрчлөлт) <input type="checkbox"/> Нүд (гэрлийн рефлекс/Хялар/хараатай) <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Арьс <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, тэгш байдал) <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх			
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Үнэлгээ			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Шинэ хүүхдэд эцэг эх дасаж байгаа байдал _____ _____ Эхийн сэтгэл гутрал <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй Эцэг, эх ажил хийж байгаа <input type="checkbox"/> Эцэг <input type="checkbox"/> Эх Хүүхэд асрагчтай <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм, Хэлбэр _____ _____ Өмнөх эргэлтээс хойш гарсан өөрчлөлт _____ _____				Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____ _____ _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ <input type="checkbox"/> Товлолын дагуу дархлаажуулалтад хамрагдсан		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ _____ _____		Ярилцсан/гараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Эцэг эхийн сайн сайхан байдал • Гэр бүлийн зохицуулалт <input type="checkbox"/> Хоол, тэжээл • Эхийн сүүгээр дагнан хооллох Витамин Д насанд тохирсон тунгаар 14 хоногтойгоос эхэлж өгөх <input type="checkbox"/> Шээс, баас <input type="checkbox"/> Саатуулагч хөхөлт, угж хэрэглэхээс татгалзах <input type="checkbox"/> Хүүхдийн зан үйл • Тайвшруулах аргууд • Биеийн хөгжил • Түрүүлэг нь харуулах			
Цаашид авах арга хэмжээ							
_____ _____ _____ _____							
Нэр				Гарын үсэг			
Сувилагч/Эмч				_____			
Эх				_____			

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4А) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ

5-6, 7-8 дахь долоо хоногийн эргэлт

Таны гэр бүлд хэрэгтэй байж болох зарим зөвлөгөөг танд хүргэж байна

<p>Эхийн сэтгэл санааны байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> Өөртөө анхаарал тавь. Тэгснээр хүүхдээ асрах эрч хүчтэй болно, Гэр бүл, найз нартайгаа холбоотой байгаарай, Ах, эгч нь дүүгийнхээ асаргаанд энгийн, аюулгүй байдлаар оролцох боломжийг олгоорой (жижиг зүйлийг авч ирж өгөх, дүүгийнхээ гараас атгах гэх мэт). <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> Хүүхдийг 6 сар хүртэл дусал ус ч өгөлгүй зөвхөн эхийн сүүгээр дагнан хооллох, Өдөрт 8-аас олон удаа хөхүүл, Сүүгээ саах, хадгалахтай холбоотой асуудал гарвал бидэнд хандаарай. <p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. <p>Хүүхэдтэй тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> Хүүхдэд харах, сонсох, мэдрэх, чөлөөтэй хөдлөх, өөрт тань хэрхэн хүрэхийг заагаарай, Хүүхдийн нүдний өмнө тод өнгийн зүйлсийг хөдөлгөж, түүнийг дагуулж харах, хүрч сурахад туслаарай, Хүүхдийнхээ нүд рүү харж, түүнтэй ярилцаарай, Хүүхэдтэйгээ хамт инээгээрэй. Хүүхдийнхээ гаргасан дуу авиа, дохиог дуурайх байдлаар харилцаарай. Усанд оруулах, хооллох, унтах, тоглох өдөр тутмын энгийн хэвшилтэй болох, Хүүхэд юунд дуртай, юунд дургүй байгааг мэдэж аваарай, Хүүхдийг тайвшруулахад юу хэрэгтэй байгааг (хуруугаа өгөх, ярилцах, бүүвэйлэх, тэвэрч явах гэх мэт) мэдэж аваарай. 	<p>Хүүхэд ба гэр бүл</p> <ul style="list-style-type: none"> Ажил, сургуульдаа хэзээнээс эргэн орохоо төлөвлөж эхэл, Хүүхдийн асаргаа болон гэр бүлийн хэрэгцээтэй холбоотой асуудал гарвал бидэнд хандаарай, Хүүхдээ түр хугацаагаар орхиж явах нь хэцүү санагдах, таагүй байх нь энгийн зүйл гэдгийг ойлгох. <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> Орон дээр унтахад нь тусал: Хүүхдийг тусад нь унтуулах ба эх хөхөөрөө дарахаас сэргийлэх, <ul style="list-style-type: none"> Аюулгүй байдлыг хангасан манежанд хэвтүүл (манежны хажуугийн хаалт нь доошилдоггүй байх бөгөөд хөндлөвч мод хоорондын зай 6 см-аас ихгүй байх), Хэрэв манежны хажуугийн хаалт дээш, доош гүйдэг бол дээш нь болгож, байнга түгж, Манежинд жижиг дэр, зөөлөвч, тоглоом байлгаж болохгүй. Аль болох олон удаа хүүхдээ тэвэр, (арьс арьсаар шүргэлцүүлэх) ярилц, ном уншиж өг, дуу дуулж өг, тогло. Ингэснээр эх хүүхдийн хооронд хайрын холбоо бий болно. Сэрүүн үед нь хүүхдээ үе үе түрүүлэг нь харуулж хэвтүүл. Энэ үед нь үргэлж дэргэд нь байгаарай, 	<ul style="list-style-type: none"> Гялгар уут, шаар болон бусад жижиг тоглоом зэргийг хүүхдээсээ үргэлж хол байлга, Хувцаслах, живх солих үед хүүхэд хөрвөөх учир нэг гараа үргэлж хүүхдийг хамгаал, Ус халаагуурын хэмийг 48-өөс доош байлга, Хүүхдийг усны онгоцонд ганцааранг нь хэзээ ч (хөвөгч цагираг, суудалтай байсан ч гэсэн) бүү үлдээ, Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, Зорчигчийн аюулгүй дэртэй үрд суудал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгаж болохгүй, Асрамжлагч машинаар явах үедээ үргэлж аюулгүйн бүс хийх, архи мансууруулах бодис хэрэглэсэн үедээ хэзээ ч бүү машин барь, Асрамжлагч машиндаа болон гэртээ тамхи татахгүй байх. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Таны хүүхэд ба гэр бүл, Хүүхдээ хооллох, Хүүхдээ тайвшруулах, Хүүхэдтэйгээ тоглох, Өөртөө болон хүүхдэдээ анхаарал тавих, Гэрээ хүүхдэд аюулгүй байдлаар зохион байгуулах, Бусад
---	---	---

3-4 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Эхийн сэтгэл санааны байдал	<input type="checkbox"/> Өөртөө болон гэр бүлдээ зарцуулах цаг хэрхэн гаргах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ хамт цагийг хэрхэн өнгөрүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Ажилдаа орох талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Хүүхэд асрах хүн эрж олох талаар ярилцмаар байна
Хүүхэдтэйгээ харилцах	<input type="checkbox"/> Хаана унтуулах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийг унтах аюулгүй орчин хэрхэн бүрдүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ ярилцах, харилцах, тоглох талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн тайвшруулах вэ?
Хооллолт	<input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хэдэн сар хүртэл дагнан хооллох вэ? <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллож болох уу? <input checked="" type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, үрт хэвийн байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоол өгч эхлэх үү? <input type="checkbox"/> Хүнсний харшилийн талаар ярилцмаар байна
Амны хөндийн эрүүл мэнд	<input type="checkbox"/> Шүд цухуйх талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Шүлс их гоожих нь хэвийн үү?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Машины аюулгүй суудал хэрэглэх хэрэгтэй юу? <input type="checkbox"/> Түлэгдэх, унах, хахах, хордохоос хэрхэн урьдчилан сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хөлд оруулагч хэрэглэх үү? <input type="checkbox"/> Усанд живэхээс хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хар тугалганы хордлогоос хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Ухаалаг утас хэрэглэх нь хүүхдэд ямар нөлөөтэй вэ?

Хүүхдийн тухай асуумж

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

-Тийм -Үгүй -Мэдэхгүй

Сонсгол	Таны хүүхдийн сонсголд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Цус багадалт	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээтэй юу? Үгүй Тийм бол бичих

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?

Шилжилт Ажлын өөрчлөлт Тусдаа гарсан Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Бусад

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг ба хүүхдэд бариулдаг уу?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн хөгжлийн үнэлгээ

Таны хүүхдийн хөгжил, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн өвөрмөц зүйл байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхдийн хийж чаддаг зүйлийг тэмдэглэнэ үү?

Эргэж хардаг Тэврүүлэх дуртай Хүүхдийг өвөр дээрээ тэврэхэд тэнцвэртэйгээр зогсож чадаж байна
Сууж байхдаа толгойгоо сайн дааж тогтвортой байлгадаг Ямар нэг дуу хоолойг сонсоод баярладаг
Гараараа өөрийнхөө нүүр, нүд аманд хүрнэ Ямар нэг зүйлд дургүй байгаагаа илэрхийлдэг Тантай тоглох дуртай Цээжээр өргөхөд гараа сунгаж өргөдөг Ганцаараа тайван байдаг Шулганаж бувтнадаг Тод өнгийн зүйлийг дагуулан харж барьж авах гэж оролдож байна Харагдахгүй байрлалаас хүүхдийг дуудах тохиолдолд тэр тань руу толгойгоо эргүүлж хардаг Хөгжим дуугарахад сонсож байна Толинд харахдаа дуртай байна Чөлөөтэй эргэж хөрвөөж байна

3-4 сартай хүүхдийн эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас /сар,хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн		√= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Толгой/Зулай (Байрлалтай холбоотой гавлын өөрчлөлт) <input type="checkbox"/> Нүд (гэрлийн рефлекс/Хялар/хараатай) <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Арьс <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, тэгш байдал) <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____ _____ _____ _____			
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Үнэлгээ			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Эцэг эхийн дэмжлэг- ажил, гэр бүлийн тэнцвэрт байдал Эцэг, эх ажил хийж байгаа <input type="checkbox"/> Эцэг <input type="checkbox"/> Эх Хүүхэд асрагчтай <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм, хэлбэр: _____ Өмнөх эргэлтээс хойш гарсан өөрчлөлт _____ _____				_____ _____ _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Идэвх <input type="checkbox"/> Хэвийн _____		Ярилцсан/тараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн зохицуулалт <input type="checkbox"/> Хоол тэжээлийн хангалт ба хүүхдийн өсөлт • Эхийн сүүгээр дагнан хооллох • Витамин Д насанд тохирсон тунгаар сар бүр уулгах • ОНБТХ уулгах <input type="checkbox"/> Биеийн өсөлт, хөгжил <input type="checkbox"/> Шээс, баас <input type="checkbox"/> Хүүхдийн хөгжил • Нийгэмших • Харилцах • Өдрийн дэглэм • Унтах цаг			
Цаашид авах арга хэмжээ				<input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй • Аяга халбага тусдаа байх • Орон дээр угжихгүй байх <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Түлэгдэхээс сэргийлэх Халуун шингэн Ус халаагуур • Хордох • Унах • Живэх • Хахах • Гэрийн орчны аюулгүй байдал			
		Нэр		Гарын үсэг			
Сувилагч/Эмч							
Эх							

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4Б) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил.

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ

3-4 сар

<p>Эцэг, эхийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ асрах цаг зав гарга, • Аав хүүхэдтэйгээ хамт байх цаг гаргах, • Хүүхдээ асрах хамгийн сайн асаргааг мэдэх, • Хүүхэдтэй өдөр бүр ярьж, дуулж, уншиж өгөх, • Хүүхдэд иллэг массаж хийх нь тайван амрах, унтахад нь илүү тустай байдаг. <p>Хүүхдийн хооллолт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амьдралын эхний 4 сар хүртэл хөхөөр дагнан хооллох нь хамгийн сайн хоол тэжээл, • Хүүхдийг тэжээвэр хооллолттой болгохоос зайлсхийх нь хүүхдэд дараах ач холбогдолтой, • Хэвийн өсөлт, • Хөдөлгөөний идэвх сайжирна. <p>Эхийн сүүгээр хооллолт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийн амьдралын эхний 6 сар хүртэл хөхөөр үргэлжлүүлэн хооллох нь хүүхдийн өсөлт, хөгжилтийг сайжруулан эерэгээр нөлөөлөх хамгийн сайн үр дүнтэй арга юм, • Хэрэв та хүүхдээ эхийн сүүгээр хооллож байгаа бол энэ маш сайн зүйл, • Гадагш гарахдаа хөхөө сааж сүүгээ үлдээнэ. Эхээс саасан сүүгээр хүүхдийг хооллохдоо өөрт нь зориулсан аягаар хооллоно. Угж, хөхөлт хэрэглэхээс зайлсхийнэ, • Хүүхдээ хооллох үедээ эрүүл ахуйн дэглэм баримтал. <p>Сүүн тэжээлээр хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тэжээвэр буюу холимог хооллолттой бол хооллохын өмнөх эрүүл ахуй болон шаардлагын дагуу бэлтгэлийг сайн хангана, • Хүүхдийг зөв хооллох, • 1 удаа өгөх сүүний хэмжээг биеийн жинд тооцон зөвлөх <p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан 	<p>мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. <p>Хүүхэдтэй тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Өнгөлөг тоглоом болон толинд харахдаа маш дуртай баярлана, • Өнгийн бөмбөлөг бөөрөнхий хэлбэртэй тоглоомуудаар тоглоно. • Хүүхдийн нүдний өмнүүр тод өнгийн зүйлийг аажим хөдөлгөж, түүнийг шүүрч авах, барихад туслаарай, • Хүүхдэд шажигнадаг тоглоом, утсанд хэлхсэн цагираг өгөөрэй, • Хүүхэдтэйгээ хамт инээгээрэй, • Гаргасан дуу авиа, дохио зангааг дуурайх байдлаар харилцаарай. • Хүүхдийнхээ дуртай болон дургүй зүйлсийг мэддэг байх, • Хүүхэдтэйгээ тоглож урамшуулаарай. <p>Хүүхдэд гарах өөрчлөлт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Унтах цаг багасч сэрүүн байх хугацаа нэмэгдэнэ. <p>Уйлах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анхаарал халамж болон хоол идэхийг хүссэн үедээ гараа амандаа хийн уйлна. <p>Амны хөндийн эрүүл ахуй</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ихэнхи хүүхдэд 4 сартайгаас шүд цухуйж эхлэнэ. • Хүүхдэд хэрэглэдэг аяга халбагыг цэвэр байлгах • 4 сартайгаас өдөрт 2 удаа зөөлөн үстэй тохирсон сойзоор шүдийг цэвэрлэж өгөх <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг тохирсон оронд ар нуруугаар нь орны толгойноос (манежны хажуугийн хаалт нь доошилдоггүй байх бөгөөд хөндлөвч мод хоорондын зай 6 см-ээс ихгүй байх) зайтай гэдэргэн харуулж унтуулна, 	<ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийн ор хаалт хамгаалалттай байх ба орон дээр ганцааранги орхихгүй, • Хүүхдийн ор зөөлөн бамбагар дэвсгэртэй байх ба хүүхдийг тайтгаруулах өнгийн тоглоомыг байрлуулна. • Хүүхдийн ойр орчмоос эм, болон хордуулах үйлчилгээтэй бодисыг зайлуулах, • Хүүхдэд 48 хэмийн ус нь түлэгдэлт үүсгэдэг тул түүнээс бага хэмийн усыг хэрэглэх, • Хэт хүйтэн болон халуун усыг уулгаж болохгүй, • Хүүхдийг усанд оруулахдаа ганцааранги орхихгүй байх ба ванны суудлыг хэрэглэх халтирч унагаахаас болгоомжлох, • Гал тогооны өрөө хүүхдэд аюултай гэдгийг анхаарах, • Хөлд оруулагчийг ашиглаж болохгүй, • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Зорчигчийн аюулгүй дэртэй урд суудал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгаж болохгүй. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд туслах, • Гэрт болон машинаар тээвэрлэх үедээ аюулгүй байдлыг хангах, • Шүдийг угааж сурах, • Хүүхдийн танин мэдэхгүйн хөгжил хурдацтай явагдаж байдаг тул хүүхэдтэй ярилцах, уншиж өгөх. • Бусад
--	---	--

5-6 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?	
Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?	
Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.	
Гэр бүлийнхэн юу хийх вэ?	<input type="checkbox"/> Сайн эцэг эх байх талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Тусламж хэрэгтэй үед би хаана хандах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ сайн асарч байгаа эсэхээ яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Сайн цэцэрлэг, хүүхэд харах газар хэрхэн сонгох вэ?
Хүүхэдтэйгээ харилцах ба өсөлт, хөгжлийг хянах	<input type="checkbox"/> Шинэ зүйлд суралцаж байна уу? <input type="checkbox"/> Ганцаараа хэсэг тайван байна уу? <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал хангаж унтуулдаг уу? <input type="checkbox"/> Унтах цаг нь богиноссон уу? <input type="checkbox"/> Мөлхөх гэж оролддог уу? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн өсөлт, хөгжилт хэвийн байна уу? <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ ярилцах, харилцах, тоглох
Хооллолт	<input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох уу? <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоолонд хэрхэн оруулах вэ? <input type="checkbox"/> Хоолны нэр төрөл ямар байх нь зохистой вэ? <input type="checkbox"/> Хоолны давтамж, хэмжээ, төлөв байдал ямар байх нь зохистой вэ? <input type="checkbox"/> Аяганаас уулгаж болох уу? <input type="checkbox"/> Хүнсний харшилтай бол яах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хангалттай нэмэгдэж байгаа эсэхийг хэрхэн мэдэх вэ?
Амны хөндийн эрүүл ахуй	<input type="checkbox"/> Хүүхдийн шүдийг хэзээнээс эхэлж, юугаар, хэрхэн угаах вэ? <input type="checkbox"/> Фторын хэрэгцээг хэрхэн нөхөх вэ?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Хүүхэд мөлхөхөд аюулгүй орчин хэрхэн бүрдүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Машины аюулгүйн суудал хэрэглэх үү? <input type="checkbox"/> Түлэгдэх, унах, хахах, хордохоос хэрхэн урьдчилан сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал хангаж хэрхэн усанд оруулах вэ?
Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд өөрчлөлт гарсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй	
Хүүхдийн тухай асуумж	
Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй	
Сонсгол	Таны хүүхдийн сонсголд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Хар тугалга	Хүүхдийн тань тоглоомонд хар тугалга байгаа эсэхийг та шалгаж чадах уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй Танай амьдарч буй байр 1978 оноос өмнө баригдсан уу?(сүүлийн 6 сард засвар хийж шинэчилсэн) <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Сүрьеэ	Танай гэр бүлийн хэн нэгэнд, эсвэл хүүхэдтэй ойр байдаг хэн нэгэнд сүүлийн 1 сарын турш шалтгаангүй ядрах, шөнө орондоо хөлрөх, ханиаж цэр гарах шинж илэрсэн үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй Танай гэр бүлд сүрьеэгээр өвчилсөн хүн байгаа юу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Амны хөндийн эрүүл ахуй	Танай гэр бүлийн хэн нэгэнд амны хөндийн ямар нэгэн асуудал байдаг уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй Хүүхэд угж хөхөж унтдаг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй Хүүхэд унтаж байхдаа хөхөө хөхдөг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм бол бичих	

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд танай гэр бүлд ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?	Шилжилт <input type="checkbox"/> Ажлын өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Тусдаа гарсан <input type="checkbox"/> Салалт <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн гишүүн эндсэн <input type="checkbox"/> Бусад
Сүүлийн 2 долоо хоногт дараах санаа зовоосон асуудлуудаас ажиглагдсан уу?	
1. Ямар нэгэн жижиг зүйлд анхаарлаа хандуулдаг <input type="checkbox"/> Огт үгүй <input type="checkbox"/> Заримдаа <input type="checkbox"/> Хааяа <input type="checkbox"/> Өдөр бүр 2. Тайван бус, уйлагнадаг <input type="checkbox"/> Огт үгүй <input type="checkbox"/> Заримдаа <input type="checkbox"/> Хааяа <input type="checkbox"/> Бараг өдөр бүр	
Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?	<input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм
Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?	<input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм
Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг ба хүүхдэд бариулдаг уу?	<input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм
Хүүхдийн хөгжлийн үнэлгээ	
Таны хүүхдийн хөгжил, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн өвөрмөц зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм бол бичих	
Дараахаас хүүхдийн хийж чаддаг зүйлийг тэмдэглэнэ үү? <input type="checkbox"/> Эргэж хардаг <input type="checkbox"/> Эргэн тойрноо харж ажигладаг <input type="checkbox"/> Ганцаараа суудаг <input type="checkbox"/> Нэрээр нь дуудахад мэддэг <input type="checkbox"/> Хамт тоглох дуртай <input type="checkbox"/> Гэр бүлийнхээ таньдаг хүмүүсээ харж инээдэг <input type="checkbox"/> Гэр бүлтэйгээ байхдаа шулганаж ярьдаг <input type="checkbox"/> Ойролцоо байгаа тоглоомыг авч байна <input type="checkbox"/> Барьсан зүйлээ амандаа хийдэг <input type="checkbox"/> Сууж байх үед нь гараас нь барихад татаж босно <input type="checkbox"/> Гараа сарвайн дохиж юм авахыг хүсдэг <input type="checkbox"/> Танихгүй хүнээс айж гэрэвшиж байна	

5-6 сартай хүүхдийн эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр			
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД		
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас/сар,хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм	
Түүх				Бодит үзлэг				
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____ <input type="checkbox"/> Одоо хэрэглэж байгаа эм _____		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____		✓= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Арьс <input type="checkbox"/> Нүд (гэрлийн рефлекс/Хялар/хараатай) <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, тэгш байдал)		<input type="checkbox"/> Ерөнхий байдал <input type="checkbox"/> Чих/Сонсголтой <input type="checkbox"/> Хамар <input type="checkbox"/> Амны хөндий, залгиур <input type="checkbox"/> Уушги, амьсгалын тоо <input type="checkbox"/> Хэвлий <input type="checkbox"/> Толгой/зулай <input type="checkbox"/> Бэлэг эрхтэн <input type="checkbox"/> Эр/Төмсөг буусан <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Нуруу <input type="checkbox"/> Мөчид		
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____				
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Эцэг эхийн дэмжлэг- ажил, гэр бүлийн тэнцвэрт байдал _____ Эхийн сэтгэл гутрал _____ <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй Эцэг, эх ажил хийж байгаа _____ <input type="checkbox"/> Эцэг <input type="checkbox"/> Эх _____ Хүүхэд асрагчтай _____ <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм, хэлбэр: _____ Өмнөх эргэлтээс хойш гарсан өөрчлөлт _____				Үнэлгээ <input type="checkbox"/> Эрүүл хүүхэд _____ _____ _____				
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл				
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт _____ <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____		Ярилцсан/тараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Эцэг, эхийн сайн, сайхан байдал • Гэр бүлийн зохицуулалт <input type="checkbox"/> Хооллолт • Эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох • Нэмэгдэл хоолны нэр төрөл, хэмжээ, давтамж, төлөв байдал • ОНБТХ уулгах • Аяга хэрэглэж эхлэх <input type="checkbox"/> Шээс, баас <input type="checkbox"/> Хүүхдийн хөгжил • Нийгэмших • Харилцах • Унтах цаг		<input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй • Шүд угаах • Угжаас зайлсхийх <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Түлэгдэхээс сэргийлэх Халуун шингэн Ус халаагуур • Хордох • Хөдөлгөөн • Живэх • Амьсгал боогдох • Гэрийн орчны аюулгүй байдал		
Цаашид авах арга хэмжээ								
_____ _____ _____ _____								
Нэр				Гарын үсэг				
Сувилагч/Эмч								
Эх								

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4Б) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил.

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ

5-6 сар

<p>Эцэг, эхийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ асрах цаг зав гарга, • Аав хүүхэдтэйгээ хамт цагийг өнгөрүүлэх, • Хүүхдээ асрах хамгийн сайн асаргааг мэдэх, • Хүүхэдтэй өдөр бүр ярьж, дуулж, уншиж өгөх, • Хүүхдэд тогтмол иллэг массаж хийж усанд оруулах нь нойрыг уртасгах сайжруулах сайн талтай. <p>Хүүхдийн хооллолт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг 6 сар хүртэл хөхөөр хооллох нь хамгийн сайн үзүүлэлт юм, • 6 сар хүрмэгц нэмэгдэл хоолонд дасгаж оруулна, • Хүүхдэд 1 удаад 2-3 хоолны халбага (15 гр) хоол өгөх ба хоолны хэмжээг аажим нэмэгдүүлж аяганы ½ хэмжээтэй болгоно, • Хоолны төлөв байдал нь өтгөвтөр, нэр төрөл нь 2-3 байна. Найрлагандаа олон нэр төрлийн бүтээгдэхүүнийг хэрэглэнэ, • Нэг хоолонд дасгаж оруулсны дараа дараагийн хоолонд оруулна, • Хүүхдийг тусгайлсан аяга, халбагаар хооллох, • Хүүхдийнхээ аяганы хэмжээг мэдэх, • Аажмаар хоолны нэр төрлийг олшруулна, • Аль болох жижиглэж хэрчсэн жигнэсэн зөөлөн хоол өгнө, • Хүүхдээ хооллох үедээ эрүүл ахуйн дэглэм баримтлах. <p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. 	<p>Хүүхэдтэйгээ тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхэд ойролцоо байгаа тоглоомоо авч чаддаг учир насны онцлогт тохирсон тоглоомоор тоглуулаарай, • Хүүхдийнхээ дуртай болон дургүй зүйлсийг мэддэг байх, • Хүүхэдтэйгээ тоглож урамшуулаарай , • Өнгийн бөмбөлөг тоглоомоор тоглох дуртай. • Хүүхдэд барих, ажиглах боломжтой тоглоом өгөөрэй, • Хүүхэдтэйгээ зөөлөн яриарай, • Хүүхдийнхээ дуу авиа, дохиог дуурайх байдлаар харилцаарай, <p>Хүүхдэд гарах өөрчлөлт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Унтах цаг багасч сэрүүн байх хугацаа нэмэгдэнэ, • Дуудахад толгойгоо эргүүлэн харна. <p>Уйлах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Танихгүй хүнээс айж гирэвшин уйлна. <p>Амны хөндийн эрүүл ахуй</p> <ul style="list-style-type: none"> • Энэ үеэс шүд цухуйж эхлэх ба 2 шүдтэй болсон байна, • Хүүхдэд хэрэглэдэг аяга халбагыг цэвэр байлгах, • Чихэрлэг хоол хүнсний зүйл хэрэглэсний дараа шүдийг угаах, • Өдөрт 2 удаа зөөлөн үстэй хүүхдэд тохирсон сойзоор шүдийг цэвэрлэж өгөх. 	<p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийн хөдөлгөөн эрс нэмэгддэг тул хашлагатай ор, манежийг хэрэглэнэ, • Хүүхдийн ойр орчмоос эм, болон хордуулах үйлчилгээтэй бодисыг зайлуулах, • Хэт хүйтэн болон халуун усыг уулгаж болохгүй, • Хүүхдийг усанд оруулахдаа ганцааранги орхихгүй байх ба ванны суудлыг хэрэглэх халтирч унагаахаас болгоомжлах, • Гал тогооны өрөө хүүхдэд аюултай гэдгийг анхаарах, • Янз бүрийн зүйлийг авч амандаа хийдэг учир эргэн тойрныг эмх цэгцтэй байлгах, • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Зорчигчийн аюулгүй дэртэй урд суудал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгаж болохгүй. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд туслах, тосч шээлгэхийг оролдох, • Шүдийг угааж сурах, • Хүүхдийн танин мэдэхгүйн хөгжил хурдацтай явагдаж байдаг тул хүүхэдтэй ярилцах, ном уншиж өгөх.
---	--	---

7-9 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юуны талаар ярилцахыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Гэр бүлийнхэн юу хийх вэ?	<input type="checkbox"/> Өөртөө болон гэр бүлийнхэндээ цаг хэрхэн гаргах вэ? <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн гишүүд хүүхэдтэй хэрхэн тоглох, харилцах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийг зөв үйлд хэрхэн чиглүүлэх вэ?
Хүүхдийн өсөлт, хөгжил	<input type="checkbox"/> Хүүхэд шинэ зүйл хэрхэн сурч байна? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн насанд тохирсон, аюулгүй тоглоом хэрхэн сонгох вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн унтах, сэрэх хэмнэлийн талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Танихгүй хүмүүстэй байхдаа уйлах нь хэвийн үү? <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ хэрхэн ярилцах, харилцах, тоглох вэ?
Хооллолтын байдал	<input type="checkbox"/> Өөрөө хооллохыг нь хэрхэн дэмжих вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн хооллолтын талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Аяга, халбага ашиглахад нь хэрхэн туслах вэ? <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох уу? <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоолны нэр төрөл ямар байх вэ? <input type="checkbox"/> Хооллох хэмжээ, хоногт хэдэн удаа хооллох вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хэвийн нэмэгдэж байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Хүүхэд хөдөлгөөн нэмэгдэж байгаа энэ үед аюулгүй байдлыг хэрхэн хангах вэ? <input type="checkbox"/> Машины аюулгүй бүсийг хүүхдэд хэрхэн зүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Түлэгдэх, унах, хахах, хордохоос хэрхэн урьдчилан сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Ахуйн ослоос хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Усанд живэхээс хэрхэн сэргийлэх вэ?

Хүүхдийн тухай асуумж

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Сонсгол	Таны хүүхдийн сонсголд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүдэнд ер бусын хөндлөн хэвтээ хөдөлгөөн эсвэл удаашрал байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн зовхи унжсан эсвэл нүдээ хаасан байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүд гэмтэж байсан үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Амны хөндийн эрүүл мэнд	Таны хүүхдэд болон танай гэр бүлийн хэн нэгэнд амны хөндийн асуудал/өвчин байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхэд үгж хөхөлттэй унтдаг уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхэд хөхөө хөхөж унтдаг уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хар тугалга	Та хүүхдийнхээ тоглоомонд хар тугалга байгаа эсэхийг шалгаж мэдэх үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхэд 1978 оноос өмнө баригдсан байшинд амьдарч байсан болон зочилж байсан үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? Үгүй Тийм бол бичих

Таны хүүхэд төрснөөс хойш гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?

Шилжилт хөдөлгөөн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа амьдрах Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Бусад

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг ба хүүхдэд бариулдаг уу?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн хөгжлийн үнэлгээ

Таны хүүхдийн хөгжил, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн өвөрмөц зүйл байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхдийн хийж чаддаг зүйлийг тэмдэглэнэ үү? Доош унагасан зүйлээ хардаг Сайн суух Чанга зогсдог Давтамжтай сонсож чаддаг Танихгүй хүмүүсээс айдаг Ном хардаг Явж тоглодог Мөлхдөг Ямар нэгэн зүйлийг будах Гэнэт гарч ирж тоглох/нуугдаж тоглох/ Хөгжмийн аяар биеэ хөдөлгөнө, найгана, цогино Нэг үетэй богино үгнүүдийг хэлж сурч байна Бусдын зааврыг биелүүлнэ (баяртай гээрэй гэхэд гараа даллах гм)

7-9 сартай хүүхдийн эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас/сар,хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____ <input type="checkbox"/> Одоо хэрэглэж байгаа эм _____		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____		✓= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Толгой, гавлын хэлбэр <input type="checkbox"/> Ерөнхий байдал <input type="checkbox"/> Нүд (хөдөлгөөн/рефлекс) <input type="checkbox"/> Чих/Сонсголтой <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Хамар <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Амны хөндий, залгиур <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Уушги, амьсгалын тоо <input type="checkbox"/> Түнх <input type="checkbox"/> Хэвлий <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, хүч, хөдөлгөөний тэгш хэм) <input type="checkbox"/> Толгой/зулай <input type="checkbox"/> Бэлэг эрхтэн <input type="checkbox"/> Эр/Төмсөг буусан <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Нуруу <input type="checkbox"/> Арьс			
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Шинэ хүүхдэд эцэг эх хэрхэн зохицож байгаа _____ _____ Эхийн сэтгэл гутрал <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй Шинэ хүүхдэд ах/эгчийн хандлага _____ _____ Ажил, сургуулийн төлөвлөгөө _____ _____ Хүүхдээ асрах төлөвлөгөө _____				Үнэлгээ <input type="checkbox"/> Эрүүл хүүхэд _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт давтамж _____ <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоолонд тулгамдаж буй асуудал Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ 24 цагт давтамж _____ _____ мл _____		Ярилцсан/тараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Гэр бүлдээ дасан зохицох • "Үгүй", "болохгүй" үгийн хэрэглээ • Насанд тохирсон хүмүүжлийн арга • Гэр бүлийн хүчирхийлэл • Өөртөө цаг гаргах <input type="checkbox"/> Хүүхэд биеэ даах • Сурах, хөгжих • Зурагтаас хол байлгах • Дэглэмд сургах • Цөөн үетэй үг хэлэх <input type="checkbox"/> Хооллолт • Бие даан хооллох • Зууш (боов, талх, ааруул, жимс) барьж идэх • Аюулгүй хүнс хэрэглэх • Аяга, халбагаар хооллох • Эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох • Витамин Д хэрэглээ • Баяжуулсан сүү <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Түлэгдэхээс сэргийлэх Ус халаагуур Халуун шингэн • Хордох • Живэх • Гэр бүлийн хүчирхийлэл			
Цаашид авах арга хэмжээ							
_____ _____ _____ _____							
				Нэр		Гарын үсэг	
Сувилагч/Эмч							
Эх							

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4Б) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил.

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ

7-9 сар

<p>Эцэг, эхийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хооллох цагийг эелдэг байдлаар хэлэх, • Энэ насанд та хүүхдийг дуртай тоглоомоор тоглуулах, өөр зүйлийг хийж чаддаг болгох, • Хүүхдийнхээ хийхийг хүссэн зүйлийг хийж өгөх, та тэдний үлгэр дууриалал, • Гэр, хашаа, цэцэрлэгтээ хүүхдийн аюулгүй байдлыг хангах, • Үгүй, боль гэдэг үгийг аюулд өртөх гэж буй үед хэрэглэх, • Өөртөө болон хүүхдээ цаг гарга, • Найз, нөхөд, гэр бүлийнхэнтэйгээ холбоотой бай, • Шаардлагатай үед тусалцаа авах, • Хүүхдээ зөвхөн насанд хүрсэн хүнээр харуулах, • Хэрэв танайд аюултай байдал үүсэх, эсвэл таныг хэн нэгэн гомдоох юм бол бид туслаж чадна. <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүссэн үед нь хөхүүлнэ, • Таны тусламжгүй хоолоо идэж сурахад нь дэмжлэг үзүүлэх, • Хоолоо асгах, нүүр, ам, хувцасаа норгох, хоол болгох нь хэвийн зүйл, • Өдөрт 2-3 удаа хөнгөн зууш, 3 удаа махан хоол тогтмол өгөх, • Хүүхдийнхээ хоолны төлөв байдал өтгөн байх, • Хоолны хэмжээг аажим нэмэгдүүлж нэг удаад хооллохдоо аяганы тал буюу 1/2 аяга өгнө. Аяганы хэмжээг 250мл-ээр тооцох, • Зөвхөн эрүүл хоол хүнс өгөх, • Кофе, цай, чихэрлэг ундаа хүүхдэдээ өгч болохгүй, • Хүүхдээ хүчээр идүүлэхээс зайлсхийх, • Амьтны гаралтай, үр тариа, сүү, сүүн бүтээгдэхүүн, жимс, хүнсний ногоо, буурцагт ургамал зэрэг аль болох олон нэр төрлийн хүнсний бүтээгдэхүүнийг оролцуулан хүүхдээ хооллох, • Хүүхдэдээ аяга хэрэглэж сурахад нь тусал, • Хүүхдээ хооллох үедээ эрүүл ахуйн дэглэм баримтал. 	<p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. <p>Хүүхэдтэйгээ тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд барих, шидэх, унагах боломжтой цэвэр, аюулгүй гэр ахуйн хэрэгсэл, эсвэл тоглоомоор тоглуулаарай, • Хүүхдийн гаргасан авиа, дохионд хариу үзүүлээрэй, • Хүүхдээ нэрээр нь дуудаж, хариу үйлдлийг ажиглаарай. • Хүүхэдтэйгээ ярилц, хамт дуул, өдөр юу хийснийг нь асуу, • Хүүхдээрээ юу хийлгэхийг хүсч байгаагаа энгийн үгээр илэрхийлээрэй, • Хүүхдийг уйлах үед нь тайван орхи, бөмбөг өнхөрдөг тоглоом, шоо, тоглоом өгөх. <p>Хүүхдэд гарах өөрчлөлт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ өдөр бүр хэвийн зөв маягтай байлгах, • Хүүхдээ унтахаас цагийн өмнө хайрла, дулаан байлга, • Унтаж байхдаа шөнө сэрж байна уу, үзүүртэй юманд хүргэхгүй байхыг хянах, • Телевиз, видео, компьютер үзүүлэхгүй, • Хүүхдээ цохих, хашгирахаас зайлсхийх, түүнд юу хэрэгтэй байгаад туслах, • Гар утас бүү өг. <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аюултай сав суулга, лааз зэргийг хэрэглэж дуусмагц хаях, • Шатан дээр хаалт хийх, хүүхдийн хөлд оруулагч ашиглахгүй байх, • Хүнд эсвэл халуун зүйлсийг ширээний бүтээлэг дээр тавихгүй байх, хүүхэд татах аюултай, • Халагчны эргэн тойронд хаалт хийж, цахилгааны утсыг хүүхэд хүрэхгүй газар байрлуулах, • Хүүхэд гар утсаа бүү өг. 	<ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ усны ойролцоо ганцааранг нь үлдээж болохгүй, • Ванны сандал болон хийлдэг хөвөгчтэй байсан ч хүүхдээсээ холдож болохгүй, • Хор, эм болон цэвэрлэгээний бодисыг хүүхдийн гар хүрэхгүй нүдэнд харагдахгүй газарт цоожилж хадгалах, • Хүүхэд тань хортой зүйл идсэн гэж санаа зовж байгаа бол яаралтай түргэн тусламж дуудах, • Цонхонд хамгаалалт хийж, тавилгаа цонхноос зайтай байрлуулна, • Гал тогоонд байх үедээ хүүхдийг өндөр сандалд болон манежэнд байлгана. • Гэртээ галт зэвсэг хэзээ ч бүү байлга. Хэрвээ байгаа бол сүмыг буунаас нь тусад нь цоожтой хадгална, • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Машины урд сандал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгахгүй, • Асрамжлагч суудлын бүсээ байнга зүүж, согтууруулах ундаа эсвэл мансууруулах бодис хэрэглэсэн үедээ жолоо барихгүй байх. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд энгийн дүрэм тогтоох, • Унтахад нь тайвшруулах дасгал хийлгэх, • Хүүхдээ хооллох, • Хүүхдээ хянах, • Хүүхдийн шүдийг хамгаалах.
--	--	---

10-12 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юуны талаар ярилцахыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Гэр бүлийнхэн юу хийх вэ?	<input type="checkbox"/> Хүүхдийн зан байдлыг зөв чиглүүлэх аргын талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Өөртөө цаг хэрхэн гаргах вэ? <input type="checkbox"/> Олон нийтийн арга хэмжээнд оролцох талаар ярилцмаар байна
Хүүхдийн өсөлт, хөгжил	<input type="checkbox"/> Өдрийн унталт ямар байх нь зохистой вэ? <input type="checkbox"/> Унтах цаг <input type="checkbox"/> Шүд угаах <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн уламжлал <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ ярилцах, харилцах, тоглох
Хооллолт	<input type="checkbox"/> Аяга халбага хэрэглэхэд нь хэрхэн туслах вэ? <input type="checkbox"/> Хоолны дуршил өөрчлөгдөх үед хэрхэх вэ? <input type="checkbox"/> Хоолны нэр төрөл, давтамж ямар байх вэ? <input type="checkbox"/> Нэг удаа идэх хоолны хэмжээг хэрхэн тохируулах вэ? <input type="checkbox"/> Эрүүл хооллолтыг хэрхэн дэмжих вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хэвийн нэмэгдэж байгаа эсэхийг хэрхэн мэдэх вэ?
Амны хөндийн эрүүл мэнд	<input type="checkbox"/> Хүүхдийн шүдийг яаж угаах вэ? <input type="checkbox"/> Хуруугаа хөхөх, хөхөлт үмхэх нь хэвийн үү? <input type="checkbox"/> Шүдийг өдөрт хэдэн удаа угаах вэ?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Орчны аюулгүй байдлыг хэрхэн бүрдүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Машины аюулгүйн суудлын талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Заримдаа ах, эгч нь харж үлдэх тохиолдолд юуг анхаарах вэ? <input type="checkbox"/> Усанд живэхээс хэрхэн сэргийлэх вэ?

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд өөрчлөлт гарсан үү? Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Хүүхдийн тухай асуумж

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан үү? Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Сонсгол	Таны хүүхдийн сонсголд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Та хүүхдийнхээ ярих чадварт санаа зовж байна уу <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхэд чинь барьсан зүйлээ хянаж байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүд хэвийн байна уу <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүдний зовхи үнжсан эсвэл нүдээ хаасан байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүд гэмтэж байсан үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хар тугалга	Хүүхдийнхээ тоглоомонд хар тугалганы найрлага байгаа эсэхийг та шалгаж чадах үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Танай амьдарч буй байр 1978 оноос өмнө баригдсан үү? (сүүлийн 6 сард засвар хийж шинэчилсэн) <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Сүрьеэ	Танай гэр бүлийн хэн нэгэнд, эсвэл хүүхэдтэй ойр байдаг хэн нэгэнд сүүлийн нэг сарын хугацаанд шалтгаангүй ядрах, шөнө орондоо хөлрөх, ханиаж цэр гарах шинж илэрсэн үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Танай гэр бүлд сүрьеэгээр өвчилсөн хүн байгаа юу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Амны хөндийн эрүүл мэнд	Хүүхдэд болон танай гэр бүлийн хэн нэгэнд амны хөндийн ямар нэгэн асуудал/өвчлөл байдаг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Хүүхэд угж хөхөлт хөхөж унтдаг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Хүүхэд унтаж байхдаа хөхөө хөхдөг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? Үгүй Тийм бол бичих

Танай хүүхэд төрснөөс хойш гэр бүлд ямар нэг өөрчлөлт гарсан үү? Шилжилт хөдөлгөөн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа амьдарч байгаа Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Бусад

Хүүхдийн хөгжлийн үнэлгээ

Таны хүүхдийн хөдөлгөөн, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн санаа зовоосон зүйл байна уу? Үгүй Тийм бол тайлбарлана үү?

Дараах үйлдлээс хүүхдийн хийж чаддаг зүйлийг тэмдэглэнэ үү? Хамтран тоглох Шулганах Баяртай гэж даллах 1-2 үг хэлэх Ганцаар зогсох Ганцаар дүү дуулах Аяганаас уух Орхиж явахад уйлах Юмыг харах байдал Уншиж байгаа номыг шүүрч авах Энгийн зааврыг биелүүлэх Гэнэт гарч ирж тоглох/нуугдаж тоглох Юм түшин хажуулдан явж чадаж байна Жижиг зүйлийг чимхэж авч чадаж байна Хөгжмийн аяар биеэ хөдөлгөнө, найгана, дэвслэнэ “Нааш ир”, “надад өг” гэсэн хялбар хүсэлтийг хүүхэд ойлгож байна Шээсэн тухайгаа өөрөө илэрхийлдэг Хөтөвч дээр сууж чадана Зааврыг дагаж биелүүлнэ Ойр зуурын харилцан яриаг ойлгодог Ганцаараа удтал тоглож байна Бие дааж хооллохдоо дуртай байна

10-12 сартай хүүхдийн эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас/хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____ <input type="checkbox"/> Одоо хэрэглэж байгаа эм _____		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____		√= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Нүд (хөдөлгөөн/рефлекс /хялар хараа) <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, хүч, хөдөлгөөний тэгш хэм) <input type="checkbox"/> Шүд (кариес, цагаан толбо, өнгөр) <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх Өөрчлөлт илэрсэн/гэмдэглэл _____ _____ _____			
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Үнэлгээ			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Эцэг, эх ажил хийж байгаа <input type="checkbox"/> Эцэг <input type="checkbox"/> Эх _____ Хүүхэд асрагчтай <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм, Хэлбэр _____ Өмнөх эргэлтээс хойш гарсан өөрчл _____ _____				<input type="checkbox"/> Эрүүл хүүхэд _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт _____ давтамж _____ <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоолонд тулгамдаж буй асуудал Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ 24 цагт _____ давтамж _____ <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн уламжлал Амрах, унтах <input type="checkbox"/> Хооллолт Бие даан хооллох Тогтмол хооллох/ зууш Тэжээллэг хоол, хүнсний нэр төрөл <input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй Шүдний эмчид хэзээ очих Шүдийг өдөрт 2 удаа сойзоор угаах		<input type="checkbox"/> Гэр бүлийн дэмжлэг Олон нийтийн үйл ажиллагаанд оролцох Эцэг, эх өөртөө цаг гаргах <input type="checkbox"/> Өдөр тутмын амьдрал Гэр бүлийн уламжлал Амрах, унтах <input type="checkbox"/> Хооллолт Бие даан хооллох Тогтмол хооллох/ зууш Тэжээллэг хоол, хүнсний нэр төрөл <input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй Шүдний эмчид хэзээ очих Шүдийг өдөрт 2 удаа сойзоор угаах		<input type="checkbox"/> Ерөнхий байдал <input type="checkbox"/> Толгой/зулай <input type="checkbox"/> Чих/Сонсголтой <input type="checkbox"/> Хамар <input type="checkbox"/> Амны хөндий, залгиур <input type="checkbox"/> Уушги, амьсгалын тоо <input type="checkbox"/> Хэвлий <input type="checkbox"/> Бэлэг эрхтэн <input type="checkbox"/> Эр/Төмсөг буусан <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Нуруу <input type="checkbox"/> Арьс	
Цаашид авах арга хэмжээ							
_____ _____ _____ _____							
Нэр				Гарын үсэг			
Сувилагч/Эмч							
Эх							

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4Б) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил.

Эцэг эхэд өгөх зөвлөгөө
10-12 сартай үеийн гэрийн эргэлт

Таны гэр бүлд хэрэгтэй байж болох зарим зөвлөгөөг танд хүргэж байна

<p>Гэр бүлийн дэмжлэг</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сайн хийсэн зүйлийг нь магтаж урамшуулаарай, • Мүүхэй зан дахин давтан хийгээд байвал сатааруулах, • Хүүхдийг цохих, загнах, алгадахгүй байх, • Хүүхэддээ энгийн, богино дүрэм заагаарай, • Хүүхэд аашгүйтвэл загнахын оронд богино хугацаанд тухайн зүйлийг хийхгүй байх, • Хүүхэдтэйгээ аль болох их тоглож, ном уншиж өгөөрэй, • Хүүхэд тань байгаа газар аюулгүй эсэхийг анхаараарай, • Хүүхдийн тоглоомын газарт очих, эцэг эхчүүдийн бүлэгт нэгдэх байдлаар цагийг өнгөрүүлж болох юм, • Өөртөө болон хамтрагчдаа цаг гаргаарай, • Гэр бүл, найз нартайгаа холбоотой байгаарай. <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүссэн үед нь хөхүүлнэ, • Өдөрт 3 - 4 удаа хоол өгнө, • Зууш (талх, боорцог, жигнэмэг гм) 1 - 2 удаа өгч болно, • Нэг удаад аяганы ¼-тай тэнцүү эсвэл 1 аяга хоол өгнө, • Сайтар жижиглэж хэрчсэн, нүхсан хоол болон барьж идэх боломжтой хоол, хүнс өгнө, • Гэрийн хоолны өтгөн хэсгээс жижиглэн өгч болно, • Аяганы хэмжээг 250мл-ээр тооцох, • Зөвхөн эрүүл хоол хүнснийг өгөх, Хүүхдийг тань харж, асарч байгаа бүх хүн түүнд эрүүл хүнс өгч байгаа эсэхийг анхаараарай, • Чихэрлэг хүнс өгөхөөс татгалзах, • Кофе, цай, чихэрлэг ундаа хүүхэддээ өгч болохгүй, • Хүүхдээ хүчээр хооллохоос зайлсхийх, • Амьтны гаралтай, үр тариа, сүү, сүүн бүтээгдэхүүн, жимс, хүнсний ногоо, буурцагт ургамал зэрэг аль болох олон нэр төрлийн хүнсний бүтээгдэхүүнийг оролцуулан хүүхдээ хооллох, • Хүүхдээ хооллох үедээ эрүүл ахуйн дэглэм баримтал. 	<p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай <p>Хүүхэдтэйгээ тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийн дуртай тоглоомыг хайрцаг, эсвэл алчуур доор нууж, түүнийг олж чадаж байгаа эсэхийг ажиглаарай, • Нуугдаж, нүүрээ халхалж тоглоорой, • Хүүхдэд өрөх, саванд хийх, савнаас гаргах боломжтой зүйл өгөөрэй, • Хүүхдэд эд зүйлс, хүний нэрийг (аав, ээж, ах, эгч гэх мэт) хэлж өгөөрэй, • Гараар тоглох тоглоом тогло (гараа даллаж баяртай гэж тоглох) • Хүүхдээс энгийн асуулт асууж, хариулаарай, • Хүүхдийн ярих оролдлогод хариу үзүүлээрэй, • Байгаль, амьтан, эд зүйлсийн зураг харуулж ярилцаарай. <p>Өдөр тутмын амьдрал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхэд өдрийн цагаар хамгийн багадаа нэг удаа унтах ёстой, • Хүүхдийг унтахаас 1 цагийн өмнө тайван байлгаж, хайрлаж, энхрийлж байгаарай. • Унтахын өмнө ном уншиж өгөх гэх мэт тогтмол хийдэг зүйлтэй болоорой, • Хүүхдэдээ зурагт, дэлгэц үзүүлэхээс зайлсхий. Хэзээ ч аймшигтай зүйл үзүүлж болохгүй, • Энэ насанд танихгүй хүнээс айж бишүүрхэх нь хэвийн зүйл, • Танихгүй хүнээс айвал хүүхдээ тайвшруул, • Гэр бүлээрээ байх үедээ зурагт, гар утас үзэхгүй байх. • Хүүхэд гар утсаа бүү өг. <p>Шүдний эмчид очих</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг 12 сар хүрмэгц, эсвэл шүд анх гэмтэж эхэлмэгц шүдний эмчид оч, • Шүдийг зөөлөн үстэй сойзоор маш бага хэмжээтэй оо хэрэглэж, 	<p>өдөрт 2 удаа сойздож угаа,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд чихэрлэг ундаа хэзээ ч бүү өг. Амны цангаа тайлах зорилгоор зөвхөн ус өг. <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аюултай сав суулга, лааз зэргийг хэрэглэж дуусмагц хаях, • Хор, эм болон цэвэрлэгээний бодисыг хүүхдийн гар хүрэхгүй нүдэнд харагдахгүй газарт цоожилж хадгалах, • Хутга, хайч, гялгар уут зэргийг хүүхэд хүрэхээргүй газар байлгах, • Хүүхдийг ганцааранг нь хэзээ ч бүү үлдээ. Зөвхөн насанд хүрсэн харгалзах хүнтэй үлдээ, • Усан дотор, эсвэл усны ойролцоо байх үедээ хүүхдээсээ гар хүрэх зайд бай, • Шатан дээр хаалт хийх, хүүхдийн хөлд оруулагч ашиглахгүй байх, • Халаагчны эргэн тойронд хаалт хийж, цахилгааны утсыг хүүхэд хүрэхгүй газар байрлуулах, • Цонхонд хамгаалалт хийж, тавилгаа цонхноос зайтай байрлуулна, • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Машины урд сандал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгахгүй, • Асрамжлагч суудлын бүсээ байнга зүүж, согтууруулах ундаа эсвэл мансууруулах бодис хэрэглэсэн үедээ жолоо барихгүй байх.
---	---	--

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 14-18 САРТАЙДАА

Миний хүүхэд 20__ оны _____ сарын _____нд САР хүрлээ

Богино зайд гүйхийг оролдож байна уу?	Тийм / Үгүй
Хоёр гараараа бөмбөг шидэхдээ тэнцвэрээ хадгалж чадахгүй унаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Харандаагаар сараачиж зурдаг уу?	Тийм / Үгүй
Амаа ангай, хэлээ гарга зэргээр биеийнхээ эрхтнүүдийг мэддэг үү?	Тийм / Үгүй
10-20 үг хэлж чадах уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд угжаар уусаар байна уу?(шүд цоорохоос сэргийлэх зорилгоор угжаар уухыг зогсоох хэрэгтэй)	Тийм / Үгүй
Аяганаас өөрөө ууж чадаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Мэддэг эд зүйлсийг нь асуухад хуруугаараа зааж байна уу?	Тийм / Үгүй
Бусад хүүхдүүдтэй хамт байхдаа ч гэсэн ганцаараа тоглож байна уу?	Тийм / Үгүй
Танил хүмүүстэйгээ харилцах дуртай байна уу? Миний хүүхдийн хийх дуртай зүйлс? (Жишээ нь.....)	Тийм / Үгүй

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

14-18 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20 ____ оны ____ сарын ____ нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цус багадалт +/-	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй																				
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Хажуугийн зурагт цоорсон эсвэл хэвийн бус шүдийг “X” гэж тэмдэглэнэ үү.
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)																				
Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу																						
		Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус																				
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай																						
Вакцин: он.....сар.....өдөр																						
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:																						

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаар тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(өдөр/сар/он)	Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Аминдэм, ОН бичил тэжээлийн хангалт			Хөгжлийн үнэлгээ (+,-)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт	
		Жин (кг)	Урт, өндөр (см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)	Д аминдэм	А аминдэм (+,-)	ОНБТ					
14 сар														
16 сар														
18 сар														

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягыг хөтлөнө.

НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН ҮЗЛЭГ: (Төрсний дараах 7 хоног дотор амаржих газрын эмч бөглөж бичнэ) 20..... онысарын.....

<p>Хэд хоногтой:..... .. Жин:.....кг Урт:.....см Толгойн тойрог:.....см Зулай:.....х..... см</p>	<p>Арьс: <input type="checkbox"/> Цэвэр <input type="checkbox"/> Тууралт Шарлалт: <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> эмгэг</p>	<p>Хүйс: <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> эмгэг ялгадастай Хүйн хавчаар <input type="checkbox"/> хэрэглэсэн <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> хүй цөглөсөн <input type="checkbox"/> үгүй</p>	<p>Дулаан алдахаас сэргийлсэн: : “Имж эх асаргаа” +/- Халуун:.....</p>	<p>Төрөнгүүт цагийн дот амлуулсан: <input type="checkbox"/> Тийм/ <input type="checkbox"/> Үгүй</p>
<p>Чих: <input type="checkbox"/> суваг нээлттэй / <input type="checkbox"/> Үгүй Хэлбэр: <input type="checkbox"/> зөв/ <input type="checkbox"/> Буруу..... Байрлал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буруу Сонсгол:.....</p>	<p>Нүд: рефлексүүд..... Нулимсны сүв:..... Хараа:.....</p>	<p>Хамар: <input type="checkbox"/> хэлбэр зөв/<input type="checkbox"/> буруу <input type="checkbox"/> амьсгал чөлөөтэй / <input type="checkbox"/> саадтай / <input type="checkbox"/> нустай</p>	<p>Ам: Уруул: <input type="checkbox"/> хэвийн Тагнай: <input type="checkbox"/> хэвийн/..... Хэл: <input type="checkbox"/> хэвийн /.....</p>	
<p>Хүзүү : <input type="checkbox"/> хэвийн /<input type="checkbox"/> муруй</p>	<p>Эгэм: <input type="checkbox"/> хэвийн /<input type="checkbox"/> хугаралтай 2</p>	<p>Зүрх: авиа:..... Цохилт 1 мин- Эмгэг шуугиан:.....</p>	<p>Уушги: амьсгалын тоо :..... Амьсгал: <input type="checkbox"/> хэвийн /</p>	
<p>Хэвлий: Элэг Дэлүү Гэдэс <input type="checkbox"/> Ивэрхийтэй / <input type="checkbox"/> үгүй</p>	<p>Түнх: мултралын шинж +/-</p>	<p>Бэлэг эрхтэн з:</p>	<p>Гар хөл: <input type="checkbox"/> хэлбэр хэвийн буруу..... <input type="checkbox"/> 2 талд тэгш хэмтэй / <input type="checkbox"/> хэ өөрчлөгдсөн⁴</p>	
<p>Гарын хуруу: 10 /.....</p>	<p>Хошноого: хэвийн /</p>			

Хөлийн хуруу: 10 /.....	.....
Илэрсэн өвчин: Байхгүй / ОНОШ:.....	Амаржих газраас гарахад өгсөн зөвлөгөө:	
Хийгдсэн эмчилгээ:		
Сүрьеэгийн эсрэг сэргийлэх тарилга (БЦЖ)	20.....оны сар өдөр	
В гепатитыг эсрэг сэргийлэх тарилга	20.....он..... сар..... .....өдөр	
Халдварт саагийн эсрэг сэргийлэх тарилга	20.....оны сар өдөр	

¹өсөлтийн хүснэгтэнд тэмдэглэгээ хийнэ

²зарим хүндрэлтэй төрөлтийн үед хүүхдийн эгэм хугардаг

³ эмэгтэй гэрийн хүүхдийн үтрээнээс цусархаг болон салсархаг ялгадас гарах нь хэвийн үзэгдэл

⁴ зарим хүндрэлтэй төрөлтийн үед 1 талын саажилт үүсээд аяндаа арилдаг
Гарын үсэг

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 20-23 САРТАЙДАА

Миний хүүхэд 20__ оны _____ сарын _____нд САР хүрлээ

Хүүхэд өөрөө сайн явж чадаж байна уу? (__ нас _____ сартайдаа өөрөө явж эхэлсэн)	Тийм / Үгүй
Сайн гүйх боловч зогсох үедээ унаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Эд зүйлсийг хүнд шилжүүлэн өгдөг үү?	Тийм / Үгүй
Ийг нэрээр нь нэрлэн, мэддэг үгнүүдээ хэлдэг ээ? ?	Тийм / Үгүй
Ямар нэгэн зүйлийг хаана байгааг асуухад хуруугаараа заадаг уу?	Тийм / Үгүй
Амьтныг дуурайж дуугарах зэргээр таалагдсан дуу авиагаа дуурайж дуугардаг уу?	Тийм / Үгүй
Эд юмсыг хөдөлгөх, байрлалыг солих дуртай байна уу?	Тийм / Үгүй
Хийсэн зүйлийнхээ үр дүнд тааламжтай байгаагаа илэрхийлдэг үү?	Тийм / Үгүй
Хувцсаа өөрөө тайлахыг оролддог уу?	Тийм / Үгүй
Тэврэхэд хариуд нь бас тэвэрдэг үү?	Тийм / Үгүй
Өөртэй нь тоглоход ход ход инээж, ганганадаг уу?	Тийм / Үгүй
Миний хүүхдийн хийх дуртай зүйлс? (Жишээ нь.....)	

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

Та хүүхдээ 20 сартайд нь эрүүл мэндийн иж бүрэн үзлэгт хамруулаарай.

20-23 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20 ____ оны ____ сарын ____ нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цус багадалт +/-	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй
Зураг (Шүдний бүтэц)	Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)	
	Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу	
	Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус	
	Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус	
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай		
Вакцин: он.....сар.....өдөр		
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:		

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаар тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(	Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Аминдэм, ОН бичил тэжээлийн хангалт			Хөгжлийн үнэлгээ (+, -)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)	Д аминдэм (+,-)	А аминдэм (+,-)	ОНБТ				
20 сар													
22 сар													
23 сар													

Миний хүүхэд 20__ оны _____ сарын _____ нд 2 НАС хүрлээ

Хүүхэд гүйж чадаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд харандаагаар сараачдаг уу?	Тийм / Үгүй
Том хүн эсвэл зурагтаар гардаг жүжигчид, дүрийг дуурайдаг уу?	Тийм / Үгүй
Таны хүүхэд хялбар өгүүлбэр тухайлбал “хоол иднэ”, “гадаа гаръя” гэх мэтээр ярьдаг уу?	Тийм / Үгүй
Таны хүүхэд шүдээ угаах гэж оролддог уу?	Тийм / Үгүй
Богино хугацаанд өлмий дээрээ зогсож байна уу?	Тийм / Үгүй
Бөмбөгийг урагш өшиглөж тоглодог уу?	Тийм / Үгүй
Шатны бариулаас бариад хөлөө нэг нэгээр нь зөөж өгсөж чаддаг уу?	Тийм / Үгүй
Өөрийн болон өхөөрдсөн нэрээ мэддэг үү?	Тийм / Үгүй
Өлссөн, цангасан үедээ хоол, ус нэхэж байна уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд харандаагаар сараачдаг уу?	Тийм / Үгүй
Гэр ахуйн ажилд (тоос арчих, хог шүүрдэх, цэцэг услах) оролцох дуртай байна уу?	Тийм / Үгүй
Гадаа тоглох дуртай болж, өөрийн тоглоомнуудаа өмчирхөж байна уу?	Тийм / Үгүй
Айж байгаагаа илэрхийлж байна уу?	Тийм / Үгүй

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

2 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20__ оны _____ сарын _____ нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цус багадалт +/-	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй
Нүд (нүдний байрлал) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай	Чих (сонсгол) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай	
		Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		Буйл/ завьж: ☐ Хэвийн ☐ хэвийн бус
										Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус
Шүдний цоорлын төлөв: <input type="checkbox"/> O ₁ = шүд цоороогүй, цэвэр, <input type="checkbox"/> O ₂ = шүд цоороогүй, нэхдээ цэвэр биш, <input type="checkbox"/> A= Дээд эрүүний урд талын эсвэл арын шүд хорхойтсон, <input type="checkbox"/> B=Дээд эрүүний урд талын болон арын шүд цоорсон, <input type="checkbox"/> C= доод эрүүний шүд бас цоорсон										
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай										
Вакцин: он.....сар.....өдөр										
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:										

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаар тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(өдөр/сар/он)	Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Аминдэм, ОН бичил тэжээлийн хангалт		Хөгжлийн үнэлгээ (+, -)	Өвчлөл (A, C, A1, C1, B)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)	Д аминдэм (+,-)	А аминдэм (+,-)				

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягтыг хөтлөнө.

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 3 НАСТАЙДАА

Миний хүүхэд 20__ оны ____ сарын ____нд ГУРВАН нас хүрлээ.

Хүүхэд шатаар бариулаас (хөтлүүлэхгүй) барилгүй гарах эсвэл бөмбөг өшиглөхдөө тэнцвэрээ хадгалж чаддаг уу?	Тийм / Үгүй
Харандаагаар дугуй дүрсийг зурдаг уу?	Тийм / Үгүй
Хувцсаа өөрөө өмсөх (тайлах) дуртай юу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд өөрийнхөө нэрийг хэлдэг үү?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд шүд гараа угаадаг уу?	Тийм / Үгүй
Хоолоо сайн зажилж иддэг үү?	Тийм / Үгүй
Сайн гүйж чадна, гүйх үедээ огцом эргэж чаддаг уу?	Тийм / Үгүй
9 шоог дээрээс нь давхарлаж тоглодог уу?	Тийм / Үгүй
Богино өгүүлбэрээр ярьж, хүүхдийн богино шүлэг уншиж байна уу?	Тийм / Үгүй
Бусдын анхаарлыг өөртөө татах, найздаа болон өөртөө тохиолдсон явдлыг сонсох, ярих дуртай юу?	Тийм / Үгүй
Гутал хувцсаа өөрөө өмсөх боловч үдээсээ үдэж, товчоо товчилж чадахгүй байна уу?	Тийм / Үгүй
Үсээ самнахыг орлддог уу?	Тийм / Үгүй
Миний хүүхдийн хийх дуртай зүйлс? Жишээ	

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

3 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20__ оны ____ сарын ____нд хүүхэд ____ сар ____ өдөртэй байхад хийв.)

Толгойн тойрог: _____ см	Цээжний тойрог см	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> </table>		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____) Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай																						
Вакцин: он.....сар.....өдөр																						
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:																						

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаарх тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Хөгжлийн үнэлгээ (+,-)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)				
25 сар										
27 сар										
29 сар										
31сар										
33 сар										
35 сар										

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягтыг хөтлөнө.

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 4 НАСТАЙДАА

Миний хүүхэд 20 _____ оны _____ сарын _____ нд ДӨРВӨН нас хүрлээ.

Хүүхэд шатны 2 эсвэл 3 дахь шатнаас үсэрдэг үү?	Тийм / Үгүй
Нэг хөл дээрээ дэвхцдэг үү?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд өөртөө тохиолдсон зүйлийн тухай ярьдаг уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд хайч хэрэглэж чадах уу?	Тийм / Үгүй
Найзуудтайгаа тоглодог уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд өөрөө шүдээ угааж, амаа зайлж, гараа угаадаг уу?	Тийм / Үгүй
Миний хүүхдийн хийх дуртай зүйлс? Жишээ	

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвлөгөөг аваарай.

4 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20 _____ оны _____ сарын _____ нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цээжний тойрог..... см	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй																				
Нүд (нүдний байрлал) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай	Чих (сонсгол) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> </table>		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____) Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай																						
Вакцин: он.....сар.....өдөр																						
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:																						

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаарх тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Хөгжлийн үнэлгээ (+,-)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)				
37 сар										
39 сар										
41 сар										
43 сар										
45 сар										
47 сар										

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягтыг хөтлөнө.

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 5 НАСТАЙДАА

Миний хүүхэд 20__ оны ____ сарын ____нд ТАВАН нас хүрлээ.

Хүүхэд өөрөө ургуулан зураг зурж чадах уу?	Тийм / Үгүй
Улаан, ногоон, шар, цэнхэр гм өнгийг ялгаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд ярихдаа зөв дуудаж ярьдаг уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд жорлонд биеэ засаж чадах уу?	Тийм / Үгүй
Найзуудтайгаа тоглодог уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд цэцэрлэгтээ эсвэл өдөр өнжүүлэх газар бүлгээр тоглох дуртай.	Тийм / Үгүй
Хүүхэд бусадтай бодол саналаа хуваалцах эсвэл цэцэг амьтанд дуртай.	Тийм / Үгүй

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

5 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20__ оны ____ сарын ____нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цээжний тойрог см	Биеийн галбир: <input type="checkbox"/> Тарган <input type="checkbox"/> Дундаж <input type="checkbox"/> Туранхай																				
Нүд (нүдний байрлал) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай	Чих (сонсгол) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай																					
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу																				
Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус																						
		Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус																				
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай																						
Вакцин: он.....сар.....өдөр																						
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:																						

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаарх тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Хөгжлийн үнэлгээ (+,-)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)				
49 сар										
51 сар										
53 сар										
55 сар										
57 сар										
59 сар										

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягыг хөтлөнө.

ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ТОВЛОЛ

ТОВЛОЛ ВАКЦИНЫ НЭР	Төрснөөс хойш 24 цагийн дотор	2 сартайд	3 сартайд	4 сартайд	5 сартайд	9 сартайд	1нас 2 (2+ сар) сартайд	2 настайд	7 настайд	15 настайд
Сүрьеэ (БЦЖ)	0 тун									
В Гепатит	0 тун									
Халдварт саа	0 тун	I тун	II тун	III тун	IV тун					
Сахуу, хөхүүл ханиад, татран+В Гепатит, Хемофилюс инфлюенза В (Тавт вакцин)		I тун	II тун	III тун						
Улаанбурхан, Гахай хавдар, Улаанууд						I тун		II тун		
Сахуу, Татран									I тун	II тун
А Гепатит							I тун	II тун		
Пневмококкийн эсрэг вакцин		I тун		II тун		III тун				

Товлолын дагуу бүх вакциныг хугацаанд нь хийлгэж, дархлаажуулалтын гэрчилгээнд тэмдэглүүлэх нь таны хүүхдийн ирээдүйд нэн чухал юм.

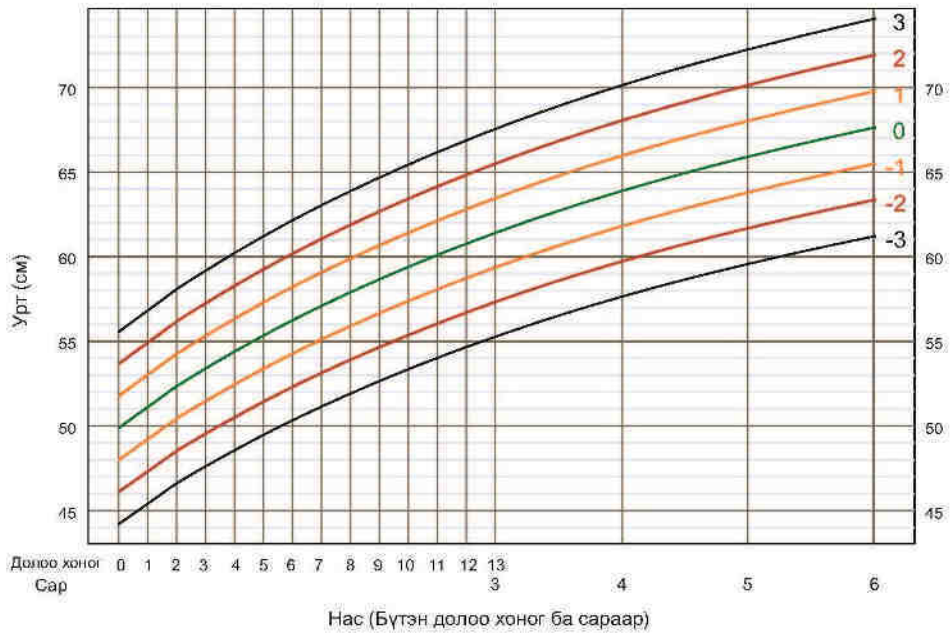
Заавал хийх дархлаажуулалтын товлол

Товлол	Сэргийлэх тарилга	Эмчийн үзлэг	Эмчийн зөвшөөрөл	Сери	Хийсэн огноо
Төрсний дараа 24 цагийн дотор	Сүрьеэ				
	В вируст гепатит 0 тун				
	Халдварт саа 0 тун				
2 сартайд	Халдварт саа I тун				
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофилюс инфлюенза В) вакцин I тун				
	Пневмококкийн эсрэг вакцин I тун				
3 сартайд	Халдварт саа II тун				
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофилюс инфлюенза В) вакцин II тун				

4 сартайд	Халдварт саа III тун				
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофиллюс инфлюенза В) вакцин III тун				
	Пневмококкийн эсрэг вакцин II тун				
5 сартайд	Халдварт саа IV тун				
9 сартайд	Улаанбурхан, гахай хавдар, улаанууд I тун				
	Пневмококкийн эсрэг вакцин III тун				
1нас 2 сартайд	А вируст гепатит I тун				
2 настайд	Улаанбурхан, гахай хавдар, улаанууд II тун				
	А вируст гепатит II тун				
7 настайд	Сахуу, татран I тун				
15 настайд	Сахуу, татран II тун				
Бусад вакцин (Бичих)					

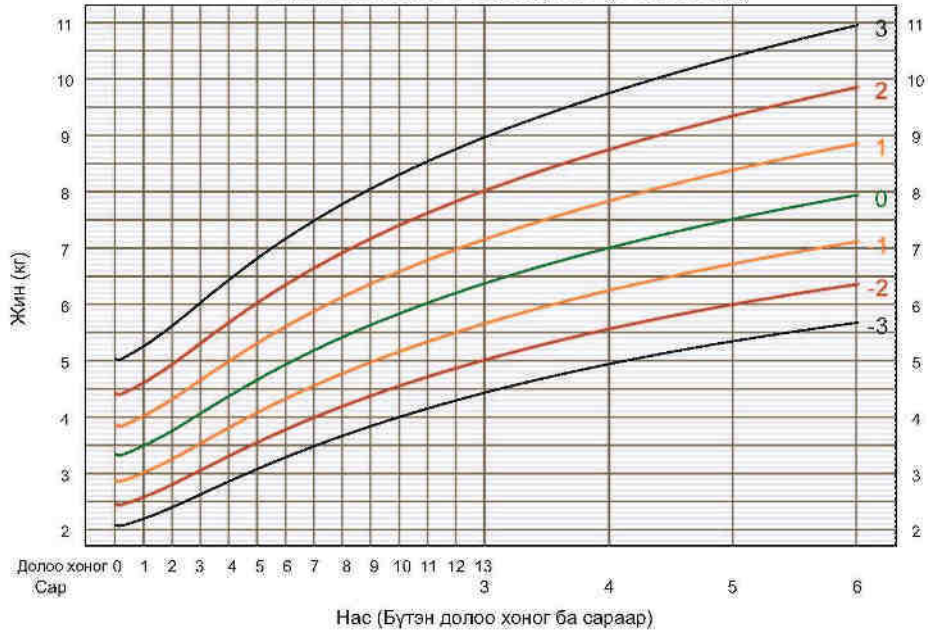
ТУСГАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эрэгтэй хүүхдийн Урт насны хүснэгт
Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



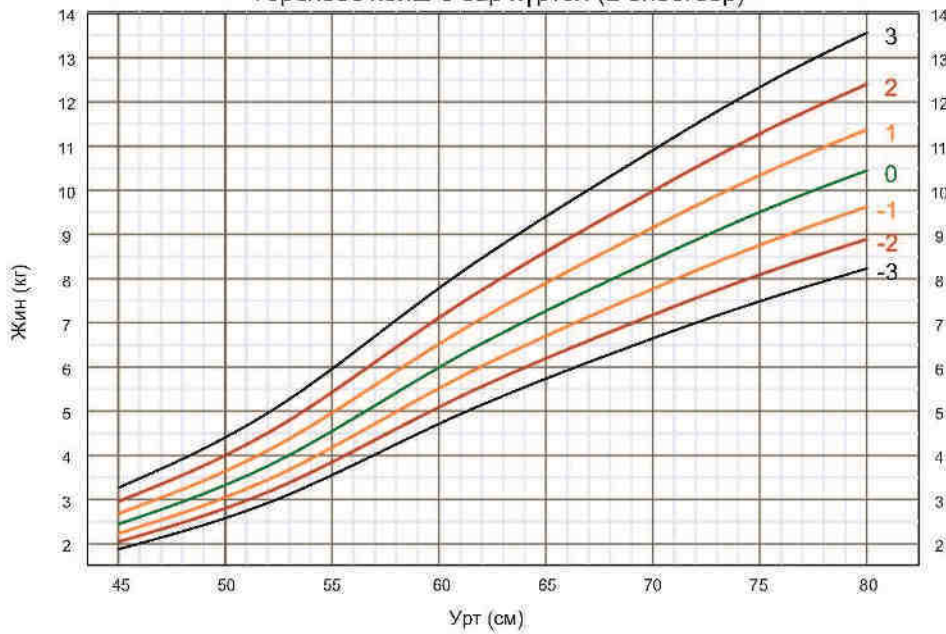
Урт насны энэ хүснэгт нь биеийн урлаг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Урт насны үзүүлэлт нь -2 шугамаас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу өсөлтийн хоцролттой гэж үзнэ. -3 шугамаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт
Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



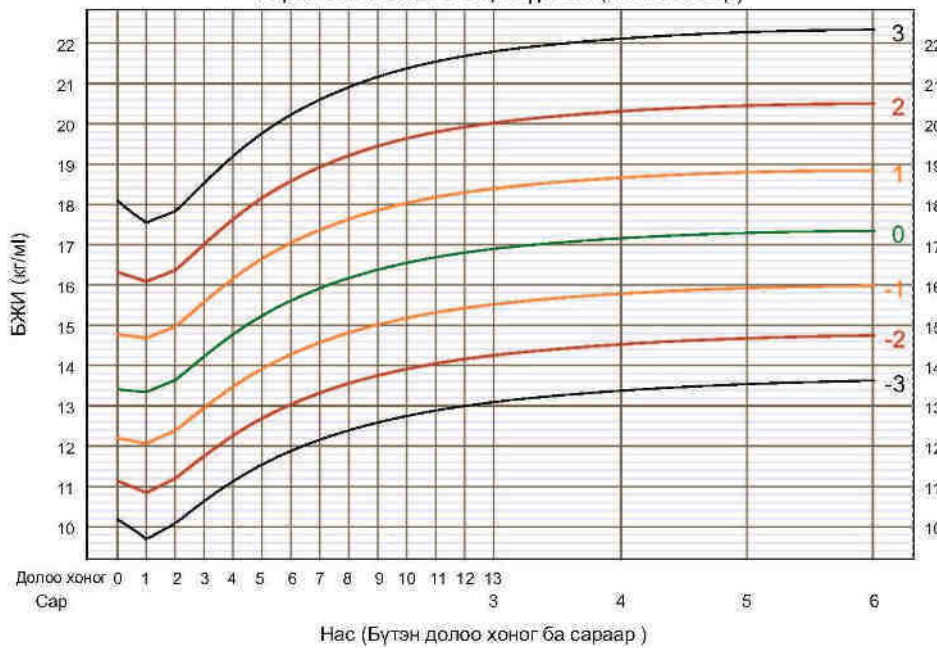
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг туралттай байна гэж үзнэ. -3 шугамаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн туралттайг илтгэнэ. Энэ үед маразм ба квациоркозын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин уртын хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



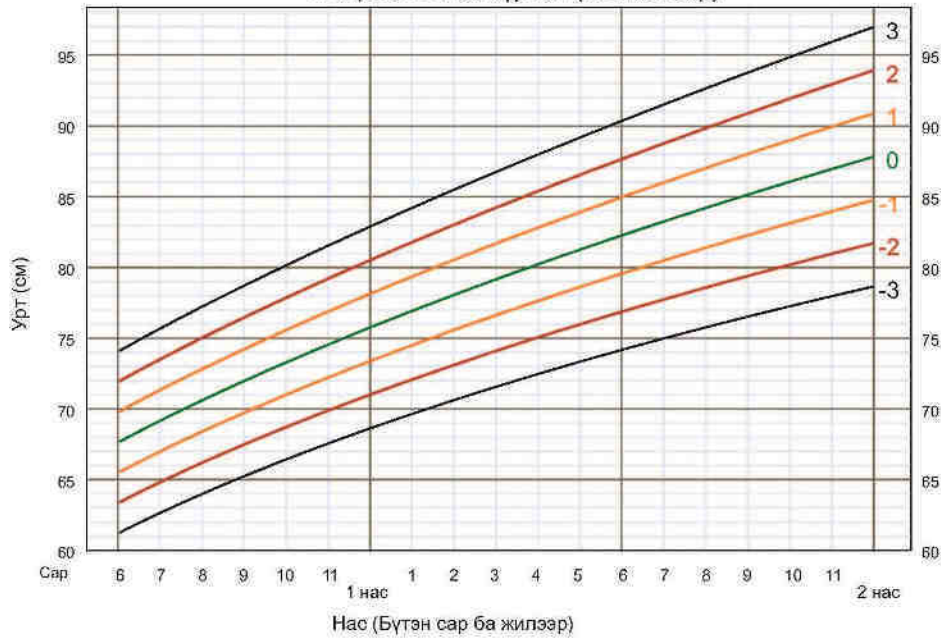
Жин уртын энэ хүснэгт нь биеийн жинг уртад харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин уртын үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд ортох эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл туранхай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн туранхай гэж үзнэ. Энэ үед яаралтай тусгай асаргаа шаарддөгтэй.

Эрэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



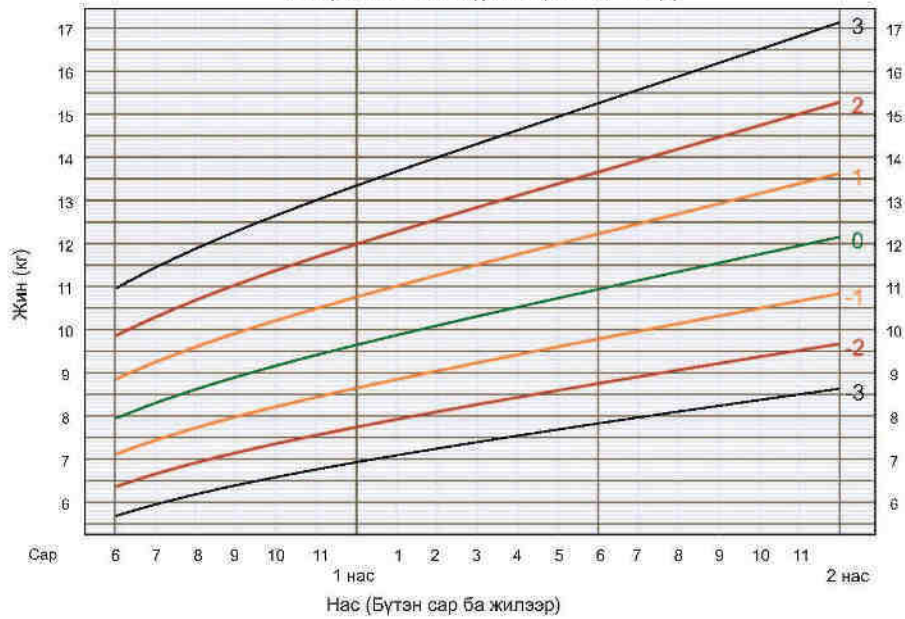
БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Илүүдэл жинг хэрхэвч БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байвал тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд ортох эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Урт насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



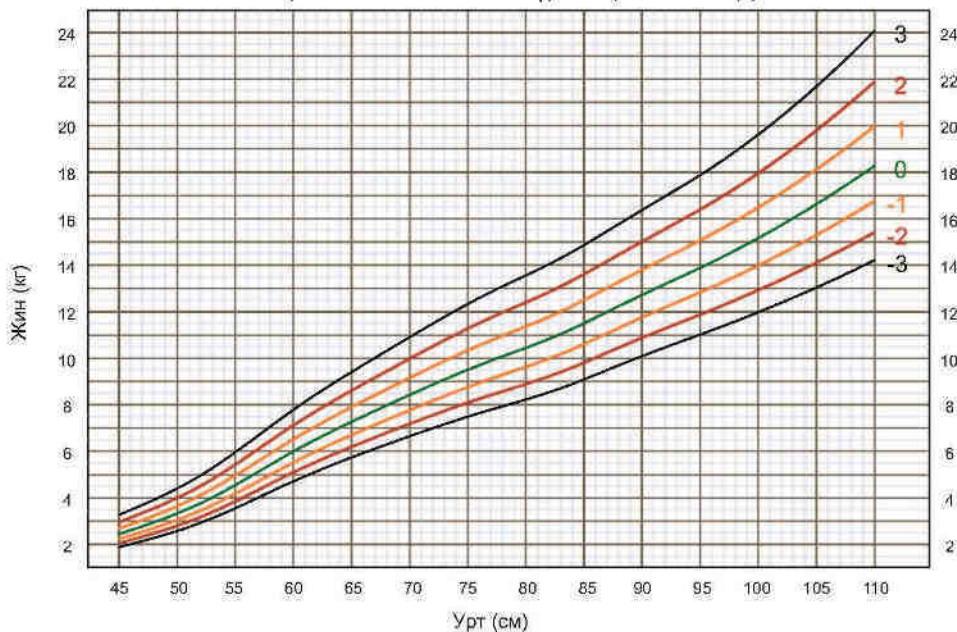
Урт насны энэ хүснэгт нь биеийн уртыг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Урт насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу өсөлтийн хоцролттой гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



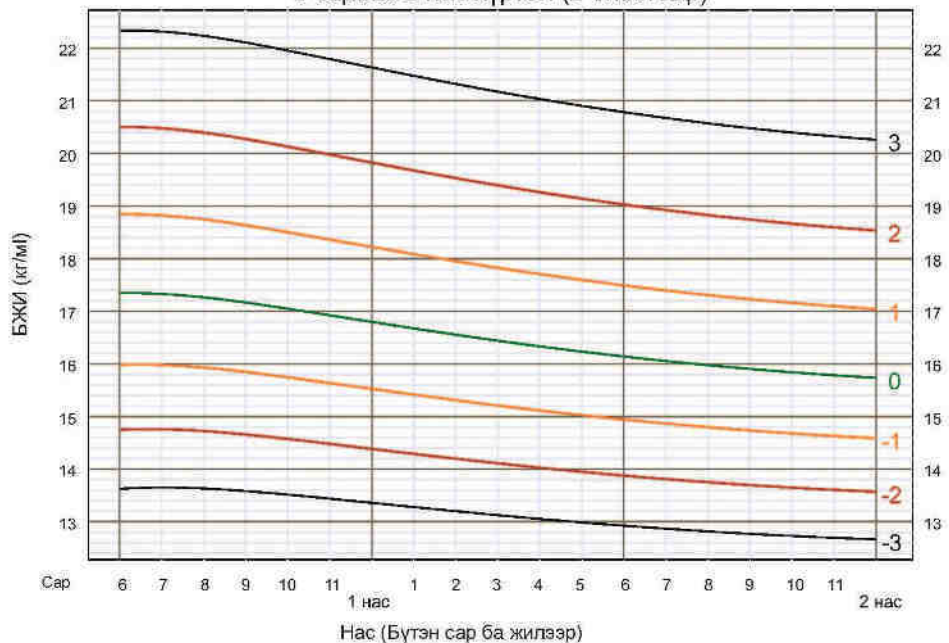
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг туралтай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн туралтайг илтэнэ. Энэ үед марам ба квашиоркорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин уртын хүснэгт Төрснөөс хойш 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



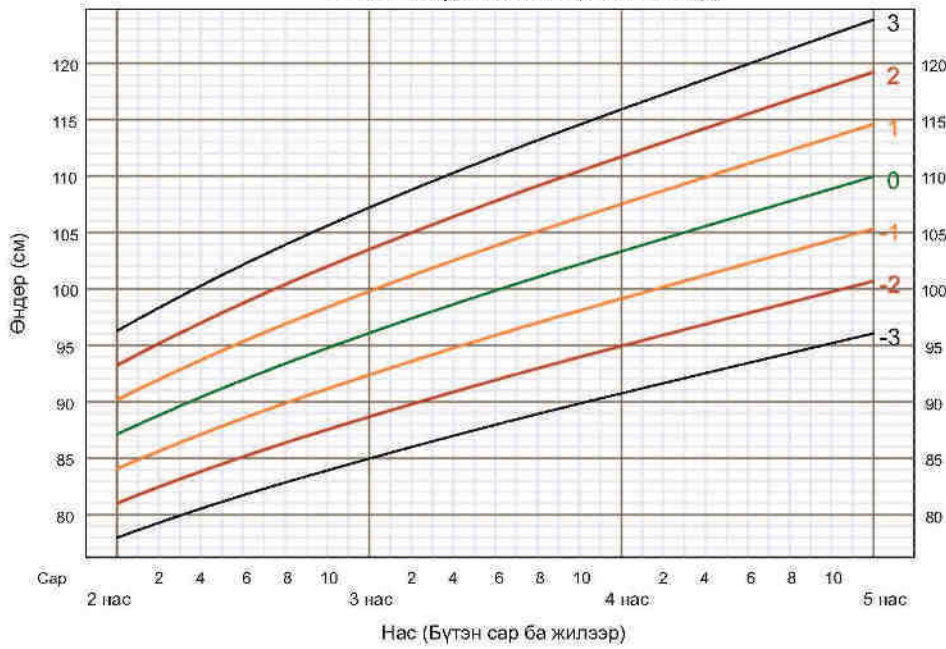
Жин уртын энэ хүснэгт нь биеийн жинг уртад харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин уртын үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэх байвал хүүхдийг тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл туранхай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн туранхай гэж үзнэ. Энэ үед яаралтай тусгай асаргаа шаардлагатай.

Эрэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



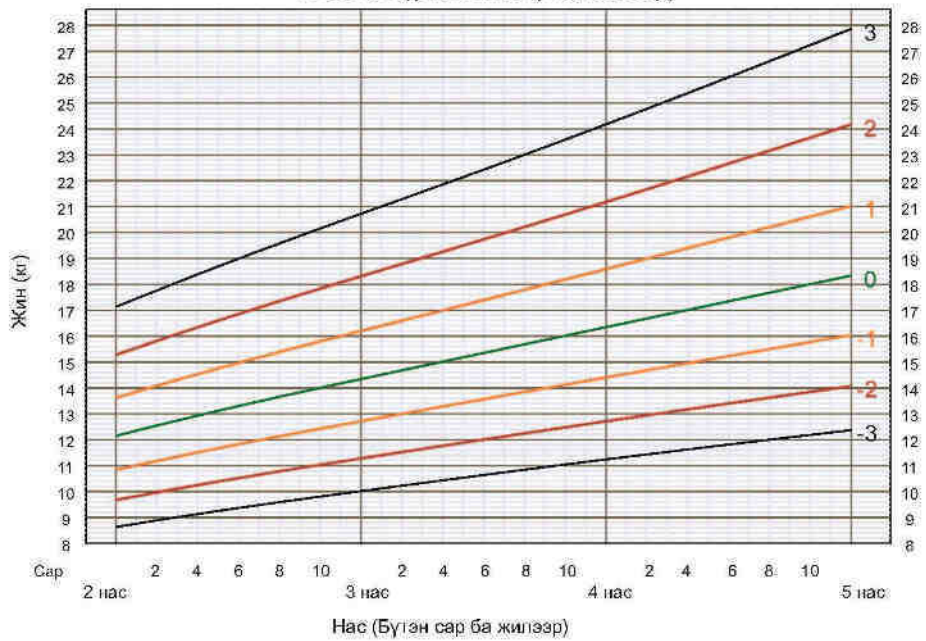
БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Үзүүдэл жинг хэнахад БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэх байвал тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Өндөр насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



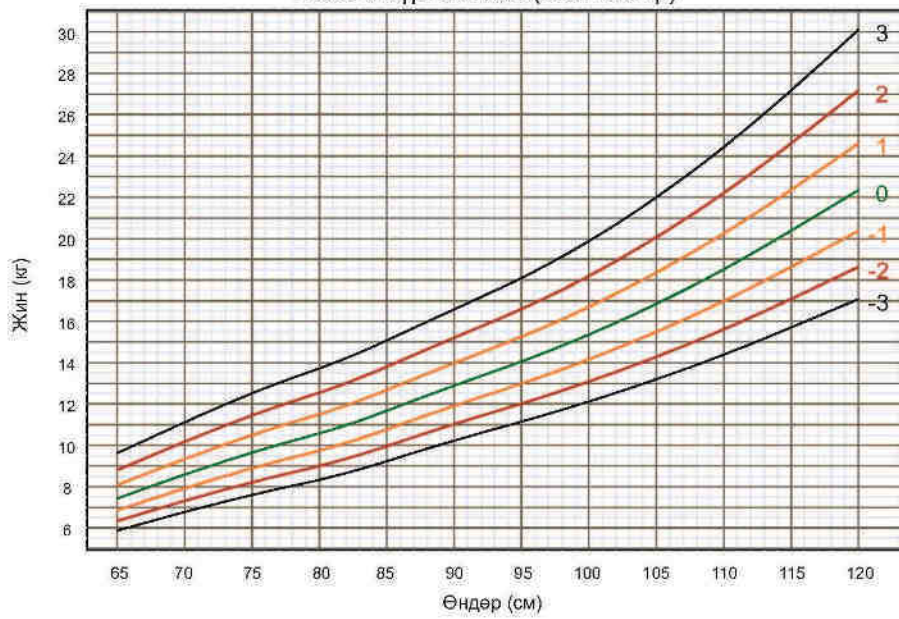
Өндөр насны энэ хүснэгт нь биеийн өндрийг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Өндөр насны үзүүлэлт нь -2 шугамас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу өсөлтийн хоёрлолттой байна гэж үзнэ. -3 шугамас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоёрлолттой гэнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



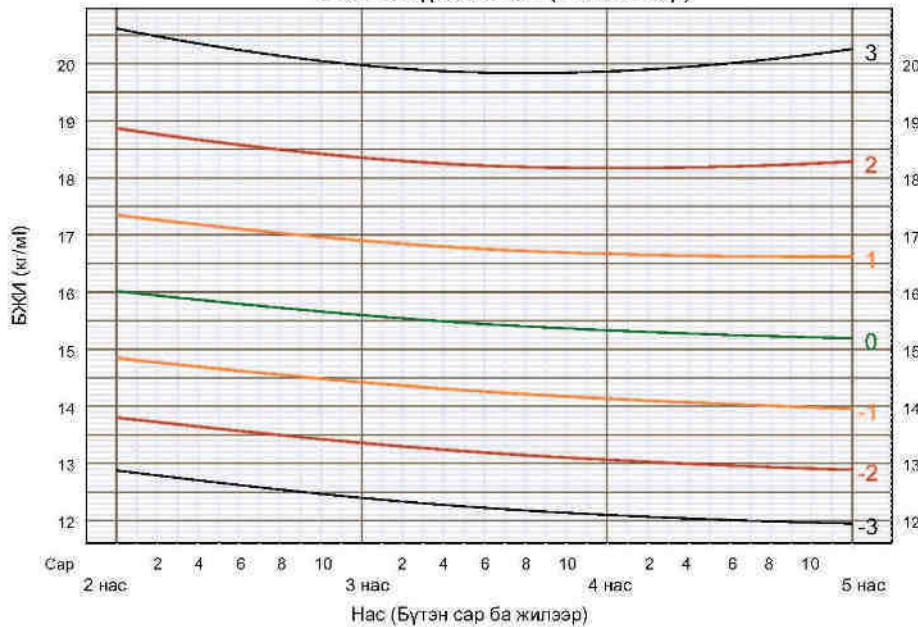
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамас доогуур тэмдэглэгдэх байгаа хүүхдийг турвалтай байна гэж үзнэ. -3 шугамас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн турвалтай илтгэнэ. Энэ үед мэдрэм ба квалиоркорын клиник шинж тэмдгүүд илэглэгдэх болно.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин өндрийн хүснэгт
2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



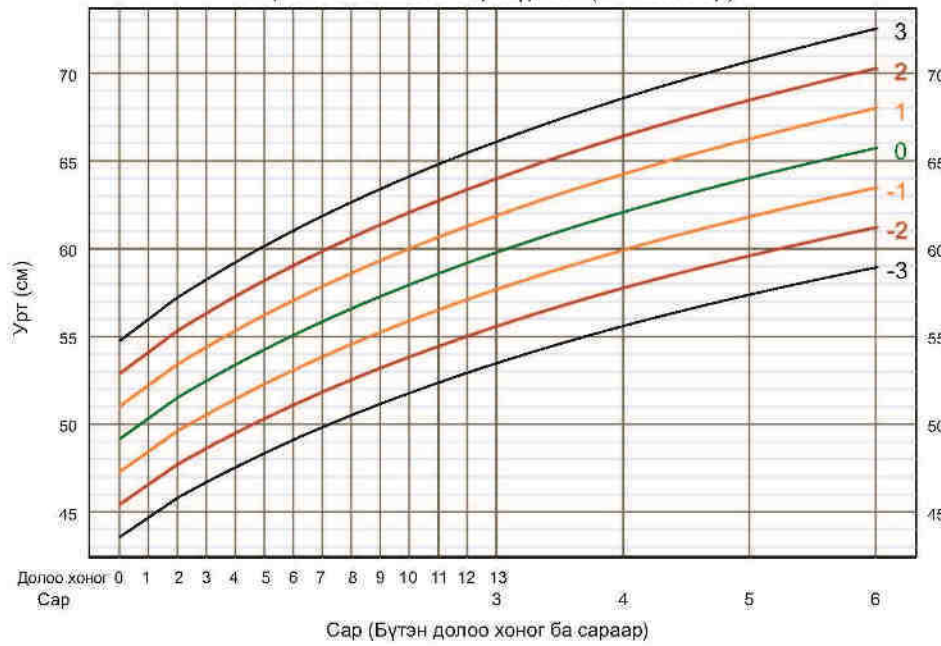
Жин өндрийн энэ хүснэгт нь биеийн жинг өндөрт харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин өндрийн үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл тураахай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн тураахай гэж үзнэ. Энэ үед нярайтэй тусгай асаргаа шаардлагатай.

Эрэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт
2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



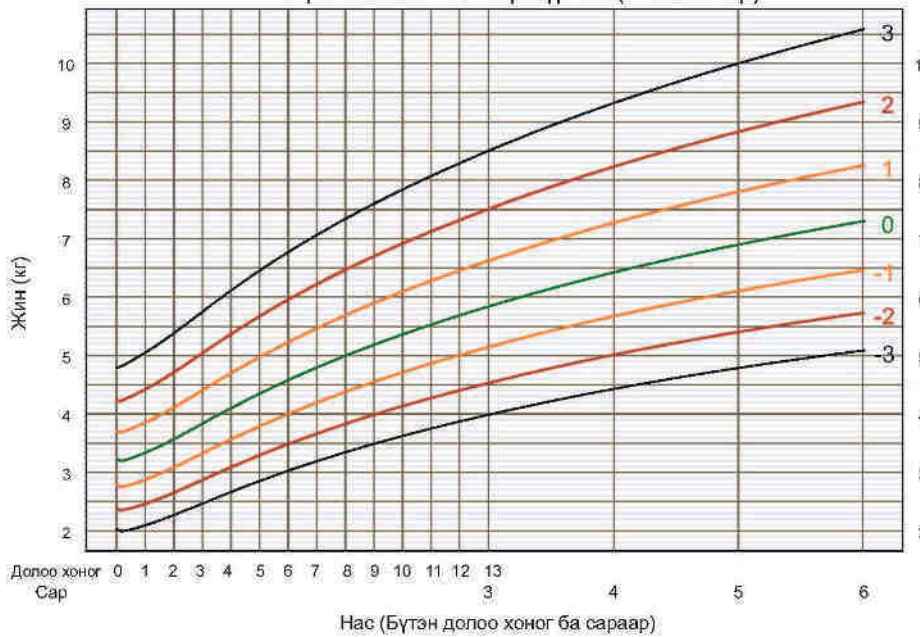
БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Илүүдэл жинг хянахад БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байвал тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Урт насны хүснэгт
Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



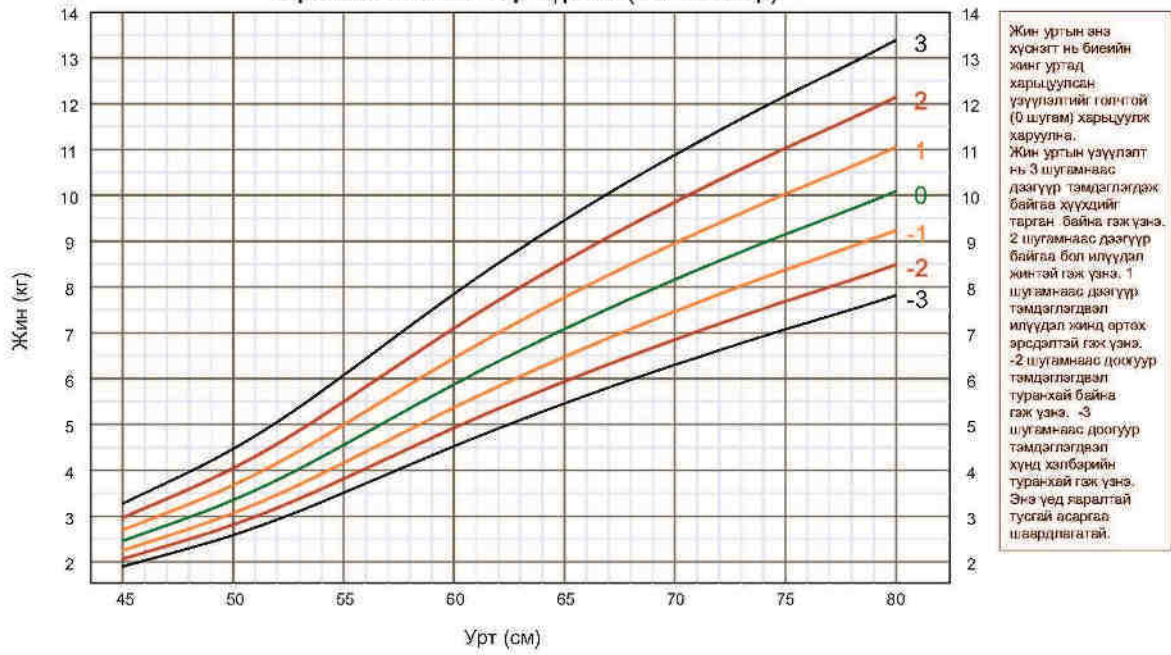
Урт насны энэ хүснэгт нь биеийн уртыг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Урт насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур байгаа хүүхдийг нэмжэн буюу өсөлтийн хоцролттой гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт
Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)

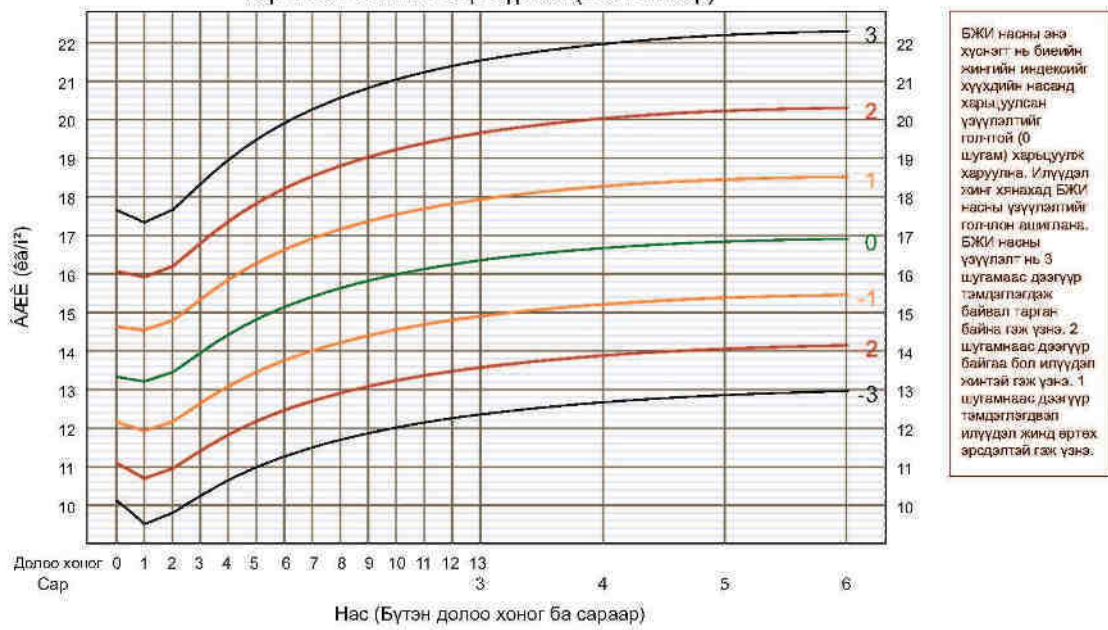


Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг гуравтай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн гуравтай илтгэнэ. Энэ үед марам ба квашиоркорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

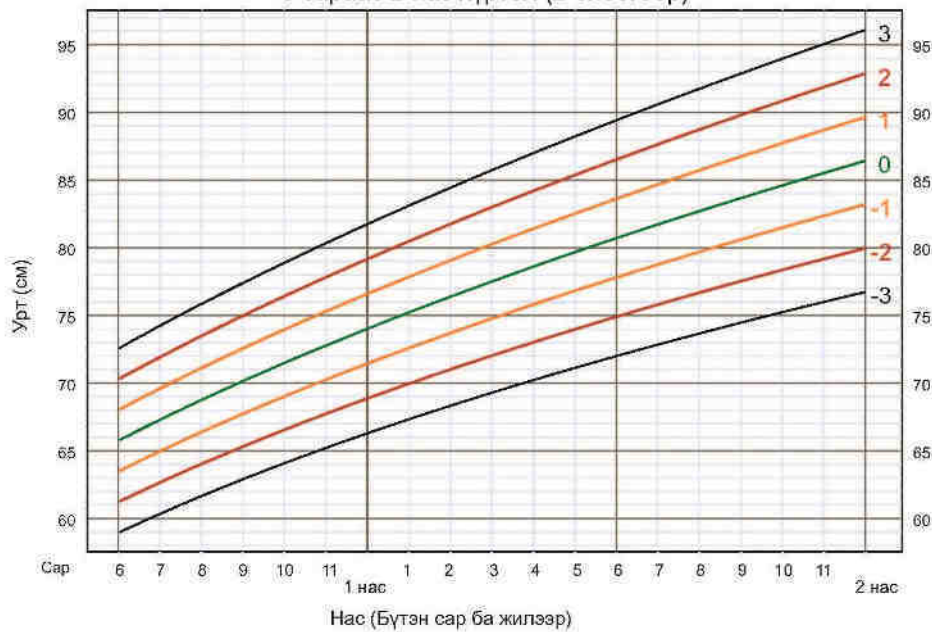
Эмэгтэй хүүхдийн Жин уртын хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



Эмэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)

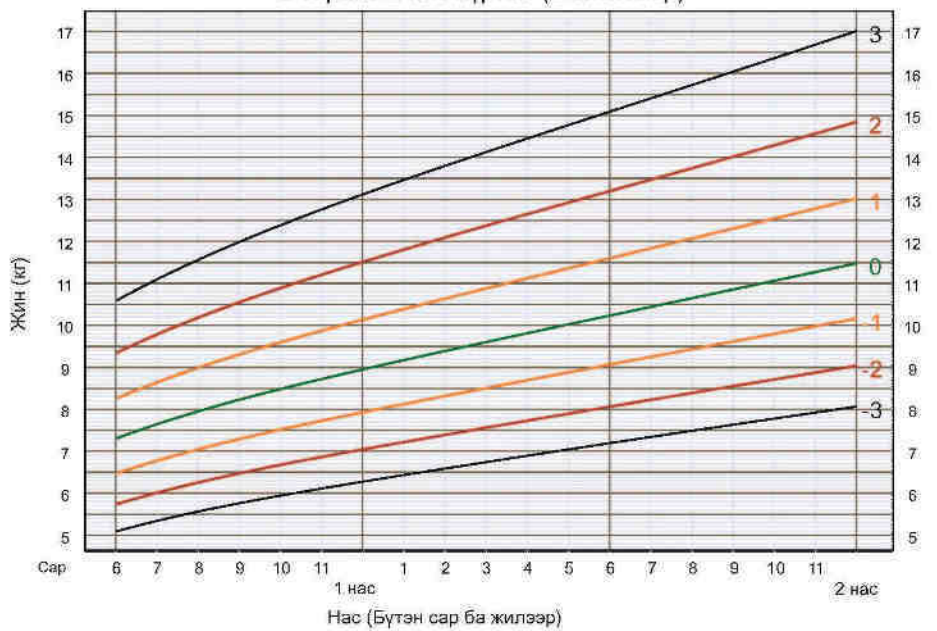


Эмэгтэй хүүхдийн Урт насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



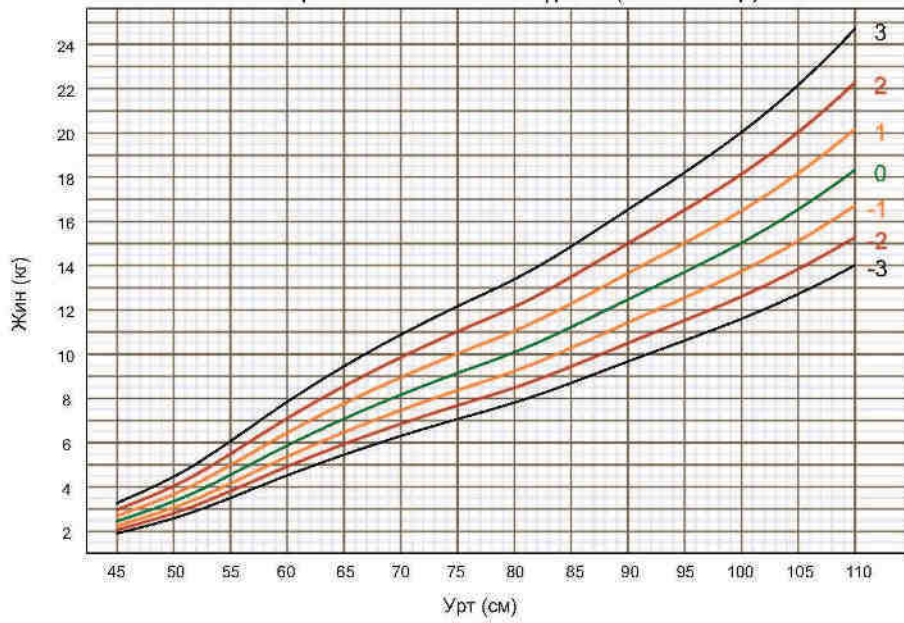
Урт насны энэ хүснэгт нь биеийн уртыг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Урт насны үзүүлэлт нь -2 шугамас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу өсөлтийн хоцролттой гэж үзнэ. -3 шугамас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



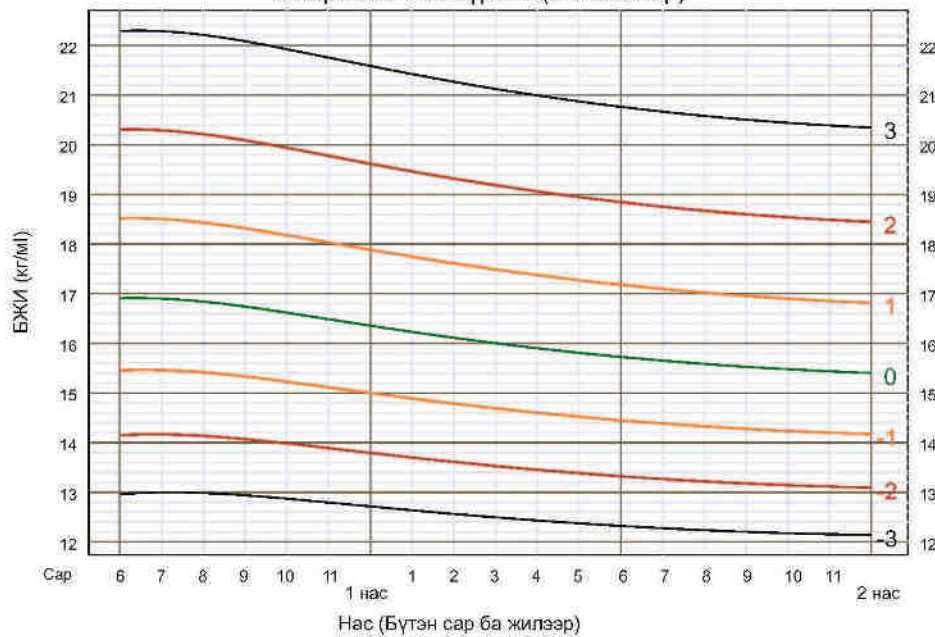
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг турвалттай байна гэж үзнэ. -3 шугамас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн турвалттай илтэнэ. Энэ үед маразм ба квашиоркорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин уртын хүснэгт Төрснөөс хойш 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



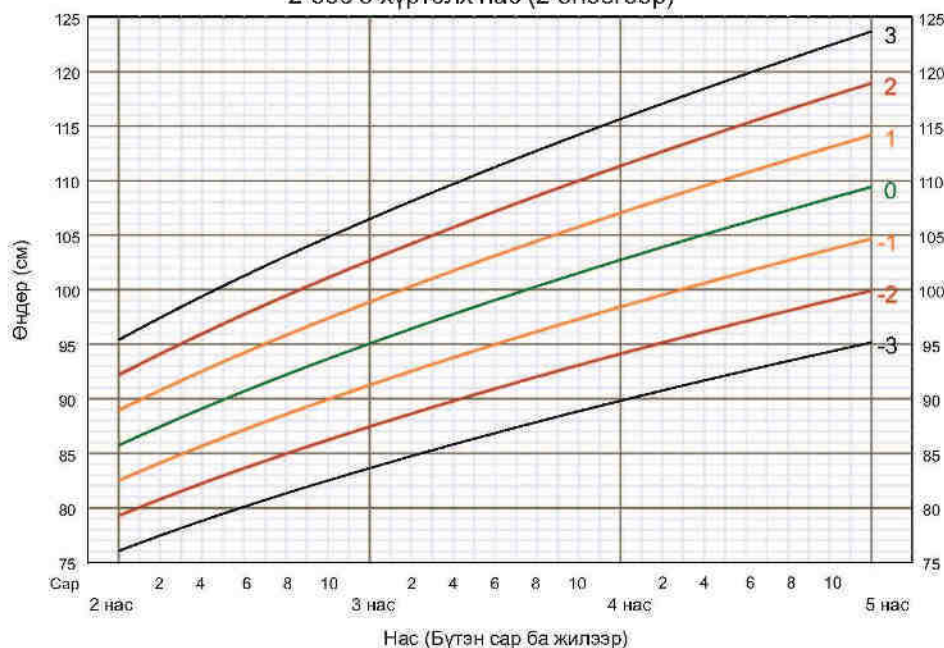
Жин уртын энэ хүснэгт нь биеийн жинг уртад харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин уртын үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өргөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл туранхай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн туранхай гэж үзнэ. Энэ үед яаралтай тусгай асаргаа шаардлагатай.

Эмэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



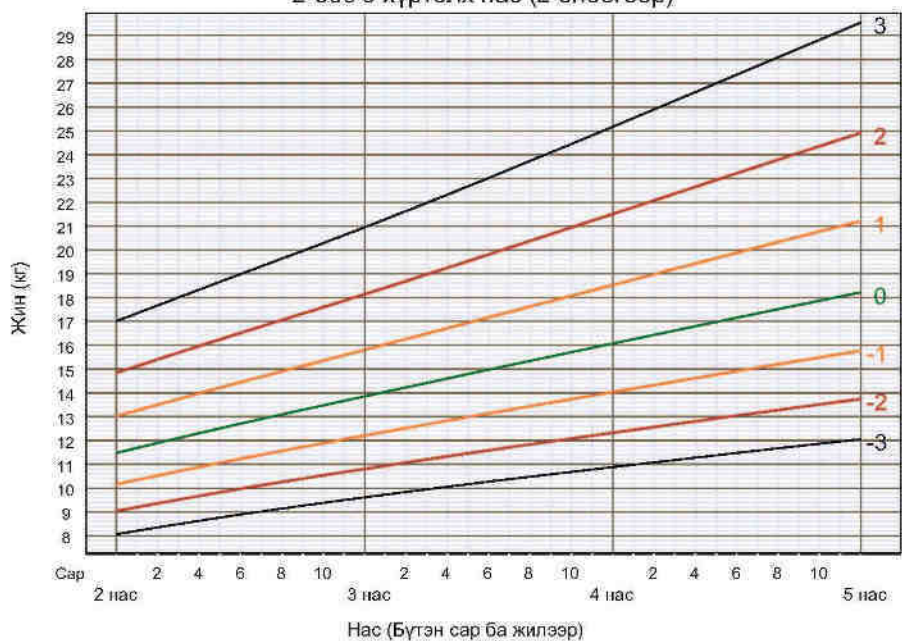
БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Илүүдэл жинг хянахад БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байвал тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өргөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Өндөр насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



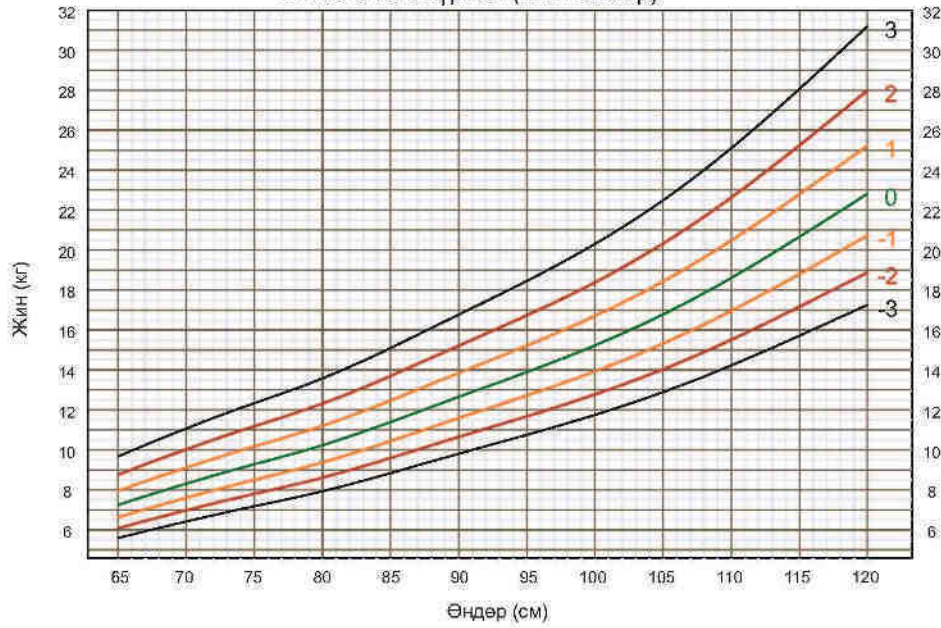
Өндөр насны энэ хүснэгт нь биеийн өндрийг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Өндөр насны үзүүлэлт нь -2 шугамаас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу есөлтийн хоцролттой байна гэж үзнэ. -3 шугамаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн есөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



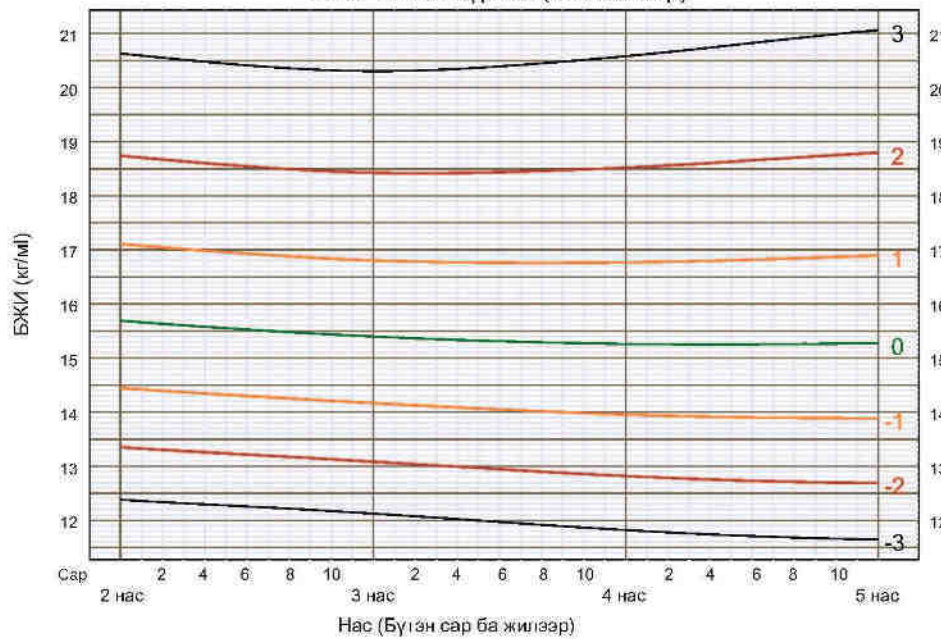
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг туралтай байна гэж үзнэ. -3 шугамаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн туралтайг илтгэнэ. Энэ үед мэргэжл ба квациноркорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин өндрийн хүснэгт 2-оос 5 нас хүртэл (z-оноогоор)



Жин өндрийн энэ хүснэгт нь биеийн жинг өндөрт харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин өндрийн үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл туранхай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн туранхай гэж үзнэ. Энэ үед яаралтай тусгай асаргаа шаарддагтай.

Эмэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт 2-оос 5 нас хүртэл (z-оноогоор)



БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Илүүдэл жинг хэвхэлд БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байвал тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ӨЭ-1Б-2

6-18 НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДЭВТЭР

Хүүхдийн төрсөн тухай батламж				Төрөх тасаг бүхий Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, тамга						
Ургийн овог:				Хүйс: ЭР/ЭМ		<i>Хүүхдийн хүйсийг заавал дугуйлан тэмдэглэ!</i>				
Эцэг/эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг			Сум, хороо		Баг, хэсэг	
Хүүхдийн нэр:				Гэрийн хаяг:						
Эцгийн утас:				Эхийн утас:						
Цусны бүлэг:				Дэвтэр нээсэн огноо:						
Эрүүл мэндийн даатгалын дэвтрийн дугаар:				Регистрийн дугаар:						
<input type="text"/>				<input type="text"/>						
Төрсөн он	сар	өдөр	цаг	Дээрх хүүхдийн төрснийг 20... оны сарын өдөр албан ёсоор бүртгэсэн болно.						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							

ХҮҮХДИЙН БИЕ БЯЛДРЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТАЛААРХ ДҮГНЭЛТ

Хэмжилт он сар..... өдөр

Өндөр см	Биеийн жингийн индекс:
/10-тын орны бутархай оруулах/ Жин кг	(БЖИ=Жин(кг)/Өндөр ² (см)) 1.Туранхай (<.....)
Бүсэлхийн тойргийн (БТ) хэмжээ см	2.Хэвийн жинтэй (.....)
	3.Илүүдэл жинтэй (.....)
	4.Таргалалт I (.....)
	5.Таргалалт II (.....)
	6.Таргалалт III (.....)

Дүгнэлт:.....
.....
.....
.....

Хэмжилт хийсэн эмчийн нэр:

Хэмжилт он сар..... өдөр

Өндөр см	Биеийн жингийн индекс:
/10-тын орны бутархай оруулах/ Жин кг	(БЖИ=Жин(кг)/Өндөр ² (см)) 1.Туранхай (<.....)
Бүсэлхийн тойргийн (БТ) хэмжээ см	2.Хэвийн жинтэй (.....)
	3.Илүүдэл жинтэй (.....)
	4.Таргалалт I (.....)
	5.Таргалалт II (.....)
	6.Таргалалт III (.....)

Дүгнэлт:.....
.....
.....
.....

Хэмжилт хийсэн эмчийн нэр:

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТАЛААРХ ДҮГНЭЛТ

Үзлэг хийсэн 20__ оны __ сарын __ нд

	Үзлэг хийсэн огноо_____	Үзлэг хийсэн огноо_____	Үзлэг хийсэн огноо_____	Үзлэг хийсэн огноо_____
Биеийн байдал өсөлт бойжилт				
Биеийн өндөр				
Биеийн жин				
Биеийн галбир				
Нурууны хүч				
Тавхайн хэлбэр				
Бэлгийн бойжилт				
Дархлаажуулалт				
Шинжилгээнүүд				
Цагаан хорхой				
Цусны ерөнхий				
Шээсний ерөнхий				
Бусад				
5 хүртэл насанд өвчилсөн өвчнүүдийн талаарх тэмдэглэл ⁹ :				

Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал, зөвлөгөө:

Эмчийн нэр:

⁹Дэлгэрэнгүй бичнэ

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

Үзлэг хийсэн 20__ оны __ сарын __ нд

	Үзлэг хийсэн огноо _____	Үзлэг хийсэн огноо _____	Үзлэг хийсэн огноо _____	Үзлэг хийсэн огноо _____
Харшил				
Хорт зуршил				
Амны хөндий, хэл, шүд				
Арьс салст (цус багадалт)				
Арьсан дорх өөхөн эдийн байдал				
Халдварт өвчин				
Яс булчингийн тогтолцоо				
Зүрх судасны тогтолцоо				
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо				
Хоол боловсруулах эрхтэний тогтолцоо				
Бөөр шээсний замын эрхтэний тогтолцоо				
Мэдрэлийн тогтолцоо				

Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал, зөвлөгөө:

Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

Үзлэг хийсэн 20__ оны __ сарын __ нд

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Харшил												
Амны хөндий, хэл, шүд												
Арьс салст (цус багадалт)												
Арьсан дорх өөхөн эдийн байдал												
Яс булчингийн тогтолцоо												
Зүрх судасны тогтолцоо												
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо												
Хоол боловсруулах эрхтэний тогтолцоо												
Бөөр шээсний замын эрхтэний тогтолцоо												
Мэдрэлийн тогтолцоо												

Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал, зөвлөгөө:

Эмчийн нэр:

⁹Дэлгэрэнгүй бичнэ

АМНЫ ХӨНДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

Үзлэг хийсэн 20__оны__сарын__нд

Амны хөндий: Одоо байгаа шүдний тоо: _____ " Эрүүл " Эрүүл бус

- Шүдний цагаан толбо Шүдний өнгө өөрчлөгдсөн Шүдний ургалт буруу Буйлны үрэвсэл
 Уруулын хөвч богино Хэл мурийсан Хэлний хөвч богино Амны салстад шарх үүсдэг
 Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон Хүүхдийн шүд тогтмол угаадаг Бусад

	Хоншоор Төвийн үүдэн шүд Хажуугийн үүдэн шүд Соёо 1-р араа 2-р араа	Шүдлэх Үе 8-12 сар 9-13 сар 16-22 сар 13-19 сар 25-33 сар	Солигдох Үе 6-7 нас 7-8 нас 10-12 нас 9-11нас 10-12 нас
	Эрүү 2-р араа 1-р араа Соёо Хажуугийн үүдэн шүд Төвийн үүдэн шүд	Шүдлэх Үе 23-31 сар 14-18 сар 17-23 сар 10-16 сар 6-10 сар	Солигдох Үе 10-12 нас 9-11нас 9-12 нас 7-8 нас 6-7 нас

Шүдний үзүүлэлт :

- Цоорсон
 Ломбодсон
 Авагдсан
 Давхар ургасан байнгын шүд _____
 Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургасан
 · Хоншоор Баруун Зүүн
 · Эрүү Баруун Зүүн
 Эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)

	Хоншоор Төвийн үүдэн шүд Хажуугийн үүдэн шүд Соёо 1-р бага араа 2-р бага араа 1-р их араа 2-р их араа Агт араа	Солигдох Үе 7-8 нас 8-9 нас 11-12 нас 10-11 нас 10-12 нас 6-7 нас 12-13 нас 17-21 нас
	Эрүү Агт араа 2-р их араа 1-р их араа 2-р бага араа 1-р бага араа Соёо Хажуугийн үүдэн шүд Төвийн үүдэн шүд	Солигдох Үе 17-21 нас 11-13 нас 6-7 нас 11-12 нас 10-12 нас 9-10 нас 7-8 нас 6-7 нас

Тайлбар:

- Сүүн шүд унаагүй боловч байнгын шүд нь давхар ургасан эсэхийг сайтар тэмдэглэж мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ.
- Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургаж, буйлнаас цухуйж эхэлмэгц мэргэжлийн эмчид хандаж ховил битүүлэх эмчилгээ (ховилын ломбо) хийлгэх зайлшгүй шаардлагатай тул мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ.
- Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон хожуу үүсэх хүндрэлээс сэргийлж шүдний эмчид үзүүлж зөвлөгөө авах шаардлагатай
- Холимог зуултын үед хүүхдийн сүүн ба байнгын шүдийг зураглалын шүд тус бүрт дараах байдлаар бичиж тэмдэглэнэ:

· Байнгын шүд: Ц, Л, А

Сүүн шүд: ц, л, а

Эмчийн нэр:

Хяналтын үечилсэн дүгнэлт

1. 20... он сар өдөр

Ds:

Дүгнэлт:

Цаашид авах арга хэмжээ:

Эмчийн гарын үсэг:

Хяналтын үечилсэн дүгнэлт

1. 20... он сар өдөр

Ds:

Дүгнэлт:

Цаашид авах арга хэмжээ:

Эмчийн гарын үсэг:

Он сар өдөр	Эмчийн үзлэг	Эмчилгээний заалт

Он сар өдөр	Эмчийн үзлэг	Эмчилгээний заалт

Он сар өдөр	Эмчийн үзлэг	Эмчилгээний заалт

2 САР ХҮРТЭЛХ ХҮҮХДИЙН ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Нэр: _____ Нас: _____ Жин: _____ кг Биеийн температур _____ °C

Хүүхэд ямар зовиуртайг АСУУ: _____ Анхны үзлэг? ____ Давтан үзлэг? ____
 _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг

ҮНЭЛ (Байгаа бүх шинжийг дугуйл)

АНГИЛ

<p>МАШ ХҮНД ӨВЧИН БА ХЭСЭГ ГАЗРЫН ХАЛДВАРЫГ ШАЛГА</p> <p>- Нярайг хооллоход бэрхшээл байна уу? - Нярай хүүхэд татсан уу?</p>	<p>* Амьсгалын тоо нэг минутад _____ Олширсон бол давт. _____ Амьсгал олширсон уу? * Цээж хүчтэй хонхолохыг ажигла. * Хамар сарталзахыг ажигла. * Яраглаж амьсгалахыг ажигла, сонс * Зулай чинэрэлтийг ажигла, тэмтэр. * Чих булагтсан эсэхийг ажигла. * Хүйг ажигла * Улайсан буюу идээтэй байна уу? * Улайлт арьс руу тэлсэн үү? * Халууралт (37.5°C буюу их, барихад халуун) буюу халуун буурах (35.5°C буюу бага, барихад хүйтэн) * Арьсны идээт цэврүүг ажигла. ' - Тэдгээр нь олон буюу хүнд байна уу? * Нярай унтаарсан буюу ухаангүй эсэхийг хар. * Нярайн хөдөлгөөнийг ажигла. ' - Хөдөлгөөн хэвийнхээсээ бага байна уу?</p>	
<p>ШАРЛАЛТЫГ ШАЛГА</p>	<p>* Шарлалтыг шалга (нүд, арьс шарлах.) * Нярайн гарын алга, хөлийн ул шар байна уу?</p>	
<p>НЯРАЙ СУУЛГАЖ БАЙНА УУ?</p> <p>* Баасанд цус байна уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____ * Нярайн ерөнхий байдлыг ажигла. Нярай: ' - Зөвхөн хүрэхэд хөдлөөд болих буюу огт хөдөлгөөнгүй ' - Тайван бус ба цочромхой? * Нүд нь хонхойсныг ажигла. * Хэвлийн арьсны хуниас арилах нь: ' - Маш удаан (2 секундээс их)? ' - Удаан уу?</p>	
<p>ДАРАА НЬ ХООЛЛОЛТЫН БЭРХШЭЭЛ БУЮУ БАГА ЖИНГ ШАЛГА</p> <p>* Хооллолтонд ямар нэг бэрхшээл байна уу? Тийм _____ Үгүй _____ * Насанд тохирох жинг тодорхойл * Хүүхэд хөхөөр хооллодог уу? Тийм _____ Үгүй _____ Бага _____ Бага биш _____ Хэрэв тийм бол 24 цагт хэдэн удаа хөхдөг вэ? _____ удаа * Аман шархлаа буюу цагаан толбо буйг * Нярайд өөр ямар нэгэн хоол буюу шингэн өгдөг үү? ажигла (ам гэмтэх). Тийм _____ Үгүй _____ Хэрэв тийм бол хэдэн удаа? _____ * Нярайг та юугаар хооллодог вэ? _____</p>		
<p>Хэрэв нярай ямар нэг хооллолтын бэрхшээлтэй, 24 цагт хөхөө 8-аас цөөн хөхдөг, өөр ямар нэг хоол буюу шингэн өгдөг буюу насанд тохирох жин бага БА эмнэлэгт яаралтай хэвтүүлэх ямар нэг заалтгүй бол:</p> <p>ХӨХӨӨР ХООЛЛОЛТЫГ ҮНЭЛ: Хэрэв сүүлийн 1 цагт хөхөө хөхөөгүй бол хүүхдээ хөхүүлэхийг эхээс хүс. Хөхөхийг 4 минут ажигла. * Хүүхэд хөхөө үмхэж чадаж байна уу? Үмхэлтийг шалгаж, ажигла. Үүнд: - Эрүү хөхөнд хүрэлцэх Тийм _____ Үгүй _____ - Амаа том ангайх Тийм _____ Үгүй _____ - Доод уруул цорвойх Тийм _____ Үгүй _____ - Хөхний нөсөөт хэсэг амны дээд талд илүү том харагдах Тийм _____ Үгүй _____ зөв үмхэхгүй зөв үмхэнэ * Нярай хөхөө сайн сорж байна уу (аажим, гүнзгий сорж, заримдаа түр завсарлана)? сайн сорохгүй сайн сорно</p>		
<p>НЯРАЙН ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН БАЙДЛЫГ ШАЛГА Өнөөдөр шаардлагатай вакциныг дугуйл.</p> <p>БЦЖ _____ Тавт _____ Саа-1 _____ Саа-2 _____ ВГ-1 _____</p>	<p>РАХИТЫН СЭРГИЙЛЭЛТ _____ Д аминдэм</p> <p>К АМИНДЭМ _____ К₁ аминдэм яй</p>	<p>Дараагийн вакцинд ирэх: _____ (Өдөр)</p>
<p>БУСАД ӨВЧНҮҮДИЙГ ҮНЭЛ, АНГИЛ, ЭМЧИЛ (Чагнаж үз)</p>	<p>Эхийн өөрийнх нь эрүүл мэндийн тухай асуу: _____ Үзлэгт зарцуулсан хугацаа _____</p>	

2 САРААС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ӨВЧТЭЙ ХҮҮХДИЙН ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Нэр: _____ Нас: _____ Жин: _____ кг Биеийн температур _____ °C
Хүүхэд ямар зовиуртайг АСУУ: _____ Анхны үзлэг? _____ Давтан үзлэг? _____
_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

ҮНЭЛ (Байгаа бүх шинжийг дугуйл)

АНГИЛ

<p>АЮУЛТАЙ ЕРӨНХИЙ ШИНЖҮҮДИЙГ ШАЛГА</p> <p>УУХ БУЮУ ХӨХӨӨ ХӨХӨХ ЧАДВАРГҮЙ УУХ, ИДЭХ БҮРТЭЭ БӨӨЛЖИХ ТАТАХ</p>	<p>УНТААРСАН БУЮУ УХААНГҮЙ</p>	<p>Аюултай ерөнхий шинж байна уу? Тийм _____ Үгүй _____ Ангилал сонгохдоо аюултай шинжийг үндэслэнэ гэдгийг сана</p>
<p>ХҮҮХЭД ХАНИАЛГАСАН БУЮУ АМЬСГАЛ СААДТАЙ ШИНЖТЭЙ ЮУ?</p> <p>* Хэр удаан? _____ өдөр</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Амьсгалыг нэг минутад тоол. Нэг минутад _____ удаа. Амьсгал олширсон уу? * Цээж хонхолохыг ажигла. * Хяхтнаа амьсгалыг ажигла, сонс * Шуугиантай амьсгалыг ажигла, сонс.</p>	
<p>ХҮҮХЭД СУУЛГАЖ БАЙНА УУ?</p> <p>* Хэр удаан? _____ өдөр * Баасанд цус байна уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Хүүхдийн биеийн ерөнхий байдлыг ажигла. Хүүхэд: Унтаа буюу ухаангүй Тайван бус ба цочромхой? * Нүд хонхойсныг ажигла. * Хүүхдэд уух юм өг. Хүүхэд: Уухдаа муу буюу ууж чадахгүй юу? Цангасан, ховдоглон ууж байна уу? * Хэвлийн арьсны хуниас арилах нь: Маш удаан (2 секундээс их)? Удаан уу?</p>	
<p>ХҮҮХЭД ХАЛУУРСАН УУ? (мэдүүлэгтэй/тэмтрэхэд халуун/ биеийн халуун 37.5°C буюу их)</p> <p>* Хэр удаан? _____ өдөр * Сүүлийн 3 сард хүүхэд улаанбурхнаар өвчилсөн үү? * 5-аас олон хоног бол өдөр бүр халуурсан уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Хүзүүний хөшингийг ажигла, үз. УЛААНБУРХНЫ шинжийг ажигла. * Түгээмэл тууралт ба * Ханиалгах, нус гоожих буюу нүд улайх шинжийн нэг * Халууралтын бусад шалтгааныг ажигла, үнэл. * Амны шархлааг ажигла. Шархлаа гүнзгий ба өргөн үү? * Нүднээс нуух гарч буйг ажигла. * Эвэрлэг бүдгэрсэн эсэхийг ажигла</p>	
<p>Сүүлийн 3 сар дотор буюу одоо улаанбурхнаар өвчилсөн бол:</p>		
<p>ХҮҮХЭД ЧИХНИЙ ӨВЧИН БАЙНА УУ?</p> <p>* Чих өвдөж байна уу? * Чихнээс булаг гарч байна уу? Хэрэв тийм бол хэр удаан _____ өдөр</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Чихнээс булаг гарсныг ажигла. * Чихний ард хавдар, хөндүүр байгаа эсэхийг тэмтэр.</p>	
<p>ХҮҮХДИЙН ХООЛОЙ ӨВДӨЖ БАЙГААГ ШАЛГА?</p> <p>* Залгихад эмзэглэж байна уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Эрүүн доорхи булчирхайнуудыг тэмтэр. * Хоолойд нэвчдэс, идээ байгааг ажигла.</p>	
<p>ДАРАА НЬ ТУРААЛ БА ЦУС БАГАДАЛТЫГ ШАЛГА</p> <p>6 сараас дээш настай бол * Бугалганы тойрог 110 мм-ээс бага байна уу? * Хоолны дуршил муу байна уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Илт хүнд тураалыг ажигла. * Хоёр хөлд хавантай эсэхийг ажигла. * Алганы цайлтыг ажигла. Хувхай цагаан уу? Бага зэрэг цагаан уу? * Хүүхдийн насанд тохирох жинг тодорхойл: Жин бага _____ Жин бага биш _____</p>	
<p>ХҮҮХЭД 2 НАС ХҮРЭЭГҮЙ БОЛ РАХИТЫГ ШАЛГА</p> <p>* Хөхөө хөхөх, унтаж байхдаа хөлөрч байна уу? * Шээсний үнэр өөрчлөгдсөн үү?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Гавлын яс зөөлөрсөн эсэхийг тэмтэр. * "Сампингийн эрх"-ийн шинж * Булчингийн хүчдэл суларсан эсэхийг ажигла.</p>	
<p>ХҮҮХЭД 12 САРААС ДЭЭШ НАСТАЙ БОЛ ЦАГААН ХОРХОЙТОХЫГ ШАЛГА</p> <p>* Хошного загатнадаг уу? * Нойронд муу юу? * Цагаан хорхой гарч байсан уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Хошногони амсар, хярзан орчим улайсан буюу маажсан эсэхийг ажигла.</p>	
<p>ХҮҮХДИЙН ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН БАЙДАЛ БА А АМИНДЭМИЙН ХАНГАЛТЫН БАЙДЛЫГ ШАЛГА</p> <p>Өнөөдөр хийх вакциныг дугуйл.</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>_____ СХХТ (давтан) _____ А АМИНДЭМ _____ _____ УБ-1, У, ГХ-1 _____ УБ, У, ГХ-2 _____ _____ ВГ-1 _____</p>	<p>Дараагийн дархлаажуулалтад ирэх: _____ (Өдөр)</p>
<p>ХҮҮХЭД ЦУС БАГАДАЛТ БУЮУ ЖИН БАГА эсвэл 2 нас хүрээгүй бол ХҮҮХДИЙН ХООЛЛОЛТЫН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛ.</p> <p>* Та хүүхдээ хөхөөр хооллодог уу? Тийм _____ Үгүй _____ Хэрэв тийм бол 24 цагт хэдэн удаа? _____ удаа. Та шөнө хөхүүлдэг үү? Тийм _____ Үгүй _____ * Хүүхдэд ямар нэг хоол буюу шингэн өгдөг үү? Тийм _____ Үгүй _____ Хэрэв тийм бол ямар хоол буу шингэн ямар хэмжээгээр өгдөг вэ? _____ Өдөрт хэдэн удаа? _____ удаа. Хүүхдийг хооллохдоо та юу хэрэглэдэг вэ? _____ Хэрэв насанд тохирсон жин бага бол: Ямар хэмжээтэй хоол иддэг вэ? _____ Хүүхэд өөрөө хоолоо иддэг үү? _____ Хэн хүүхдийг хооллодог вэ? Яаж? _____ * Энэ өвчний явцад хүүхдийн хооллолт өөрчлөгдсөн үү? Тийм _____ Үгүй _____ Тийм бол, яаж? _____</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p>	<p>Хооллолтын бэрхшээлүүд</p>
<p>БУСАД ӨВЧНҮҮДИЙГ ҮНЭЛ, АНГИЛ, ЭМЧИЛ (Чагнаж үз)</p>	<p>Эхийн өөрийнх нь эрүүл мэндийн тухай асуу: _____</p>	<p>Үзлэгт зарцуулсан хугацаа _____</p>

ЭМЧИЛГЭЭ

Өөр хүнд өвчний ангилалгүй ч гэсэн ямар нэг
аюултайшинжтэй хүүхдийг хэвтүүлнэ гэдгийг сан

Давтан үзлэгт эргэж ирэх хугацаа: _____

Хэзээ яаралтай эргэж үзүүлэхийг эхэд зөвлө. _____

Өнөөдөр шаардлагатай дархлаажуулалтыг хийж, А аминдэм өг: _____

Хооллолтыг зөвлөгөө өг

ТОВЛОЛЫН БУС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГАД ХАМРАГДСАН ХҮМҮҮСИЙН БҮРТГЭЛ

..... он сар

Д/д	Овог нэр, регистр	Нас	Хүйс	Гэрийн хаяг (Аймаг/хот, сум/дүүрэг)	Вакцин, биобэлдмэлийн нэр	Цувралын дугаар	Дархлаажуулалтын хэлбэр (Сайн дур-1 Нэмэлт-2, Тархвар судлал-3)	Тархвар судлалын заалтаар хийж байгаа бол мэргэжил*	Эмч, эмнэлгийн ажилтан бол ажилладаг эрүүл мэндийн байгууллагын нэр	Тариулсан сар, өдөр		
										1 тун	2 тун	3 тун
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												
4												
5												
6												

*Тархвар судлалын заалт: Эмч, эмнэлгийн ажилтнууд-1, цэрэг, цагдаа, хил гааль-2 халдварт өвчний голомтод-3 Малын эмч, мал амьтны түүхий эдтэй харьцдаг хүмүүс-4
Цэвэр бохир усны слесарь, үйлчлэгч-5 Бохир ус цэвэрлэх байгууламжийн слесарь, механик-6 Байгалийн голомтот нутагт амьдардаг хүмүүс-7 Голомт бүхий улс руу явж
байгаа хүмүүс-8 Бусад-9

Тарьсан/бүртгэл хөтөлсөн хүний нэр:.....
Хянасан:Өрхийн эмч, эрхлэгч, дарга.....

ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ДАРААХ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН БҮРТГЭЛ

Сум, дүүрэг, өрх, эмнэлгийн нэр _____

.....он.....сар

Д/д	Овог, нэр, регистер	Гэрийн хаяг, утас	Төрсөн огноо	Сүүлчийн дархлаажуулалт хийсэн огноо, цаг минут	Эмнэлгүй шинж илэрсэн огноо, цаг минут	Тухайн ЭМБ-д хандсан огноо	Дараагийн шатлалд мэдээлсэн огноо, цаг минут	Тандалт судалгаа эхэлсэн огноо	Сэжиглэж буй вакцины талаарх мэдээлэл					
									Вакцины нэр	Тухайн вакцины хэд дэх тун	Үйлдвэрлэсэн улс	Цувралын дугаар	Хугацаа дуусах огноо	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

Хэсэг газрын хүнд урвалд*: 1. Хамгийн ойрын үнд хүртэл хавдах; 2. Хөндүүрлэ

Бүртгэл хөтөлсөн: Вакцинатор сувилагч:

Хянасан: Өрхийн эмч, эрхлэгч, дарга:.....

0-15 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙГ ДАРХЛААЖУУЛАХ САРЫН ТӨЛӨВЛӨГӨӨ БА ХАМРАЛТ

Сум/дүүрэг, өрх, эмнэлгийн нэр: _____

20... он сар

№	Овог, нэр, регистр	Нас	Хүйс	Хороо	Утас	Тухайн сард хамрагдах урьдчилан сэргийлэх тарилгын нэр																			Вакцин			Явуулаар хийсэн бол-1	Шилжилт хөдөлгөөн (Нас барсан-1, ирсэн-2, явсан-3)	ДДУХ (Тийм-1, Үгүй-2)
						Сүрьеэ	В гепатит	Халдварт саа					Таван вакцин			УГУ		А гепатит		СТ		Пневмококк			Хийх сар, өдөр	Хийсэн сар, өдөр	Хийсэн цаг, минут			
								0	I	II	III	IV	I	II	III	I	II	I	II	I	II	I	II	III						
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	
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														

Төлөвлөгөө гаргасан:Сувилагч, бага эмч.....
 Хянасан: Өрхийн эмч, эрхлэгч, дарга:.....

УРЬДЧИЛАН СЭРГИИЛЭХ ТАРИЛГААС ТАТГАЛЗСАН ТУХАИ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Мэдээлсэн байгууллага..... Эмчийн нэр.....
2. Мэдээлсэн.....он.....сар.....өдөр
3. Тарилгаас татгалзсан хүний овог Нэр
4. Нас..... Хүйс..... Төрсөн.....он.....сар.....өдөр
5. Тарилгын нэр..... Тун.....
6. Тарилгаас татгалзсан шалтгаан/Эцэг, эхийн өгүүлснээр/.....
.....
7. Татгалзсан хүн хэн болох аав, ээж, асран халамжлагч /Зур/
Овог.....Нэр.....
8. Татгалзсан хүний гэрийн болон тодорхой хаяг.....
.....
9. Татгалзсан хүний гарын үсэг.....

Хянаж мэдээлсэн:

Халдвар судлагч эмч.....

Статистикч эмч.....

.....он.....сар.....өдөр

СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫНОНЫ ТӨЛӨВЛӨГӨӨ

.....Улс, аймаг, нийслэл, сум, дүүрэг, өрх, эмнэлгийн нэр

Вакцины нэр	Тарих нас	Тунгийн тоо	Хамрагдвал зохих хүүхдийн тоо	Вакцины хорогдлын индекс	Бага нөөц (20%-25%)	Үлдэгдэл вакцин /хүн тун/	20.. онд шаардлагатай нийт вакцины хэрэгцээ /хүн тун/
А	Б	В	Г	Д	Е	Ё	(В х Г х Д +Е)-Ё
Сүрьеэгийн эсрэг сэргийлэх тарилга	Төрсний дараа 24 цагт	1					
Халдварт саагийн эсрэг сэргийлэх тарилга	Төрсний дараа 24 цагт	1					
	2 сартай	1					
	3 сартай	1					
	4 сартай	1					
	5 сартай	1					
В вируст гепатитийн эсрэг сэргийлэх тарилга	Төрсний дараа 24 цагийн дотор	1					
Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофилюс инфлюенза В) вакцин	2 сартай	1					
	3 сартай	1					
	4 сартай	1					
Пневмококкийн эсрэг вакцин	2 сартай	1					
	4 сартай	1					
	9 сартай	1					
Улаанбурхан, гахай хавдар, улаануудын эсрэг сэргийлэх тарилга	9 сартай	1					
	2 настай	1					
А вируст гепатитийн эсрэг сэргийлэх тарилга	1 нас 2 сартай	1					
	2 настай	1					
Сахуу, татран өвчний эсрэг сэргийлэх тарилга	7 настай	1					
	15 настай	1					

Захиалга хийсэн: Дархлаажуулалт хариуцсан тархвар судлагч их эмч

Хянасан: Аймаг, нийслэлийн ЭМГ-ын дарга, дүүрэг, сум, өрхийн ЭМТ-ийн дарга, эрхлэгч.....

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

ХӨГЖЛИЙН БЭРХШЭЭЛТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН БҮРТГЭЛ

Д/д	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас хүйс	Тогтмол хаяг	Хөдөлмөр эрхлэлт	Боловсрол	Шалтгаан		Хөгжлийн бэрхшээлийн хэлбэр							Онош	Шилжилт хөдөлгөөн			
						Өвчнөөр	Ослоор	Харааны бэрхшээл	Сонсгол, хэл ярианы бэрхшээл	Хөдөлгөөний бэрхшээл	Зайн үйл /сэтгэгц-ийн бэрхшээл	Унадаг, татдаг	Сурах /оюун ухаан/ бэрхшээл	Хавсарсан бэрхшээл		Бусад бэрхшээл	Группээс гарсан	Шилжсэн	Нас барсан
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Тайлбар:
 3-р багана Хөдөлмөр эрхлэлт: Ажилтай-1, Ажилгүй-2, Группэд-3, Тэтгэвэр-4, Тэтгэмж-5
 4-р багана Боловсрол: Дээд-1, Дунд-2, Бага-3, Боловсролгүй-4
 5-р багана Өвчнөөр: Төрөлхийн-1, Олдмол-2, Мэргэжлээс шалтгаалсан-3, Ердийн-4
 6-р багана Ослоор: Ахуйн осол-1, Үйлдвэрийн осол-2, Зам тээврийн осол-3

9. Уруулын хөдөлгөөнөөр уншиж чаддаг уу?	Амархан Бэрхшээлтэй Ерөөсөө чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ярьж чадах уу?	Амархан Бэрхшээлтэй Ерөөсөө чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Сууж чадах уу? (хэвтээ байдлаас суух хамаарна)	Ганцаараа Бага зэрэг тусламжтайгаар эсвэл заримдаа Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Зогсож чадах уу? (суугаа байдлаас зогсох хамаарна)	Ганцаараа Бага зэрэг тусламжтайгаар эсвэл заримдаа Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Гэр дотроо хөдөлж чадах уу? (алхах, бөхийх, мөлхөх, эсвэл дугуйтай тэрэг хэрэглэх хамаарна)	Ганцаараа Бага зэрэг тусламжтайгаар эсвэл заримдаа Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Тосгон дотроо хөдөлж чадах уу? (алхах, бөхийх, мөлхөх, эсвэл дугуйтай тэрэг хэрэглэх хамаарна)	Ганцаараа Бага зэрэг тусламжтайгаар эсвэл заримдаа Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Наад зах арван шатаар алхаж чадах уу?	Ганцаараа Хөндлөн мод, рам, суга таяг эсвэл гар таягтай Хүний тусламжтайгаар Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Нуруу эсвэл үе өвддөг үү?	Маш ховор эсвэл огт үгүй Заримдаа тэгэхдээ одоог хүртэл ажлаа хийж байна Ажилд саад болдог, гэхдээ унтаж чаддаггүй Унтахад саад болдог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Бусад хүүхдийн нэгэн адил хөхөөр хооллож өссөн үү?	Тийм Үгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Өөрийнхөө ижил насны хүүхдүүд шиг тоглодог уу?	Тийм Үгүй, өөрийнхөө наснаас доогуур хүүхэд шиг тоглодог Үгүй, ерөөсөө тоглодоггүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Сургуульд явдаг уу?	Тийм, ердийн сургуульд явдаг Тийм, гэхдээ өөрийнхөө наснаас доогуур сургуульд явдаг Тийм, гэхдээ сургуульд явдаггүй Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Гэр бүлийн үйл ажиллагаанд оролцдог уу?	Тийм Заримдаа Огт үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Хамт олны үйл ажиллагаанд оролцдог уу?	Тийм Заримдаа Огт үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Гэрийн ажил хийдэг үү?	Тийм, бүгдийг нь Бүгдийг нь биш заримыг нь Юу ч хийдэггүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Ажил хийдэг үү эсвэл ямар нэгэн орлого олдог уу?	Бүтэн цагаар ажил хийдэг эсвэл өөрийн хэрэгцээг хангах боломжийн орлоготой Хагас цагаар ажил хийдэг эсвэл улирлын шинж чанартай ажил хийдэг эсвэл тодорхой орлоготой Ажил хийдэггүй эсвэл орлого байхгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Өрхийн эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ӨЭ-10

ӨРХИЙН ЭМЧИЙН СЭТГЭЦИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУДАЛТАЙ ХҮМҮҮСТ ҮЗҮҮЛСЭН ТУСЛАМЖИЙН БҮРТГЭЛ

№	Сар, өдөр	Эцэг/эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Тогтмол хаяг	Ажлын газар, албан тушаал	Боловсрол	Өвчлөл		Үндсэн онош /Сэтгэцийн аягийн эмгэг ӨОУА-10/	Зөвлөгөө өгсөн, нарийн мэргэжлийн эмчид явуулсан хүний тоо	Шинээр хяналтанд авсан хүний тоо	Сэтгэц нөлөөт эм олгосон хүний тоо	Хөгжлийн бэрхшээлтэй эсэх Тийм (+), Угүй (-) ХЧА-ын хувь
								Шинэ	Хуучин					
1								1	2					
2								1	2					
3								1	2					
4								1	2					
5								1	2					
6								1	2					
7								1	2					
8								1	2					
9								1	2					
10								1	2					

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
едрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ӨЭ-11а

18 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЦОГЦ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

ХҮҮХДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

				Регистрийн дугаар: □□□□□□□□□□					
Хүүхдийн ургийн овог:				Хүйс: Эр / Эм			Хүүхдийн хүйсийг заавал дугуйлан тэмдэглэ!		
Эцэг, эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг		Сум, хороо		Баг, хэсэг	
Хүүхдийн нэр:				Гэрийн хаяг: Утас					
Төрсөн он	сар	өдөр	цаг	Хүүхдийн нас: ____ сар ____ хоногтой					

ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Регистрийн дугаар: □□□□□□□□□□							
Эцэг, эхийн нэр:		Хот, аймаг, дүүрэг		Сум, хороо		Баг, хэсэг	
Нэр:							
Яс үндэс:		Ажлын газар, эрхэлдэг ажил, утас:					
Мэргэжил	Боловсрол	Гэр бүлийн байдал:		Ам бүлийн тоо:			
Амьдралын нөхцөл байдал		<input type="checkbox"/> Амины сууц <input type="checkbox"/> Орон сууцны байранд <input type="checkbox"/> Гэрт <input type="checkbox"/> Бусад амьдардаг					
Хэнтэй амьдардаг вэ?		Хүүхэд (тоо: _____), <input type="checkbox"/> Нөхөр, <input type="checkbox"/> Хадам аав, <input type="checkbox"/> Хадам ээж <input type="checkbox"/> Өөрийн аав, <input type="checkbox"/> Өөрийн ээж, <input type="checkbox"/> Бусад (тоо: _____)					
Тамхи татдаг уу?		<input type="checkbox"/> Тийм (өдөрт _____ тамхи татдаг)				<input type="checkbox"/> Үгүй	
Архи хэрэглэдэг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хааяа							

ЭХИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Дараах өвчнөөр өвчилж байсан уу? гэж тэмдэглэнэ.

- Цусны даралт ихсэх, Бөөрний архаг үрэвсэл, Чихрийн шижин,
 Зүрхний өвчин, Бамбай булчирхайн өвчин, Харшил
 Бусад өвчин (нэрлэнэ үү)

Дараах халдварт өвчнөөр өвчилж байсан уу?

Улаанууд Тийм _____ нас Үгүй Вакцин хийлгэсэн

Улаанбурхан Тийм _____ нас Үгүй Вакцин хийлгэсэн

Салхин цэцэг Тийм _____ нас Үгүй

Халдварт гепатит Тийм _____ нас Үгүй

Мэс засал хийлгэж байсан уу? Үгүй Тийм бол

ямар:

Нөхрийн эрүүл мэнд: хэвийн хэвийн биш

(Өвчин юм уу зовиур:))

Цусны бүлэг: Эх А В 0 АВ Мэдэхгүй

Эцэг А В 0 АВ Мэдэхгүй

Эхийн жирэмслэлтийн түүх

Хэдэн удаа жирэмсэлсэн.....
Хэдэн удаа төрсөн.....
Одоо хэдэн хүүхэдтэй.....
Үүний өмнөх жирэмслэлт .....он.....сар .
Бага жинтэй хүүхэд төрүүлж байсан уу (22-36 долоо хоног) <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Үр хөндүүлж байсан эсэх <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Зулбаж байсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй

Хүүхдийн төрөлтийн түүх

Хэд дэх хүүхэд
Төрөх үеийн хүүхдийн жин/урт
Төрөлтийн явц <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> бүтэлтэй <input type="checkbox"/> кесар <input type="checkbox"/> Бусад
Төрөхөд тандалт шинжилгээ хийсэн үү? <input type="checkbox"/> сонсгол <input type="checkbox"/> нүд <input type="checkbox"/> түнх <input type="checkbox"/> зүрх <input type="checkbox"/> бодисын солилцооны (өсгийнөөс цус авч) <input type="checkbox"/> бусад.....
Төрөнгүүт уйлсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Төрөнгүүт амлуулсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Төрөнгүүт хүүхдийг ээжийнх нь цээжин дээр тавьсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй

Өмнөх өвчлөлийн талаарх мэдээлэл тэмдэглэнэ.

- Улаан бурхан Салхин цэцэг Улаанууд Гахай хавдар
 Менингит Багтраа- астма Халдварт гепатит Гар хөл амны өвчин

Бусад

(Үзлэгийг 2017 оны _____ сарын _____ нд хүүхэд _____ сар, _____ хоногтой байхад хийв).

Жин (кг)..... Урт, өндөр (см)..... БЖИ ЖН-ны Z оноо..... ЖУ-ийн Z оноо..... УН-ны Z оноо..... ЖУ/БЖИ-ийн Z оноо.....	Толгойн тойрог (см): Толгой хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Том <input type="checkbox"/> Жижиг
Хооллолт: <input type="checkbox"/> Хөхөө хөхдөг <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоол иддэг Өдөрт .....удаа, нэг удаад .....мл иддэг Гол иддэг хоол 1.....2.....3.....4.....	
Арьс, үс, хумс: <input type="checkbox"/> Хэвийн, <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: <input type="checkbox"/> Арьсны уян чанар алдагдсан <input type="checkbox"/> Шарлалт <input type="checkbox"/> Тууралт <input type="checkbox"/> Атопи (Шүүдэст эмзэгшил) <input type="checkbox"/> Нуралт <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> 2 хөлийн хаван <input type="checkbox"/> Илт тураал <input type="checkbox"/> Хумс хөх <input type="checkbox"/> Алганы зураасны өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр <input type="checkbox"/> Бусад.....	
Цус багадалтын шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Алга цайсан <input type="checkbox"/> Хувхай цагаан	
Толгой, хүзүү, захын тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Макроцефали <input type="checkbox"/> Микроцефали <input type="checkbox"/> Гидроцефали <input type="checkbox"/> Толгойгоо даахгүй <input type="checkbox"/> Хүзүү гилжгий <input type="checkbox"/> Бусад	
Яс, булчингийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн, <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Цээжний хэлбэр <input type="checkbox"/> Нуруу муруй <input type="checkbox"/> Сампингийн эрхи <input type="checkbox"/> Дагз зөөлрөх <input type="checkbox"/> Түнхний эмгэг <input type="checkbox"/> Үе мөчдийн хөдөлгөөн хязгаарлагдсан _____ <input type="checkbox"/> Үений үрэвсэл <input type="checkbox"/> Булчингийн атрофи Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Нүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хялар <input type="checkbox"/> Харааны бэрхшээл <input type="checkbox"/> Урвасан зовхи <input type="checkbox"/> Харц эгцэлж харахгүй <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Чих, хамар, хоолой: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Хамрын эмгэг <input type="checkbox"/> Аденоидит <input type="checkbox"/> Гүйлсэн булчирхай <input type="checkbox"/> Чихнээс булаг гарсан: .....хоног <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Сонсгол: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	
Амьсгалын тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> 14-өөс олон хоног ханиалгасан <input type="checkbox"/> Амьсгал олширсон <input type="checkbox"/> Цээж хонхолзох <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Шуугиантай амьсгал <input type="checkbox"/> Хяхтнаа амьсгал <input type="checkbox"/> Хэржигнүүр <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Зүрх судасны тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Тахикарди <input type="checkbox"/> Брадикарди <input type="checkbox"/> Авиа бүдэг <input type="checkbox"/> Хэм алдагдалтай <input type="checkbox"/> Шуугиантай <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Хоол боловсруулах тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Бөөлждөг <input type="checkbox"/> Хэвлий эмзэглэлтэй, Элэг: <input type="checkbox"/> Том <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй, <input type="checkbox"/> Дэлүү том <input type="checkbox"/> Суулгалт _____ <input type="checkbox"/> Баас хатдаг <input type="checkbox"/> Хүйн ивэрхий <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Шээс бэлгийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Олон удаа шээдэг <input type="checkbox"/> Шөнө шээдэг <input type="checkbox"/> Орондоо шээдэг <input type="checkbox"/> Шээхэд өвддөг, <input type="checkbox"/> Дүлж шээдэг <input type="checkbox"/> Төмсөг усжилттай <input type="checkbox"/> Төмсөг хуухнагт буугаагүй <input type="checkbox"/> Тээрхийн арьс чөлөөтэй эргэхгүй <input type="checkbox"/> Цавины ивэрхий <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Мэдрэлийн эрхтэн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Татдаг <input type="checkbox"/> Дагз хөшингө <input type="checkbox"/> Эмгэг рефлексүүд илэрсэн..... <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Нүдэнд ил харагдах хөгжлийн эмгэг: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Эмгэгтэй бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Уруул тагнайн сэтэрхий <input type="checkbox"/> Чихний дэлбэнгүй <input type="checkbox"/> Чихний гадна суваггүй <input type="checkbox"/> 2 нүдний зай хол <input type="checkbox"/> Хөлгүй <input type="checkbox"/> Гаргүй <input type="checkbox"/> Олон хуруу <input type="checkbox"/> Цөөн хуруу <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Амны хөндий: Хүүхдийн шүд анх ____ сартайдаа ургасан. Одоо байгаа шүдний тоо ____ <input type="checkbox"/> Шүдний цагаан толбо <input type="checkbox"/> Шүдний өнгө өөрчлөгдсөн <input type="checkbox"/> Шүдний ургалт буруу <input type="checkbox"/> Буйлны үрэвсэл <input type="checkbox"/> Хэл мурийсан <input type="checkbox"/> Хэлний хөвч богино <input type="checkbox"/> Бусад_____	

Доод эрүү	Ургалт	Солигдох	Сүүн шүдний зураг	Дээд эрүү	Ургалт	Солигдох	
	2 дахь бага араа	23-31 сар	10-12 нас		Дээд үүдэн	8-12 сар	6-7 нас
	Эхний бага араа	14-18 сар	9-11 нас		Дээд үүдэн хажуу	9-13 сар	7-8 нас
	Соёо	17-23 сар	9-12 нас		Соёо	16-22 сар	10-12 нас
	Доод үүдэн хажуу	10-16 сар	7-8 нас		Эхний бага араа	13-19 сар	9-11 нас
	Доод үүдэн	6-10 сар	6-7 нас		2 дахь бага араа	25-33 сар	10-12 нас

Шүд: Эрүүл (Цоороогүй, цэвэр)
 Цоороогүй гэхдээ цэвэр биш
 Цоорсон

Эмчилгээ шаардлагатай (шүднийтоо _____)

ЗААВАЛ ХИЙХ ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ҮНДЭСНИЙ ТОВЛОЛ

ВАКЦИНЫ НЭР	ТОВЛОЛ	Төрснөөс хойш 24 цагийн дотор	2 сартайд	3 сартайд	4 сартайд	5 сартайд	9 сартайд	1 нас 2 сартайд	2 настайд	7 настайд	15 настайд
Сүрьеэ (БЦЖ)		0 тун									
В Гепатит		0 тун									
Халдварт саа		0 тун	I тун	II тун	III тун	IV тун					
Сахуу, хөхүүл ханиад, татран + В Гепатит, Хемофильнос инфлюэнца В (Тавт вакцин)			I тун	II тун	III тун						
Пневмококкийн эсрэг вакцин			I тун		II тун		III тун				
Улаанбурхан, Гахай хавдар, Улаанууд (УГУ)							I тун		II тун		
А Гепатит								I тун	II тун		
Сахуу, Татран										I тун	II тун
Вакцин хийлгэсэн огноо											

Дархлаажуулалтанд бүрэн хамрагдсан эсэх: Тийм Үгүй

Хүүхдийн хөгжлийн үзүүлэлт

- Хүүхэд өөрөө сайн явж чадаж байна уу? (___ нас ___ сартайдаа хөлд орсон)
- Хүүхэд утгатай, тухайлбал “ээж”, “аав” гэх мэт үг хэлж байна уу?
- Аяганаас өөрөө ууж чадаж байна уу?
- Хүүхэд угжаар уусаар байна уу? (шүд цоорохоос сэргийлэх зорилгоор угжаар уухыг зогсоох хэрэгтэй)
- Хүүхэд цагаар хооллодог уу?
- Хүүхдийн нүд нь ер бусын хөдлөх эсвэл гэрэлд хэт их мэдрэмтгий байдаг уу¹?
- Хүүхэд хүний нүд рүү эгцэлж харж чадаж байна уу?
- Хүүхдийг араас нь нэрээр нь дуудахад эргэж хардаг уу?
- Хүүхдэд шүдээ угаахыг зааж өгөхөд дууриаж угааж чаддаг уу?
- Таны хүүхэд юу хийх, оролдох дуртай вэ?

Жишээ нь:

- Хүүхдээс мэддэг юмыг нь асуухад хуруугаараа зааж чадаж байна уу?

- Өөрийн биеийн эрхтнүүдийг мэддэг үү? Тухайлбал амаа ангай, хэлээ гарга гэх мэт

Тэмдэглэсэн огноо

- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй

¹Хэрэв хүүхэд гэрэлд хэт мэдрэмтгий эсвэл нүдээ хагас анисан эсвэл хүзүүгээ гилжийж хазайж телевиз үздэг бол хүүхэд харааны гажигтай байж болзошгүй юм.

- Хүүхэдтэй хамт байхдаа тэдэнтэй хамтдаа тоглодог уу?
- Танил хүмүүстэйгээ ярилцах дуртай юу?
- Тэврэхэд хариуд нь бас тэвэрнэ.
- Өөртэй нь тоглоход инээнэ, ход ход инээнэ.

- тийм
- тийм
- тийм
- тийм

- үгүй
- үгүй
- үгүй
- үгүй

Онош/үнэлгээ _____

Хүүхдэд өгсөн зөвлөмж:

Хоол тэжээлийн _____

Хүүхдийн эрүүл мэнд, хөгжлийн _____

Явцын хяналт, ажиглалт _____

Төрөлжсөн мэргэжлийн зөвлөгөө _____

Эрүүл мэндийн дэлгэрэнгүй шинжилгээ _____

Илгээсэн байгууллага, газар _____

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____ /гарын үсэг/

36 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ХӨГЖЛИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТ

<i>Хүүхдийн хөгжлийн үзүүлэлт</i>	Тэмдэглэсэн огноо	
<input type="checkbox"/> Хүүхэд шатаар явахдаа хөтлөхгүй гарч чадаж байна уу?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд харандаагаар дугуй дүрсийг зурж чадах уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд хувцсаа өөрөө тайлж өмсөх дуртай юу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд өөрийнхөө нэрийг хэлж чадах уу?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд шүдээ сойзоор угаах болон гараа угаах чадаж байна уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Хуруугаа үргэлж хөхөх зуршилтай юу ? гэдэг үү	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд хоолоо сайн зажилж идэж чадаж байна уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд сөлөр хардаг уу	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд юмыг харахдаа ойртуулах болон сөлийх, хажуунаас нь хардаг уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд юмыг сонсохдоо тааруу санагддаг удаа бий юү?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Таны хүүхдийн шүдний хазалт зуулт хэвийн биш санагддаг удаа бий юу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Бөмбөг шидэх, өшиглөхдөө тэнцвэрээ хадгалж ойчихгүй байж чадаж байна уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Шатаар өгсөхдөө хөлөө нэг нэгээр ээлжилж зөөж алхана.	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> 9 шоог дээр дээрээс нь давхарлаж өрж чадна	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Богино өгүүлбэрээр болон нэг үгээр ярьж чадна. Богино шүлэг уншина	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Бусдын анхаарлыг өөртөө татах , найзтайгаа ярих, дуртай	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Үсээ самнах гэж оролцдоно.	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд юу оролдох дуртай вэ ? Жишээ нь:	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй

Тусгай тэмдэглэл :

Онош/үнэлгээ

Хүүхдэд өгсөн зөвлөмж:

Хоол тэжээлийн _____

Хүүхдийн эрүүл мэнд, хөгжлийн _____

Явцын хяналт, ажиглалт _____

Төрөлжсөн мэргэжлийн зөвлөгөө _____

Эрүүл мэндийн дэлгэрэнгүй шинжилгээ _____

Илгээсэн байгууллага, газар _____

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____ /гарын үсэг/

ГЭРЭЭР ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛСЭН ХЯНАЛТЫН КАРТ

ДугаарӨрх, сум, тосгоны ЭМТ /доогуур зурах/

Эцэг/эхийн нэр _____ Нэр _____ Нас ____ Хүйс: эр, эм /зур/

Регистрийн дугаар

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

Оршин суугаа хаяг:

Утасны дугаар: даатгуулагчийн _____ асран хамгаалагчийн _____

Гэрээр үзүүлэх тусламж үйлчилгээнд авсан шалтгаан.....:

Карт нээсэн.....он.....сар.....өдөр

Онош:

Эмчлэгч эмчийн нэр....., сувилагчийн нэр

ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛСЭН ТУХАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ

№	Огноо	Үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээ	Үйлчилгээ үзүүлэгчийн гарын үсэг	Даатгуулагч эсвэл асран хамгаалагчийн гарын үсэг

Тусламж, үйлчилгээний тухай дүгнэлт:

.....
.....
.....
.....

Хянасан:

Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн дарга...../

Тамга,

/

ӨЭ-11 18.36 сартай хүүхдийн цогц үзлэгийн маягт
Word-ийн файл байгаа

ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

1 дүгээр хэсэг												
Эцэг/эхийн нэр	Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Утасны дугаар.								
Регистрийн дугаар		Боловсролын байдал:		Ажлын хаяг:								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь боловсрол 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор		
Оршин суугаа хаяг												
Аймаг / Хот: _____ Сум / Дүүрэг: _____												
Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____												
Газар / Гудамж / Байр: _____ Тоот: _____												
Хөдөлмөр эрхлэлт	Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо	Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх	Өвчтөн нас барсан эсэх									
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	_____ /он/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй									
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	_____ /сар/ _____ /өдөр/ _____ /цаг мин/	Тийм бол огноо: _____	Тийм бол огноо: _____									
Эмнэлзүйн мэдээлэл (хамшинж тэмдгийг бичнэ)												
Хамшинж:	Эмнэл зүйн шинж тэмдгийг онцлон бичнэ үү.			Илэрсэн огноо:								
Тархвар судлалын холбогдол												
Халдварын эх уурхай		Дамжих зам		Халдварт өртсөн байж болзошгүй огноо:								
<input type="checkbox"/> Хүн <input type="checkbox"/> Мал (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Амьтан (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Тогтоогдоогүй		Ахуйн: <input type="checkbox"/> Шууд хавьтал /ам мөр <input type="checkbox"/> Ус <input type="checkbox"/> Хүнс <input type="checkbox"/> Хөрс <input type="checkbox"/> Бусад: _____ <input type="checkbox"/> Агаар / дусал <input type="checkbox"/> Дам халдвар <input type="checkbox"/> Цусаар <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Эмнэлэгт хандахаас өмнөх эмчилгээ												
Хэрэглэсэн эмийн нэр	Хэдэн ширхэг, хэдэн удаа	Эмчилгээ эхэлсэн хугацаа	Үргэлжилсэн хугацаа	Сорьц авахаас өмнө хэрэглэсэн эмийн нэр, тун, хэмжээ								
Урьдчилсан онош (ОУӨА-10)												
Мэдээлсэн байгууллага												
Мэдээлсэн байгууллага	Мэдээлсэн эмч / мэргэжилтэн / албан тушаалтны нэр	Мэдээлсэн хэлбэр		Мэдээлсэн хугацаа								
		<input type="checkbox"/> Утсаар <input type="checkbox"/> Цахимаар <input type="checkbox"/> Цаасаар										
2 дугаар хэсэг												
Лабораторийн шинжилгээ												
Сорьцын нэр	Сорьц авсан огноо	Шинжилгээний төрөл	Шинжилгээний дүн	Лабораторийн нэр								
Батлагдсан онош (ОУӨА-10)		Эмнэлзүйгээр	Тархвар холбогдлоор									
		Лаборатороор										
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой халдвар			Тийм	Үгүй								
Онош батлагдсан огноо:												

Эмнэлгийн нэр

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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-3

БЗДХ-ЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ 2. Нэр: _____ 3. РД:

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

4. Нас:

--	--

 5. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй 6. Жирэмсэн эсэх:

--

 тийм

--

 үгүй

7. Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

8. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дидломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
	Доктор	9

9. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

10. Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

11. Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир амбулаторт	2
	Хяналт	3
	Тандалт /хавьтлаар/	4
	Дуудлага	5

13. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1
	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3
	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

12. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1
	Гомосекс	2
	Бисекс	3
	Трансжендер	4
	Тодорхой бус	5

15. Үндсэн онош:	1	2	3	4	5	6
------------------	---	---	---	---	---	---

16. Халдвар дамжсан зам

Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1А
	Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1В
	Мэс ажилбар	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүн	МБСТХ	3
	Бохир зүү тариур	4
	Цус сэлбүүлсэн	5
Эхээс хүүхдэд халдварласан		6
Тодорхой бус		7

17. Онош баталгаажилт

Хурдавчилсан сорил	1	Полимеразын гинжин урвал /PCR/	7
RPR	2	Нойтон түрхэц	8
ТРНА	3	Наац	9
ФХЭБУ/ ELISA/	4	Өсгөвөр	10
FTA-abs	5	Эмнэл зүй	11
Бараан талбайд шууд харах	6	Бусад	12

Эмчид үзүүлсэн: он _____ сар _____ өдөр _____

Мэдээлсэн их эмч:

/албан тушаал/

/гарын үсэг/

/нэр/

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____ Мэдээлсэн огноо: ____/____/____

Тохиолдлын тодорхойлолт: <input type="checkbox"/> Шинэ <input type="checkbox"/> Дахилт <input type="checkbox"/> Эмчилгээ үр дүнгүй болсны дараах <input type="checkbox"/> Хяналт алдагдсаны дараах <input type="checkbox"/> Эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй		Тохиолдлын илрүүлсэн арга: <input type="checkbox"/> Өвчний учир амбулаториор /идэвхигүй/ <input type="checkbox"/> Идэвхитэй илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Хавьтлын илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр <input type="checkbox"/> Бусад /задлан шинжилгээ-нас барсан Огноо: ____/____/____																				
Эцэг, эхийн нэр:	Өөрийн нэр:	Регистрийн дугаар:	Нас	Хүйс																		
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Хаяг: _____ тоот _____		Огноо: Өвчин эхэлсэн: ____/____/____ Эмчид үзүүлсэн: ____/____/____ Оношлогдсон: ____/____/____ Бүртгэлд авсан: ____/____/____ Эмчилгээ эхэлсэн: ____/____/____																				
Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал: 1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> 2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: <input type="checkbox"/>		Боловсролын ангилал: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Боловсролгүй</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>Бага</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>Суурь боловсрол</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>Бүрэн дунд</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>Мэргэжлийн болон техникийн</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>Дидломын</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>Бакалавр</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>Магистр</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>Доктор</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> </table>			Боловсролгүй	01	Бага	02	Суурь боловсрол	03	Бүрэн дунд	04	Мэргэжлийн болон техникийн	05	Дидломын	06	Бакалавр	07	Магистр	08	Доктор	09
Боловсролгүй	01																					
Бага	02																					
Суурь боловсрол	03																					
Бүрэн дунд	04																					
Мэргэжлийн болон техникийн	05																					
Дидломын	06																					
Бакалавр	07																					
Магистр	08																					
Доктор	09																					
Гэр бүлийн байдал: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Огт гэрлээгүй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулсан гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулаагүй гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Тусгаарласан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Цуцалсан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Бэлбэсэн</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>	Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>	Цуцалсан	<input type="checkbox"/>	Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>	Ханиалгах шинж тэмдэг: <input type="checkbox"/> Илэрсэн _____ хоног <input type="checkbox"/> Илрээгүй	Онош баталгаажилт: Нян судлалаар батлагдсан: <input type="checkbox"/> Түрхэцээр <input type="checkbox"/> Бусад шинжилгээгээр Эмнэлзүйгээр оношлогдсон								
Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>																					
Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																					
Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																					
Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>																					
Цуцалсан	<input type="checkbox"/>																					
Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>																					
Ажлын газар, албан тушаал: Мэргэжил:	БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Сүрьеэгийн хэлбэр: <input type="checkbox"/> Уушгины <input type="checkbox"/> Уушгины бус	Онош: _____																			
Цээжний рентген зургийн дүгнэлт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийгүй <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийтэй <input type="checkbox"/> Хийгдээгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй		Эрсдэлт хүчин зүйлс: <input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал <input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин <input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ <input type="checkbox"/> Орон гэргүй <input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан <input type="checkbox"/> Уул уурхай <input type="checkbox"/> Жирэмслэлт <input type="checkbox"/> Гэр хороолол <input type="checkbox"/> Дархлал дарангуйлах эмчилгээ <input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах <input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх <input type="checkbox"/> _____		Халдварын эх уурхай: <input type="checkbox"/> Өрхийн хавьтал <input type="checkbox"/> Ойрын хавьтал <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй Өрхийн хавьтлын тоо: _____ Насанд хүрэгчид: _____ Хүүхэд /0-15 нас/ _____																		
Эмэнд тэсвэржилт:																						
ЭМЧТ шинжилгээнд хамрагдсан эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Тийм бол, ЭМЧТШ дугаар: Огноо: ____/____/____	Тэсвэртэй эмүүд: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Am <input type="checkbox"/> OfI <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> FQ																				

Тамга Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ /

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр лого																				
Эцэг/эхийн нэр:.....	Нэр:.....				Хүйс: <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Эрэгтэй				РД:.....				нас							
Төрсөн өдөр, сар, он	Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж	Нас барсан огноо				Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж
Гэрийн хаяг:																				
А хэсэг :																				
1 Үхэлд шууд хүргэсэн өвчин ба эмгэг /а/		Нас баралтын шалтгаан:												Өвчин эхэлснээс хойш нас барах хүртэлх хугацаа	ӨОУА-10					
		A																		
		B	Улмаас																	
		B	Улмаас:																	
	G	Улмаас:																		
Үндсэн онош:																				
2 Нас барахад хүргэсэн бусад нөхцөл, шалтгаан										.....									
В хэсэг:																				
Сүүлийн 4 долоо хоногт мэс засал хийлгэсэн эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Хэрэв тийм бол мэс засал хийлгэсэн огноо																				
Мэс заслын шалтгааныг тодруулж бичих (өвчин ба шалтгаан)										ҮОУА-9										
Асуумжаар дүгнэлт шинжилгээ (VA WHO 2016 standard) хийсэн эсэх ?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Хэрэв тийм бол онош баталгаажуулахад ашигласан эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Нас барсан хэлбэр:																				
<input type="checkbox"/> Өвчин				<input type="checkbox"/> Амиа хорлосон				<input type="checkbox"/> Бусад осол												
<input type="checkbox"/> Зам тээврийн осол				<input type="checkbox"/> Бусдад хорлогдсон				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрийн осол												
<input type="checkbox"/> Хордлого				<input type="checkbox"/> Шалтгаан тогтоогдоогүй байгаа				<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй												
Гадны шалтгаант болон хордлогын шалтгаант бол:										Гэмтсэн өдөр, сар, он		Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж	
Гадны шалтгааныг тодорхойлон бичих (Хэрэв хордлогын шалтгаант бол хордсон бодисыг бичих)										..... .....									
Нас барсан газар:																				
<input type="checkbox"/> Эмнэлэгт		<input type="checkbox"/> Гэртээ		<input type="checkbox"/> Амьдрах зориулалттай тусгай байр				<input type="checkbox"/> Сургууль, бусад олон нийтийн ба засаг захиргааны газрууд												
<input type="checkbox"/> Гудамж ба зам		<input type="checkbox"/> Биенийн тамир, спортын талбай		<input type="checkbox"/> Худалдаа үйлчилгээний газрууд				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрлэл ба барилгын газар												
<input type="checkbox"/> Бусад (тодорхойлж бичих):		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй																		
Эмнэлэгт нас барсан бол:										Эмнэлгээс гадуурх нас баралт бол: Нас барахаас өмнө эмнэлэгт хэвтсэн эсэх?										
Ор хоног .....өдөр .....цаг.....минут				<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		Хэрэв тийм бол: өдөр..... сар жил												
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдоноос хойш амьдарсан хугацаа										<input type="checkbox"/> Жил [] <input type="checkbox"/> сар [] <input type="checkbox"/> хоног []										
Ураг болон нярайн эндэгдэл																				
Ихэр эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Амьгүй төрөлт?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Хоног болоогүй нас баралт бол хугацааг бичих /цагаар/										Төрөх үеийн жин (гр)										
Жирэмсний хугацаа /7 хоногоор/										Эхийн нас										
Перинаталь эндэгдэлд нөлөөлсөн эхийн эрүүл мэнд болон жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэл /тодорхойлж бичих/										..... ӨОУА-10									
Эхийн эндэгдэл мөн эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрөх, төрсний дараах үе										<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрсний дараа 42 хоногийн дотор										
<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт, төрөлтийн дараа 42 хоногоос 1 жилийн дотор										<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Жирэмслэлт нь нас баралтын шалтгаан болсон эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Гэрчилгээ олгосон огноо										Ө		Ө	С		С	Ж		Ж	Ж	Ж
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/				Нэр:				Гарын үсэг											
	Гэрчилгээ олгосон эмч:				Нэр:				Гарын үсэг											

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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.

Энгийн эмийн жорын маягт

Энгийн эмийн жор			
..... оны ....сарын			
Өвчтөний овог, нэр: _____			
Нас:_____ Хүйс:_____ Онош:_____			
Регистрийн № _____			
Rp: _____			
S: _____			
Rp: # _____			
S: _____			
Rp: # _____			
S: # _____			
Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____			
Эмнэлгийн нэр: _____			

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			
2			
3			

Урд тал

Энгийн эмийн жорын маягтад 3-аас илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмчийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.
Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Гарын үсэг, огноо:

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.
Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягт

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Rp:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягтад 2-оос илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Мансууруулах эмийн жорын маягт

Мансууруулах эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Мансууруулах эмийн жорын маягтад 1 эм бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Эмнэлгийн нэр _____

Кабинетын нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

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) Боловсролгүй, Бага, Суурь боловсрол, Бүрэн дунд, Мэргэжилийн болон техникийн, Дипломын, Бакалавр, Магистр, Доктор

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

10. Хяналтанд авсан _____ 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		

7-9-р тал

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 _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13Б

Бүртгэлийн код

РД

ЭМД

ЭМНЭЛГЭЭС ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм

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

ЭМНЭЛЭГТ ИРГЭНИЙГ ИЛГЭЭХ ЦАХИМ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Паспортын хэсэг

1. Иргэний овог _____ Нэр _____ Нас _____

РД																				
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЭМД																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Цахим №																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Хүйс (сонго) 1. эрэгтэй 2. эмэгтэй
3. Иргэний утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
4. Иргэний (асран хамгаалагчийн) утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
5. Иргэний гэрийн /тогтмол/ хаяг:

“Илгээх” хэсэг

6. Илгээж байгаа байгууллагын нэр (сонго)..... код /автоматаар гарч ирнэ/

7. Илгээсэн он сар өдөр цаг минут

8. Эмчлэгч эмчийн нэр хувийн дугаар

9. Хүлээн авах байгууллагын нэр (сонго).....

10. Иргэнийг илгээж байгаа шалтгаан (сонго)

- Онош тодруулах /сонго/
- Урьдчилан сэргийлэх үзлэг /сонго/
- Эмчилгээ /сонго/
- Эмчилгээний дараах хяналт /сонго/
- Жирэмсний болон төрөх үеийн тусламж, үйлчилгээ
- Хөнгөвчлөх эмчилгээ
- Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ
- Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ
- Давтан хяналт
- Бусад: /тодорхой бичих/

11. Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ) _____ /сонго/

Хавсарсан онош /сонго/ _____

Хавсарсан онош /сонго/ _____

Хавсарсан онош /сонго/ _____

Хавсарсан онош /сонго/ _____

Тайлбар /бичих/ _____

12. Шилжүүлэх болсон шалтгааныг үндэслэх шинжилгээ (програмын өгөгдлийг бөглөнө)

ЦЕШ /сонгох/ _____

Биохими /сонгох/ _____

ШЕШ /сонгох/ _____

Рентген /эмчийн хариуг бичих/ _____

Бусад /MRI, KTG/ /эмчийн хариуг бичих/ _____

“Цаг товлох” хэсэг

- 13. Хүлээн авах эсэх шийдвэр (сонго) 1.тийм 2.үгүй
- 14.Хэрэв тийм бол үзлэгийн кабинетын нэртасгийн нэр /сонго/
- 15.Хэрэв үгүй бол тайлбар, үндэслэл (сонго)
 - тухайн эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ авах боломжгүй
 - бусад /бичих/
- 16. Шийдвэр гаргасанон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
- 17.Товлосонсар.....өдөр.....цаг

“Хүлээн авах” хэсэг

- 18. Хүлээн авсан сар.....өдөр.....цагХүлээн авах эмчийн нэр.....
- 19. Хүлээн авсан: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
Хавсарсан онош /сонго/ _____
_____ Хавсарсан онош /сонго/ _____
- 20. Эмчлүүлсэн: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
Хавсарсан онош /сонго/ _____
_____ Хавсарсан онош /сонго/ _____
- 21.Эмнэлэгт хэвтсэн ор хоног /сонго/ _____
- 22.Эмнэлгээс гарсан огноо, цаг (сонго)_____
- 23.Эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлт (эпикриз)_/бичих/ _____
- 24.Эмчлэгч эмчийн нэр.....утасны дугаар....., цахим хаяг.....

“Эргэх холбоо тогтоох” хэсэг

- 25. Илгээсэн байгууллагад өгөх зөвлөмж /бичих/
- 26. Зөвлөмжийг хүлээн авсан огнооон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
- 27. Иргэнийг хяналтад авсан эсэх (сонго) 1.тийм 2. үгүй
- 28. Иргэнийг хяналтад авсан эмчийн нэр утасцахим хаяг

ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙН ХЯНАЛТЫН ХӨТӨЧ КАРТ №

РД

ЭМД

ХОТ, 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 _____

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

2. *Төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр

3. Жирэмсэн эмэгтэйн цусны бүлэг

1-р бүлэг 2-р бүлэг 3-р бүлэг 4-р бүлэг

резус бүлэг эерэг эерэг

4. *Яс үндэс _____

5. *Тогтмол хаяг, гэрийн болон гар утас _____

6. *Ажлын газар. Албан тушаал. Утас _____

7. *Мэргэжил _____

8. Боловсролын байдал **

Боловсролгүй

Бага

Суурь боловсрол

Бүрэн дунд

Мэргэжлийн болон техникийн

Дидломын

Бакалавр

Магистр

Доктор

13.1 Архи хэрэглэдэг эсэх? /зур/ тийм/үгүй

13.2 Тамхи хэрэглэдэг эсэх? /зур/ тийм/үгүй

14. Урт хугацааны эм биологийн идэвхит бүтээгдэхүүн

тогтмол хэрэглэдэг эсэх? /зур/ Тийм / Үгүй

9. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал

Цалин хөлстэй ажиллагч

Ажил олгогч

Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч

Нөхөрлөл хоршооны гишүүн

Мал аж ахуй эхрлэгч

Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин

Бусад /бичнэ/ _____

10. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан

Сургуульд сурдаг

Тэтгэвэрт

Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй

Гэрийн ажилтай

Тохирох ажил олдохгүй

Ажил хайж байгаа

Ажиллах сонирхолгүй

Бусад /бичнэ/

11. Гэр бүлийн байдал

Огт гэрлээгүй Тусгаарласан

Батлуулсан Цуцалсан

Батлуулаагүй Бэлбэсэн

12. Хөгжлийн бэрхшээлтэй эсэх

Тийм

Үгүй

*Ажлын нөхцөл

Ердийн Хүнд Хортой

* Ам бүлийн тоо

Тийм бол бичих: _____

II. ӨМНӨХ ЖИРЭМСЛЭЛТ, ТӨРӨЛТИЙН БАЙДАЛ*

Хэд дэх жирэмслэлт	Он	Жирэмсний төгсгөл (үр хөндөлт, зулбалт, төрөлт алин болохыг бич)	Жирэмсний хүндрэл	Төрөлтийн хүндрэл	Төрсний дараах хүндрэл	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. Нийгэм биологийн хүчин зүйлс		18-аас доош. 35-аас дээш насны тулгар төрөгч						
		Байнга тамхи татдаг. Архи уудаг. Мансууруулах бодис хэрэглэдэг /доогуур зур/						
		Гэр бүлд хүчирхийлэлийн орчин байгаа эсэх						
		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- Ү гэж тэмдэглэнэ)						

Б. Эх барихын ужиг дурдатгал	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)						
	Өмнөх жирэмсэлтийн үед манас таталтын урьдал, манас таталт O15, үжил халдвар O85-O86 -аар хүндэрсэн						
	Зуршсан зулбалт-O03, үр хөндөлт-O04, дутуу төрөлт-O60, умайн гаднах жирэмсэлт-O00, цулцант хураа-O01						
	Өсөлтгүй жирэмслэж байсан эсэх						
	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						
ны өвчний дурдатгал	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						
	Цусны өвчин: Цус багадлын 2,3-р зэрэг D50-D53, цусны бусад өвчин D55-D77						
	Хөхний болон эмэгтэйчүүдийн өвчин: Хөхний эмгэгүүд N60-N64, дайвруудын үрэвсэл N70, умай умайн хүзүүний үрэвсэл-N71-N72, эндометроз N80, бусад N70-N99						

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа	
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40		
Эх барихын тусгайлан үзлэг	**Үтрээний шинжилгээ	Дайварууд	*Баруун тэмтрэгдэнэ /хэмжээ бич/								
			**Эмзэглэлтэй эсэх								
			**Зүүн тэмтрэгдэнэ /хэмжээ бич/.								
			**Эмзэглэлтэй эсэх								
	**Хүнхрээ чөлөөтэй эсэх										
	**Толины шинжилгээ	Умайн хузуу	**Шовх								
			**Бортгон								
			**Цэвэр								
			**Шархтай								
			**Урагдсан								
			**Эргэсэн								
			Умайн хузууний эсийн шинжилгээ /заалтаар/								
	Үтрээний ялгарал	**Хэвийн									
		**Идээрхэг									
		**Усархаг									
**Цусархаг											

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40	
Шинжилгээ	**Шээсний ерөнхий шинжилгээ	Огноо								
		*Хэмжээ								
		*Өнгө (шар)								
		*Цөсний пигмент (-)								
		*Хувийн жин 1015-1025								
		*Уураг (-)								
		*рН 5.0-6.0								
		*Эпители эс 0-4х/т								
		*Бактери								
		*Цагаан эсүүд 0-4х/т								
		*Улаан эсүүд 0-1х/т								
	***Цусны ерөнхий шинжилгээ	Огноо								
		Гемоглобин 130-160 г/л								
		Цагаан эсүүд 4*109/л-8*109/л								
		Улаан эсүүд 3.7*1012/л-4.7*1012/л								
		Тромбоцит 180*109/л-320/109/л								
		Моноцит 2-9%								
		Улаан эсийн тунах хурд 2-12 мм/цаг								
		Гематокрит								
		Витамин Д хэмжээ үзэх /заалтаар/								
	Кальцын хэмжээ үзэх /заалтаар/									
	Т эсийн лемпотрофик вирус*									
	Шинж тэмдэггүй бактериурийг илрүүлэх /заалтаар/									
"TORCH" халдварыг илрүүлэх /заалтаар/										
В С вирусын маркер илрүүлэх шинжилгээ	Огноо									
	HBS Ag									
	HCV									
Стрептококкын халдварыг үзэх										

Тайлбар: * - Т эсийн лемпотрофик вирусийн шинжилгээг хөхний сүүний донор болох хүсэлтэй эхчүүд өгнө.

ЧАНД АВИАН ШИНЖИЛГЭЭ

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

Жирэмсний явцыг удирдах /шийдвэрлэх төлөвлөгөө:	Эмчилгээ
Эхний үзлэгээр _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №2 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №3 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №4 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №5 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №6 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №7 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №8 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг _____ _____ _____	_____ _____ _____

Огноо	Мэргэжлийн чиглэл	Онош	Эмчилгээ	Гарын үсэг
	Дотор			
	Нүд			
	Шүд			
	Мэдрэл			
	Зүрх судас			
	Цусны эмгэг			
	Бөөр			
	Чих, хамар, хоолой			
	Эндокринолог			
	Сүрьеэ			
	БЗДХ			
	Бусад			

ЭХИЙН ЭНДЭГДЭЛ, НОЦТОЙ ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

РД

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

Тогтмол хаяг

аймаг, хот _____

сум/дүүрэг _____

баг/хороо _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур):
 - 1.1 Хүндэрсэн
 - 1.2 Эндсэн
2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар
 - 2.1 Гэрт
 - 2.2 ӨЭМТ/СЭМТ
 - 2.3 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 2.4 Хувийн эмнэлэгт
 - 2.5 Амаржих газар
 - 2.6 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
 - 2.7 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 2.8 Бусад
3. Нас _____
4. Ам бүл: _____
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: (ӨОУА-10 кодлоно уу)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____
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.	Каогулограмм:	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 жирэмсний төгсгөл:
- 18.1 Эрт үеийн зулбалт
 - 18.2 Хожуу үеийн зулбалт(халдварлагдсан,халдварлагдаагүйг зурах)
 - 18.3 Үр хөндөлт
 - 18.4 Умайн гадуурх жирэмсэн
 - 18.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
 - 18.6 Дутуу төрөлт
 - 18.7 Гүйцэд төрөлт
 - 18.8 Илүү тээлттэй төрөлт
 - 18.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
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, ЭХЭМҮТ
 - 23.2 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн нэгдэл
 - 23.3 Улаанбаатар хот, Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 23.5 Аймаг сумын Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.6 Хувийн эмнэлэгт
 - 23.7 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
 - 26.11 Бусад _____
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 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 28.3 Амаржих газар
 - 28.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ

- 28.5 ӨЭМТ/СЭМТ
28.6 Хувийн эмнэлэг
28.7 Бусад (нэрлэ) _____
29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
29.1 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
29.2 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
29.3 Амаржих газар
29.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
29.5 ӨЭМТ/СЭМТ
29.6 Хувийн эмнэлэг
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 хугацаа (долоо 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 гадуурх жирэмсэн
32.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
32.6 Дутуу төрөлт
32.7 Гүйцэд төрөлт
32.8 Илүү тээлттэй төрөлт
32.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн 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 гадуурх 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 Давтан 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 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг үтрээн дээгүүр авах хагалгаа
- 40.10 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг бүхэлд нь авах хагалгаа
- 40.11 Кесар хагалгааг өргөтгөн хийгдсэн умайг тайрах/авах хагалгааны заалт
- 40.12 Давтан хийгдсэн хагалгааны нэр
- 40.13 Давтан хийгдсэн хагалгааны заалтыг бичих
- 40.14 Давтан хагалгаа хийгдсэн _____он____сар____өдөр
- 40.15 Умайн гадуурх жирэмсний улмаас хийгдсэн хагалгаа, нэр _____
- 40.16 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 гадуурх 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
- 45.6 Умайн урагдал
- 45.7 Ихэс түрүүлэлт
- 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 гадуурх 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 нарийсгагч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
49.3 Зүрх зогсох
49.4 Хүнд хэлбэрийн гипоперфузи(лактат>5 ммоль/л эсвэл 45мг/дл)
49.5 Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (рН<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 (РаО₂/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 диалез 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 (5нэгжээс 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 кодлоно уу/
Үндсэн онош: _____
Хүндрэл: _____
Дагалдах онош: _____
57. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан (зур)
58. Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн:
1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр
60. Ор хоног: _____ хоног _____ цаг _____ минут
61. Эх эндсэн үед: Эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн эсэх
1. Хийгдсэн 2. Хийгдээгүй

62.1 Эхийн эндэгдэл

Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (ӨОУА-10 кодлох)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

62.2 Эхийн ноцтой хүндрэл

Ихэс, умай, дайврыг гистологи шинжилгээнд илгээсэн эсэх

1. Илгээсэн 2. Илгээгээгүй

Ихэс, умай, дайврын гистологи шинжилгээний дүгнэлт:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

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 1: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 2: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 3: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

3 _____

67. Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

68. Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

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

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

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

70. Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

71. Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1 Эмч дуудсан хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.2 Төрсөн хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.3 Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа

72.4 Эмч очсон хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Мэдээлсэн

Огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Аймаг /хот: _____ сум/дүүрэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмчийн нэр: _____

Албан тушаал: _____

3-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

4, 16-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

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-каковскийн 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

Шинжилгээнд явуулах бичиг

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

Судасны цусны шинжилгээ

1. Элэгний үйл ажиллагаа (АЛАТ, 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 /LgA, LgM, LgG/
7. Альфа амилаза
8. Фермент /КК, ГГТ, ШФ, КФ, ЛДГ/
9. Коагулограмм /РТ, ТТ, АРТВ, Фибриноген/
10. Хеликобактери /H pylori/
11. Серологи /RPR/
12. Бусад _____

Эмчийн нэр _____ /...../

200__ 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

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____
_____ овогтой _____ нэр

Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм

Онош _____

Өндөгний цусны шинжилгээ

1. Ерөнхий шинжилгээ (Лейкоцит, Гемоглобин, СОЭ, Лейкограмм)
2. Дэлгэрэнгүй (ЦЕШ+Эритроцит, Тромбоцит, Гематокрит)
3. Цусны урсалт, 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 _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

АМ-21Г

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 няи \бактер судлах\

Эмч: _____/гарын үсэг/

200 оны сарын өдөр

ЗӨВЛӨМЖ

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 халдваргүйжүүлэж бодисын үлдэгдлийг арилгана.

Танд баярлалаа

ӨДРИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ /Хүүхэд/

Дугаар №

Өдрийн эмчилгээний хуудас нээсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ мин _____

Эмнэлгийн нэр: _____ Тасаг, кабинетийн нэр: _____

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____ Нас _____ Хүйс _____

Регистрийн дугаар: _____ ЭМДаатгал №: _____

Цусны бүлэг: (эцэг эхийн үгээр / _____ эмнэлэгт тодорхойлсон бол хэзээ? _____)
 Тодорхойлсон эмч: _____ сувилагч: _____ огноо _____

Тогтмол хаяг: _____

Холбоо барих утас: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Нарийн мэргэжлийн эмчид үзүүлсэн: _____ оны _____ сарын _____ өдөр

Явуулсан эмнэлэг: _____ Үйлчлүүлэгчийн өвчний онош: _____

	Онош	ӨОУА-10 код	Огноо
1. Үндсэн			
2. Хавсарсан			
3. Хүндрэл			
Мэс засал / ажилбарын нэр огноо. / /		ӨОУА-9 код	нийт зардал
		 ₮

Эмчийн үзлэг: _____

Өгүүлэмж: _____

Харшил: эм _____ хоол _____ бусад _____

Хүүхдийн амин үзүүлэлт: Биеийн байдал _____, Ухаан санаа _____ ,

Амьсгал _____ Зүрхний цохилт _____, Артерийн даралт _____, Биеийн хэм _____ ,

Цусны хүчилтөрөгчийн хангамж _____, Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт _____, FIO₂ _____ ,

Ерөнхий үзлэг: _____

Хэсэг газрын үзлэг: _____

Шинжилгээний үзүүлэлтүүд хэвийн / хэвийн бус _____

Хавсаргасан шинжилгээ: () ЦЕШ () ШЕШ () Rё зураг/харалт () Биохими () Бүлэгнэлт () Вирус () Бак

Өдрийн (мэс засал / эмийн) оношлогоо/эмчилгээний үндэслэл: _____

Төлөвлөж буй мэдээгүйжүүлгийн хэлбэр: _____

Төлөвлөж буй мэс засал/ажилбар: _____

Мэс заслын өмнөх өвөрмөц бэлтгэл, гарч болох хүндрэл, түүнээс сэргийлэн авсан арга хэмжээ:

1. _____

2. _____

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт: _____

Хариулт: _____

Өвчтөн

_____ –н аав/ ээж/ ах/ эгч/ эмээ/ өвөө/ асран хамгаалагч (доогуур зур)

би хүүхэддээ өдрийн мэс засал / эмийн эмчилгээг хийлгэхийг зөвшөөрч байна

Үйлчлүүлэгч/асран хамгаалагчийн нэр: _____ овогтой _____ Гарын үсэг / _____ /,

20..... оны –р сарын.....өдөр

Эмчлэгч эмч _____ / _____ /

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр:

Хэсэг газарт нэвчүүлэн Бүсчилсэн/ мэд.хориг Ерөнхий (ЕТТ / LMA / FM) үгүй

Мэс засал / ажилбар: цэвэр / идээт (зур)

Огноо.....	Эхэлсэн	Дууссан	Нийт
Мэдээгүйжүүлэг	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин
Мэс засал / ажилбар	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин
Эмийн эмчилгээ	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин

Мэс заслын/ ажилбарын/ эмийн эмчилгээний тэмдэглэл:

Мэс засал/ ажилбарын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ авсан эсэх: тийм / үгүй (зур)

	Шинжилгээ	сорьц	Тоо, хэмжээ
1	Эдийн		
2	Нян судлалын		
3	Цусны		
4	Бусад		

Мэс засал / ажилбарын дараах онош:

Оёдолд хэрэглэсэн утас:

Хэрэглэсэн антибиотикийн тухай:

Мэс заслын өмнө:

Мэс заслын үед:

Мэс заслын дараа:

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө:

1.
2.
3.
4.

Өдрийн эмчилгээний баг:

1. / /
2. / /
3. / /
4. / /
5. / /
6. / /

ӨДРИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ /Насанд хүрэгчид/

Эцэг /эх/ийн нэр: нэр: огноо: / / ...
РД. нас. эр / эм ӨЭ Хуудас №.
Мэс заслын өмнөх өрөөнд ирсэн: цаг. минут. Сувилагч.
Мэс заслын дараах хяналтын өрөөнд ирсэн: цаг. минут. Сувилагч.

Мэс заслын өмнөх															Илэрсэн шинж
Мэс заслын дараах															1. () чичрэх
Цаг/ минут															2. () өвдөх
ЗЦ	А	t ⁰	АД	SpO ₂											3. () тайван бус
150	55	40,5	140	100											4. () хөхрөх
140	50	40	130	98											5. () цус шүүрэх
130	45	39,5	120	96											6. () огих, бөөлжих
120	40	39	110	94											7. () амьсгал өөрч-х
110	35	38,5	100	92											8. () эмийн гаж нөлөө
100	30	38	90	90											9. () булчин сулрах
90	25	37,5	80	88											10. ()
Хооллолт															Авсан арга хэмжээ
Анхаарах асуудал															1. () хяналт
Ялгаруулалт /давтамж/					Өтгөн										2. () нэмэлт O ₂ . . . л/м
															Шээс										3. ( ) хэл дарагч
					Боолт/гуурс																				4. ( ) соруулга
															5. () ход/ гуурс
6. () шээс/гуурс															
7. () боолт															
8. () эмийн эмчилгээ															
9. () эмчийн зөвлөгөө															
10. ()															

Үйлчлүүлэгч, түүний ар гэрт асаргаа, сувилгааны зөвлөгөө өгсөн / өгөөгүй (зур). Өдрийн эмчилгээний хуудсыг хааж үйлчлүүлэгчийг аав/ ээж/ асран хамгаалагч/ тасагт хүлээлгэн өгөв:
Амин үзүүлэлт: Биеийн байдал, Ухаан санаа, Амьсгал.
, Зүрхний цохилт., Артерийн даралт. / /, Биеийн хэм., FiO₂, Цусны хүчилтөрөгчийн хангамж., Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт., Шарх.

Эмч...../ /
Сувилагч...../ /

Үйлчлүүлэгч.....-ны аав/ ээж/ асран хамгаалагч (.....) би хүүхдийнхээ асаргаа сувилгааны зөвлөгөөг авсан / аваагүй (зур). Зөвлөгөөг зааврын дагуу сахих болно.
Асран хамгаалагч: аав/ ээж/ өвөө/ эмээ/ ах/ эгч/ төрөл / /

.....онсар.....өдөр.....цаг.....минут.

Нэмэлт тэмдэглэл:
.....
.....
.....

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Ерөнхий мэдээлэл:

- Эцэг, эхийн нэр: _____
- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар:
- Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____
Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
- Эхийн боловсрол: 1. Боловсролгүй 4. Мэргэжлийн ба техникийн
2. Бага 5. Дээд
3. Дунд 6. Мэдээлэлгүй
- Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Бусад _____
- Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй; 3. Мэдээлэлгүй
- Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?
 - Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
 - Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
 - Өрх толгойлсон эх/эцэг
 - Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг
 - Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

- Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
- Нас: нас сар хоног
- Хүйс: 1. Эрэгтэй 2. Эмэгтэй
- Хүүхдийн төрсөн газар : 1. ЭХЭМҮТ 6. Хувийн эмнэлэг
2. Хотын амаржих газрууд 7. Тээвэрлэх үед
3. Аймагийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ 8. Сумын эмнэлэг
4. Дүүргийн эмнэлэг 9. Бусад _____
5. Гэрт
- Төрөх үеийн биеийн жин: (гр)
- Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:
 - Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор
 - Төрсний дараах эхний 1 хоногт
 - 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд
 - Амлуулаагүй
- Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?
 - Тийм; 2. Үгүй
- Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: (гр)
- Одоогийн биеийн өндөр: (см)
- Айлын хэд дэх хүүхэд вэ:
- Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):
 - БЦЖ 1 тун
 - Тавт вакцин 1 тун 2 тун 3 тун
 - УГУ (улаанууд, гахайн хавдар, улаанбурхан) вакцин 1 тун 2 тун
 - В гепатит 1 тун
 - Халдварт саа 1 тун 2 тун 3 тун 4 тун
 - Сахуу татран 1 тун 2 тун
 - Бусад _____

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

20. Хүүхдийн нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ___ сар ___ өдөр ___ цаг ___ минут

21. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугацааг бичнэ үү
1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ үү _____ _____ _____	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног

22. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй

23. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?

1. Өрхийн эмнэлэгт
2. Сумын эмнэлэгт
3. Хувийн эмнэлэгт
4. Аймгийн эмнэлэгт
5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
6. Гэрт:
 - o Эмчийн заавраар
 - o Өөрсдөө

24. Хүүхэд эндсэн газар:

1. эмнэлэгт
2. гэрт
3. хээр, гадаа
4. тээврийн хэрэгсэлд
5. бусад _____

25. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ___ сар ___ өдөр ___ цаг ___ минут

26. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?

1. Тийм;
2. Үгүй

27. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:

1. 1-р шатлал (сум/өрх)→2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал (сум/өрх)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)→1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)
5. Хувийн эмнэлэг→Улсын эмнэлэг
6. Бусад: _____

28. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:

1. дунд;
2. хүндэвтэр;
3. хүнд;
4. маш хүнд

29. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:

1. Сэхээн амьдруулалт
2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
3. Судсаар дусал шингэн залгасан
4. Антибиотик
5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд

- 8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
- 9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
- 10. Стеройдууд
- 11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
- 12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
- 13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
- 14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
- 15. Мэс засал
- 16. Бусад _____

30. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: хоног цаг минут

31. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:

- 1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
- 2. Яаралтай тусламжийн тасаг
- 3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____

32. Эмнэлзүйн онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу): _____

33. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

34. Эмгэг судлалын онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

35. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

36. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

• 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн) _____

• 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____

• 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн) _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-32

29 ХОНОГ - 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Ерөнхий мэдээлэл:

- Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
- Мэдээлсэн эмнэлгийн нэр: _____
- Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____
- Мэдээлсэн огноо: ____ он ____ сар ____ өдөр

Гэрийн хаяг:

- Хүүхдийн гэрийн хаяг: Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
Баг/хороо: _____
- Холбоо барих утас:

Эцэг, эхийн мэдээлэл:

- Эцгийн овог, нэр: _____
- Эцгийн нас:

--	--
- Эхийн овог, нэр: _____
- Эхийн нас:

--	--
- Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)

- Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
- Эцэг, эх нь ураг төрлийн холбоотой эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- Хэрэв тийм бол тодруулна уу.
 - Төрсөн ах дүүс
 - Төрсөн ах дүүсийн хүүхдүүд
 - Бусад _____

Хүүхдийн мэдээлэл:

- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Хүүхдийн нас:

--	--
- Хүйс: 1. Хүү 2. Охин 3. Тодорхойгүй
- Хүүхдийн төрөх үеийн жин: _____ (гр)
- Хүүхдийн төрөх үеийн өндөр: _____ (гр)
- Хүүхэд дутуу төрсөн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- Хэрэв тийм бол төрсөн үеийн тээлтийн нас: _____ долоо хоног

--	--
- Хүүхэд ихэр эсэх: 1. Нэг 2. Хоёр ихэр 3. Гурав ба түүнээс олон ихэр

Төрөлхийн хөгжлийн гажгийн мэдээлэл:

- Төрөлхийн хөгжлийн гажиг оношлогдсон: ____ он ____ сар ____ өдөр
- Оношлогдсон төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

- _____
- _____
- _____
- _____

e
f
g
h
i
j

20. Хүүхэд эндсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

21. Хэрэв тийм бол хүүхэд эндсэн: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

22. Эндсэн шалтгаан:

23. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

24. Эмгэг судлалын шинжилгээнд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

a
b
c
d
e
f
g
h
i
j

25. Нэмэлт тайлбар:

A1. Эмнэлгийн нэр:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-33

ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ ХУУДАС

Эрэмбэлэн ангилал

А	В	С	D
---	---	---	---

A2. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ A3. Нэр _____ A4. РД

A5. Нас

A6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

A10. Боловсрол	
Боловсролгүй	1
Бага	2
Суурь боловсрол	3
Бүрэн дунд	4
Мэргэжлийн болон техникийн	5
Дипломын	6
Бакалавр	7
Магистр	8
Доктор	9

A14. Өөр эмнэлэгт хандсан эсэх	
Өрх ЭМТөв	1
Сум, тосгон, сум дундын ЭМТ	2
Аймаг, Дүүргийн НЭ	3
БОЭТ	4
Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг	5
Бусад	98

A7. ТОГТМОЛ ХАЯГ:

A8. УТАС _____

A9. АЖЛЫН ГАЗАР, АЛБАН ТУШААЛ

A11. Эмнэлэгт яаж ирсэн	
Өөрөө	1
Түргэн тусламжаар	2
Бусад _____	98

15. Гэмтсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			
16. Үзүүлсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			

A12. Гэмтэл авах үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх	A17. Осол болсон газар, байршил /дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/ 	
Тийм		1
Үгүй		2
A13. Гэмтэл авах үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх		
Тийм	1	
Үгүй	2	

Б 1. ОСОЛ ГАРАХ ҮЕИЙН БАЙРШИЛ				
Гэртээ	1	Ажлын байранд	Үйлдвэрлэл	8
Сургууль, цэцэрлэг	2		Барилга	9
Биеийн тамир, спортын талбай	3	Бусад / бичих / _____	Уурхай	10
Гудамж, зам	4		Албан тасалгаа	11
Худалдаа үйлчилгээний газар	5	_____		98
Хөдөө аж ахуй ба ферм	6	_____		
Олон нийтийн газар (бар, диско)	7	Тодорхойгүй		99

Б 2. ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ШАЛТГААН					
Зам тээврийн осол /V00-V99/	1	Амьтай механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах	Нохойд хазуулах	17	
Хүчирхийлэл /X85-Y09/	2		Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____	18	
Амиа хорлохыг завдах /X60-X84/	3	Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/ _____		19	
Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах	Цас, мөсөн дээр хальтарч унах	Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/ _____		20	
	Явганаас унах	Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/ _____		21	
	Тэшүүр, цанаар гулгаж үед унах	Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/		22	
	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхэгдэн унах	Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах	Цахилгаан гүйдэл		23
	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/		Гал, дөлд		24
	Спортын хэрэгслээс унах		Халуун цай, хоол, тосонд		25
	Шат, гишгүүрээс унах		Халуун усанд		26
	Барилга, байгууламжаас унах		Халуун уур, агаар, хийнд		27
	Бусад уналт /бичих/ _____		Ахуйн халуун хэрэгсэлд		28
	Тодорхойгүй уналт		Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур		29
Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/ бүлгээс харах	Хурц зүйл /бичих/ _____		Бусад түлэгдэл _____		30
	Мохоо зүйлд /бичих/ _____		Тодорхойгүй		31
	Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, сальют гэх мэт бичих/ _____		Бусад осол /бичих/ _____		98
		Тодорхойгүй осол _____		99	

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-36

**БҮХ НИЙТЭЭР ТЭМДЭГЛЭХ БАЯР, ТЭМДЭГЛЭЛТ ӨДРИЙН АМРАЛТЫН ҮЕИЙН ЭМНЭЛГИЙН
 ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭГ МЭДЭЭЛЭХ БҮРТГЭЛ**

№	Үзүүлэлт	№	Өрх сумын	Аймаг,	Төв эмнэлэг,	Бусад	Нийт дүн		
			эрүүл	дүүргийн	тусгай				
А	Б	В	1	2	3	4	5		
1	Төрсөн эхийн тоо	1							
2	Амьд төрсөн нярай	2							
3	Амьгүй төрсөн хүүхэд	3							
4	Нас барсан хүний тоо	4							
5	Үүнээс: эмнэлэгт	5							
6	Хоног болоогүй нас баралт	6							
7	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл	7							
8	1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл	8							
9	Осол гэмтлийн улмаас нас барсан хүний тоо	9							
10	Үүнээс	Зам тээврийн ослоор		10					
		Хөлдөлт, осголт		11					
		Хордлогоор	Архины шалтгаант	12					
			Хоолны	13					
			Бусад	14					
Бусад ослоор		15							
11	Амбулаторын нийт үзлэг	16							
12	Үүнээс: Томуу, томуу төст өвчний учир	17							
13	Хүлээн авах, яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлсэн иргэдийн тоо	Насанд хүрэгчид	Нийт		18				
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		19			
				Хордлого	Архи	20			
					Хоол	21			
				Осол гэмтэл	Авто осол	22			
			Түлэгдэлт		23				
			бусад гэмтэл		24				
			Буцаасан		25				
		Нас барсан		26					
		Хүүхэд	Нийт		27				
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		28			
				Томуу, томуу төст өвчин, амьсгалын замын өвчлөл		29			
				Хордлого		30			
				Осол гэмтэл	Авто осол	31			
			Түлэгдэлт		32				
			бусад		33				
Буцаасан			34						
Нас барсан		35							
Томуу, амьсгалын замын өвчний амбулаторийн үзлэгт эзлэх хувь		36							
14	Түргэн тусламжийн	Нийт		37					
		Хүүхэд	0-5 насны хүүхдийн томуу, амьсгалын замын өвчлөл		38				
			Хордлого		39				
			Халдварт өвчин		40				
		Нийт		41					
		ИД	ОЛ	ЛГЭ	Архи	42			

	дуудлагын тоо	Насанд хүрэг	ᠣ	ᠪ	Хоол	43					
					Төрөх	44					
					Халдварт өвчин	45					
					Бусад	46					
					Эмч очихоос өмнө нас барсан	47					
15	Орон нутаг гарсан олныг хамарсан аюулд өртсөн хүний тоо			Осол, гэмтэл	48						
				Хордлого	49						
				Түлэгдэл	50						
				Үер, усны аюул	51						
				Нас баралт	52						
16	Зоонозын өвчний сэжигтэй тохиолдол				53						

Мөрийн дагуу: 9= (10+11+12+13+14+15)

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /НАСАНД ХҮРЭГЧИД/ №.....

Эмнэлгийн нэр: _____

Яаралтай тусламжийн тасагт ирсэн.....он.....сар.....өдөр

Ерөнхий мэдээлэл																																																							
Эцэг /эх/-ийн нэр:		РЕГИСТРИЙН ДУГААР	ХҮЙС <input type="checkbox"/> ЭР <input type="checkbox"/> ЭМ	НАС	ЭМДД																																																		
ИРГЭНИЙ ХАРЬАЛАЛ:		ХОЛБОГДОХ УТАС	ДАВТАН ИРСЭН ХУГАЦАА:он....сар....өдөр <input type="checkbox"/> 24 цаг <input type="checkbox"/> 48 цаг <input type="checkbox"/> 72 цаг																																																				
ЯТТ-т ирсэн цагцагминут	Эрэмбэлсэнцагминут	ЯТТ-ийн эмч үзсэнцагминут	Шийдвэрлэсэнцагминут	ЯТТ-т байсан нийт цагцаг....минут																																																			
ОСОЛ ГЭМТЭЛ <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй		ЦАГДААД МЭДЭГДСЭН ЭСЭХ: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	ГЭМТСЭН ШАЛТГААН:		Он, сар өдөр цаг минут																																																		
ЯТТ-т ирсэн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> Амбулаториос <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлгээс <input type="checkbox"/> 13А			Хэн авчирсан:	Асуумж өгсөн хүн:..... Утас:.....																																																			
Ирэх үеийн зовиур:			Биеийн жин.....кг Өндөр.....см	Сүүлийн сарын тэмдэг:сар....өдөр																																																			
			Цусны бүлэг: Rh:	<input type="checkbox"/> Жирэмсэн <input type="checkbox"/> долоо хоног <input type="checkbox"/> Цэвэршсэн																																																			
Анхны үзлэг		Эрт сэрэмжлүүлэх үнэлгээ			Урьд өвчилсөн байдал																																																		
Амьсгалын зам <input type="checkbox"/> чөлөөтэй <input type="checkbox"/> саадтай Амьсгал <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Цус эргэлт <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Арьсны өнгө <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Пульс <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Хялгасан судасны дүүрэлт <input type="checkbox"/> 2 сек <input type="checkbox"/> >2 сек		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Хугацаа</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>Үзүүлэлт</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ухаан санааны байдал (AVPU)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Амьсгалын тоо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Зүрхний цохилтын тоо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Артерийн даралт</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Биеийн хэм</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO₂ %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fi O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нийт оноо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Хугацаа					Үзүүлэлт					Ухаан санааны байдал (AVPU)					Амьсгалын тоо					Зүрхний цохилтын тоо					Артерийн даралт					Биеийн хэм					SpO ₂ %					Fi O ₂					Нийт оноо					Амьсгалын эрхтэний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Зүрх судасны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Хоол боловсруулах эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Цусны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Бөөрний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Мэдрэлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Удамшил тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Гэмтэл тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Мэс заслын эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Дотоод шүүрлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Хавдар тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>
Хугацаа																																																							
Үзүүлэлт																																																							
Ухаан санааны байдал (AVPU)																																																							
Амьсгалын тоо																																																							
Зүрхний цохилтын тоо																																																							
Артерийн даралт																																																							
Биеийн хэм																																																							
SpO ₂ %																																																							
Fi O ₂																																																							
Нийт оноо																																																							
Булчингийн хүч <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Суларсан <input type="checkbox"/> Чангарсан <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Дээд мөч <input type="checkbox"/> Доод мөч																																																							
Байнга хэрэглэдэг эм	Харшил																																																						
Өвдөлтийн зэрэг		Өвдөлт <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Цочмог <input type="checkbox"/> Архаг Өвдөлтийн хугацаа <input type="text"/>			Эрэмбэлэн ялгалт																																																		
					<input type="checkbox"/> ХАР <input type="checkbox"/> УЛААН <input type="checkbox"/> ШАР <input type="checkbox"/> НОГООН Эрэмбэлэх мэргэжилтэн																																																		
Тархвар судлалын асуумж																																																							
Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй		Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Гадаад оронд зорчсон эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй		Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн үзлэг																																																							
Үндсэн золгоо: _____ _____			Одоогийн өвчний түүх: _____ _____																																																				
Шийдвэрлэсэн байдал																																																							
<input type="checkbox"/> АЖИГЛАЛТ <input type="checkbox"/> ЭЭТ <input type="checkbox"/> БУСАД ТАСАГ <input type="checkbox"/> БУЦСАН <input type="checkbox"/> НАС БАРСАН																																																							
<input type="checkbox"/> БУСАД ЭМНЭЛЭГРҮҮ ШИЛЖСЭН <input type="checkbox"/> ЭМЧИЛГЭЭ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН																																																							
ШИЙДВЭРЛЭСЭН.....ОН.....САР.....ӨДӨР.....ЦАГ.....МИНУТ ШИЙДВЭРЛЭСЭН ЯТТ-Н ЭМЧ /...../																																																							
<input type="checkbox"/> ЭМИЙН ҮНЭ:..... /...../																																																							

Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн анхны үзлэг

Үндсэн зовиур: _____	Одоогийн өвчний түүх: _____
----------------------	-----------------------------

Бодит үзлэг	Шинжилгээний төлөвлөгөө
--------------------	--------------------------------

Биеийн байдал _____ Ухаан санаа: глазго үнэлгээ <input type="checkbox"/> нүд <input type="checkbox"/> хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> яриа <input type="checkbox"/> Арьс салст _____ Тунгалагийн булчирхай _____ Хүүхэн хараа _____ Зүрх _____ _____ Уушиг _____ _____ Хэвлийн тойм үзлэг _____ _____ Хэсэг газрын үзлэг _____ _____ _____ _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад </td> <td style="width:67%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Биохимийн шинжилгээ			<input type="checkbox"/> Нийт билирубин			<input type="checkbox"/> Шууд билирубин			<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин			<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат			<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин			<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот			<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ			<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ			<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K			<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg			<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад		
<input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Биохимийн шинжилгээ			<input type="checkbox"/> Нийт билирубин			<input type="checkbox"/> Шууд билирубин			<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин			<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат			<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин			<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот			<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ			<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ			<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K			<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg			<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад				
Биохимийн шинжилгээ																																							
<input type="checkbox"/> Нийт билирубин																																							
<input type="checkbox"/> Шууд билирубин																																							
<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин																																							
<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат																																							
<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин																																							
<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот																																							
<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ																																							
<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ																																							
<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K																																							
<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg																																							
<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад																																							

Дүрс оношилгооны эмчийн дүгнэлт _____ _____ _____ _____

Мэс заслын эмчийн үзлэг, онош _____ _____ _____	Эмчилгээ _____ _____ _____
--	-------------------------------------

Урьдчилсан онош: _____	ӨОУА код
------------------------	-------------

Шийдвэрлэсэн байдал: /ЯТТ-ийн эмч/ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Эмчилгээ: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--

Шийдвэрлэсэн байдал: <input type="checkbox"/> Ажиглалт <input type="checkbox"/> Тасагт хэвтсэн <input type="checkbox"/> Буцсан <input type="checkbox"/> Нас барсан <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн <input type="checkbox"/> Бусад

Шийдвэрлэсэн он сар өдөр..... цаг минут Шийдвэрлэсэн ЯТТ-ийн эмч.....

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 Эмчийн нэр _____ / _____ /

Эх баригчийн нэр _____ / _____ /

Төрөлжсөн мэргэжлийн эмчийн үзлэг ба шинжилгээ	Зөвлөгөө, эмчилгээ:
Огноо: Зовиур: Үзлэгт: Толины үзлэг: Үтрээний үзлэг: КТГ: Чанд авиа: Сүүлийн сарын тэмдэг: Шинжилгээ: Онош:	
Шийдвэрлэсэн байдал	

Ажиглалт ЭЭТ Бусад тасаг _____

Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн: _____

Харьяа хяналтанд

Шийдвэрлэсэн он сар өдөр..... цаг минут

Шийдвэрлэсэн ЯТТ-н эмч _____ / _____ /

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭИМ-3-1А

АРТЕРИЙН ГИПЕРТЕНЗИ, ЧИХРИЙН ШИЖИН ХЭВ ШИНЖ 2-ЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛГИЙН ҮЗЛЭГИЙН БҮРТГЭЛ

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр _____

№	Үзлэгийн огноо	Эцэг /эх/-ийн нэр Нэр Регистрийн дугаар	Нас, Хүйс	Оршин суугаа хаяг	Биеийн өндөр /м/	Биеийн жин /кг/	Биеийн жингийн индекс (БЖ/м²)	Хуучин АГ оношлогдсон	Артерийн гипертензи					Чихрийн шижин хэв шинж 2									
									Анхны үзлэг		Давтан үзлэг			Хуучин ЧШ оношлогдсон	Үзлэгийн хэлбэр	ЧШ-гийн эрсдлийн оноо		Цусны глюкоз (ммоль/л)			Үр дүн		
									Цусны даралт /ммМҮБ/	Үр дүн	Үзлэгийн огноо	Цусны даралт /ммМҮБ/	Үр дүн			Эрсдлийн оноо тооцсон эсэх	Эрсдлийн оноо	Түргэвчилсэн аргаар /өглөн үед/	Биохимийн аргаар /өглөн үед/	Глюкозын ачаалалт сорилд*	Хэвийн	ӨҮГӨрчлөлттэй	Батлагдсан ЧШ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3

Тайлбар: Багана 4. Хүйс: Эрэгтэй-1, Эмэгтэй-2
 Багана 11, 14. Үр дүн: Хэвийн-1, Артерийн гипертензи байж болзошгүй-2, Батлагдсан-3
 Багана 16. Үзлэгийн хэлбэр: Анх-1, Давтан-2
 Багана 17. Эрсдлийн оноо тооцсон эсэх: Тийм-1, Үгүй-2

5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Үзлэг хийсэн он.... сар... өдөр...

I. ХҮҮХДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

				Регистрийн дугаар: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Хүүхдийн ургийн овог:				Хүйс: Эр / Эм	Хүүхдийн хүйсийг заавал дугуйлж тэмдэглэ!									
Эцэг, эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг	Сум, хороо	Баг, хэсэг								
Хүүхдийн нэр:														
Төрсөн он	сар	өдөр	цаг	Хүүхдийн нас: сар ____ хоногтой										

II. ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Регистрийн дугаар: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													
Нэр:		Яс үндэс:		Утасны дугаар:									
Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын боловсрол <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн		Хөдөлмөр эрхлэлт: 1. Цалин хөлстэй ажиллагч 2. Ажил олгогч 3. Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч 4. Нөхөрлөл хоршооны гишүүн 5. Мал аж ахуй эрхлэгч 6. Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин хөлсгүй ажиллагч гишүүн <input type="checkbox"/> Бусад /бичнэ/		Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: 1. Сургуульд сурдаг 2. Тэтгэвэрт 3. Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй 4. Гэрийн ажилтай 5. Тохирох ажил олдохгүй 6. Ажил хайж байгаа 7. Ажиллах сонирхолгүй <input type="checkbox"/> Бусад /бичнэ/							
Ажил, мэргэжил.....				Ажилладаг салбар, чиглэл.....									
Орон сууцны байдал:													
<input type="checkbox"/> Гэр, сууц байшин		<input type="checkbox"/> Орон сууцны байшин		<input type="checkbox"/> Бие даасан тохилог сууц		<input type="checkbox"/> Сууцны тусдаа							
<input type="checkbox"/> Оюутан сурагчдын нийтийн байр				<input type="checkbox"/> Ажиллагчдын нийтийн байр									
<input type="checkbox"/> Нийтийн зориулалтын бусад байр				<input type="checkbox"/> Зориулалтын бус сууц		<input type="checkbox"/> Бусад							
Хэнтэй амьдардаг вэ? Хүүхэд (тоо:____) <input type="checkbox"/> Нөхөр <input type="checkbox"/> Хадам аав <input type="checkbox"/> Хадам ээж <input type="checkbox"/> Өөрийн аав <input type="checkbox"/> Өөрийн ээж <input type="checkbox"/> Бусад (тоо:____)													
Тамхи татдаг уу? <input type="checkbox"/> Тийм (өдөрт _____ тамхи татдаг) <input type="checkbox"/> Үгүй													
Архи хэрэглэдэг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хааяа													

III. ЭХИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

- Дараах өвчнөөр өвчилж байсан уу? Тийм Үгүй
- Артерийн гипертензи Бөөрний архаг үрэвсэл Чихрийн шижин
- Зүрхний өвчин Бамбай булчирхайн өвчин Харшил
- Халдварт хепатит
- Бусад өвчин (нэрлэнэ үү)

Эцгийн эрүүл мэнд: Хэвийн Хэвийн биш
(өвчин юм уу зовиур:))

IV. ЭХИЙН ЖИРЭМСЛЭЛТИЙН ТҮҮХ

Хэдэн удаа жирэмсэлсэн.....
Хэдэн удаа төрсөн.....
Одоо хэдэн хүүхэдтэй.....
Үүний өмнөх жирэмслэлт .....он.....сар .
Бага жинтэй хүүхэд төрүүлж байсан уу (22-36 долоо хоног) <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Үр хөндүүлж байсан эсэх <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Зулбаж байсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Өсөлтгүй жирэмслэлт болж байсан уу?

V. ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ /ХҮҮХЭД/

Төрөх үеийн жин (кг)..... Одоогийн жин (кг)	Толгойн тойрог (см):
Урт, өндөр (см).....	Толгойн хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Том <input type="checkbox"/> Жижиг
Хооллолт: <input type="checkbox"/> Хөхөө хөхдөг <input type="checkbox"/> Холимог <input type="checkbox"/> Ердийн	
Өдөрт .....удаа Нэг удаад .....мл иддэг	
Гол иддэг хоол 1..... 2..... 3..... 4.....	
Арьс, үс, хумс: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Арьсны уян чанар алдагдсан <input type="checkbox"/> Шарлалт <input type="checkbox"/> Тууралт <input type="checkbox"/> Атопи (Шүүдэст эмзэгшил)	
<input type="checkbox"/> Нуралт <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> 2 хөлийн хаван <input type="checkbox"/> Илт тураал	
<input type="checkbox"/> Хумс хөх <input type="checkbox"/> Алганы зураасны өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр <input type="checkbox"/> Бусад	
Цус багадалтын шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Алга цайсан <input type="checkbox"/> Хувхай цагаан	
Толгой, хүзүү, захын тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Макроцефали <input type="checkbox"/> Микроцефали <input type="checkbox"/> Гидроцефали <input type="checkbox"/> Толгойгоо даахгүй	
<input type="checkbox"/> Хүзүү гилжгий <input type="checkbox"/> Бусад	
Яс, булчингийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн, <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Цээжний хэлбэр <input type="checkbox"/> Нуруу муруй <input type="checkbox"/> Сампингийн эрхи <input type="checkbox"/> Дагз зөөлрөх <input type="checkbox"/> Түнхний эмгэг	
<input type="checkbox"/> Үе мөчдийн хөдөлгөөн хязгаарлагдсан <input type="checkbox"/> Үений үрэвсэл <input type="checkbox"/> Булчингийн атрофи	
Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Бусад	
Нүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хялар <input type="checkbox"/> Харааны бэрхшээл <input type="checkbox"/> Урвасан зовхи <input type="checkbox"/> Харц эгцэлж харахгүй <input type="checkbox"/> Бусад	
Чих, хамар, хоолой: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Хамрын эмгэг <input type="checkbox"/> Аденоидит <input type="checkbox"/> Гүйлсэн булчирхай <input type="checkbox"/> Чихнээс булаг гарсан: .....хоног <input type="checkbox"/> Бусад	
Сонсгол: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	
Амьсгалын тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> 14-өөс олон хоног ханиалгасан <input type="checkbox"/> Амьсгал олширсон <input type="checkbox"/> Цээж хонхолзох <input type="checkbox"/> Астма	
<input type="checkbox"/> Шуугиантай амьсгал <input type="checkbox"/> Хяхтнаа амьсгал <input type="checkbox"/> Хэржигнүүр <input type="checkbox"/> Бусад	
Зүрх судасны тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Тахикарди <input type="checkbox"/> Брадикарди <input type="checkbox"/> Авиа бүдэг <input type="checkbox"/> Хэм алдагдалтай <input type="checkbox"/> Шуугиантай <input type="checkbox"/> Бусад	
Хоол боловсруулах тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Бөөлждөг <input type="checkbox"/> Хэвлий эмзэглэлтэй, <input type="checkbox"/> Элэг том <input type="checkbox"/> Элэг эмзэглэлтэй	
<input type="checkbox"/> Дэлүү том <input type="checkbox"/> Суулгалт <input type="checkbox"/> Баас хатдаг <input type="checkbox"/> Хүйн ивэрхий <input type="checkbox"/> Бусад	

Шээс бэлгийн тогтолцоо: Хэвийн Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ)

Олон удаа шээдэг Шөнө шээдэг Орондоо шээдэг Шээхэд өвддөг Дүлж шээдэг

Төмсөг усжилттай Төмсөг хуухнагт буугаагүй Тээрхийн арьс чөлөөтэй эргэхгүй

Цавины ивэрхий Бусад

Мэдрэлийн эрхтэн тогтолцоо: Хэвийн Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ)

Татдаг Дагз хөшингө Эмгэг рефлексүүд илэрсэн Бусад

Нүдэнд ил харагдах хөгжлийн эмгэг: Үгүй Эмгэгтэй бол: (✓ гэж тэмдэглэ)

Уруул тагнайн сэтэрхий Чихний дэлбэнгүй Чихний гадна суваггүй

2 нүдний зай хол Хөлгүй Гаргүй Олон хуру Цөөн хуруу Бусад


Амны хөндий: Хүүхдийн шүд анх ___ сартайдаа ургасан Одоо байгаа шүдний тоо: ___

Эрүүл Эрүүл бус

Шүдний цагаан толбо Шүдний өнгө өөрчлөгдсөн Шүдний ургалт буруу Буйлны үрэвсэл

Уруулын хөвч богино Хэл мурийсан Хэлний хөвч богино Амны салстад шарх үүсдэг

Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон Хүүхдийн шүдийг тогтмол угааж өгдөг Бусад



Шүдний үзүүлэлт (цлаш):

цоорсон

ломбодсон

авагдсан

Эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)

Тайлбар: Цоорсон, ломбодсон, авагдсан шүдний үзүүлэлтийн шүд тус бүр дээр ц, л, а үсгээр тэмдэглэнэ.

VI. ЗААВАЛ ХИЙХ ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ҮНДЭСНИЙ ТОВЛОЛ

ВАКЦИНЫ НЭР	ТОВЛОЛ	Торсноос хойш 24 насийн дотор	2 сартайд	3 сартайд	4 сартайд	5 сартайд	9 сартайд	1 нас 2 сартайд	2 настайд	7 настайд	15 настайд
Сүрьеэ (БЦЖ)		0 тун									
В Гепатит		0 тун									
Халдварт саа		0 тун	I тун	II тун	III тун	IV тун					
Сахуу, хөхүүд ханиалд, таграи + В Гепатит, Хемофилюс инфлюэнза В (Тавт вакцин)			I тун	II тун	III тун						
Пневмококкийн эсрэг вакцин			I тун		II тун		III тун				
Улаибурхан, Гахай хавдар, Улаанууд (УГУ)							I тун		II тун		
А Гепатит								I тун	II тун		
Сахуу, Татраи										I тун	II тун
Вакцин хийлгэсэн огноо											

Дархлаажуулалтанд бүрэн хамрагдсан эсэх: Тийм Үгүй

VII. ЭМЧИЙН ЕРӨНХИЙ ДҮГНЭЛТ

Доорх сонголтуудаас тус өвчтөнд тохирох мэдээллийг сонгож, шаардлагатай хэсэгт эмчийн дүгнэлтийг бичнэ.

№	Эмчийн дүгнэлт	Шинэ	Хуучин	Авсан арга хэмжээ					
				Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх	Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах	Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах	Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах	Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах	Бусад
1	Эрүүл								
2	1. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	2. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	3. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	4. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	5. Өвчний онош: ICD10 код _____								

Үзлэг хийсэн байгууллага:

Эмчийн нэр:

_____ /гарын үсэг/

5-18 НАСНЫ ХҮҮХЭД, ӨСВӨР ҮЕИЙНХНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Үзлэг хийсэн он.... сар.... өдөр

1. ХҮН АМ ЗҮЙН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	<input type="text"/>
Эцэг, эхийн нэр:		Ургийн овог:	
Төрсөн он / сар / өдөр		Оршин суугаа хаяг:	
Нас: [] Хүйс: <input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм		Харъяалал: <input type="checkbox"/> Харъяалалтай байнгын оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалгүй байнгын оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалтай түр оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалгүй түр оршин суугч <input type="checkbox"/> Бүртгэлгүй иргэн	
Цэцэрлэгт явдаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм / 6 хүртэлх нас/ <input type="checkbox"/> Үгүй		Сургуульд сурдаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм /6-18 хүртэлх/ <input type="checkbox"/> Үгүй	
Хөдөлмөр эрхэлдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Утасны дугаар:	
Орон сууцны байдал: <input type="checkbox"/> Гэр, сууц <input type="checkbox"/> Орон сууцны байшин <input type="checkbox"/> Бие даасан тохилог сууц <input type="checkbox"/> Сууцны тусдаа байшин <input type="checkbox"/> Оюутан сурагчдын нийтийн байр <input type="checkbox"/> Ажиллагчдын нийтийн байр <input type="checkbox"/> Нийтийн зориулалтын бусад байр <input type="checkbox"/> Зориулалтын бус сууц <input type="checkbox"/> Бусад			

II. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Өндөр см /10-тын орны бутархай оруулах/ Жин кг /10-тын орны бутархай оруулах/	Бүсэлхийн тойргийн (БТ) хэмжээ см /10-тын орны бутархай оруулах/
Харааны шил эсвэл линз зүүдэг эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Сонсголын аппарат зүүдэг эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Шүдний аппарат зүүдэг эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	

III. ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Арьс, үс, хумс: <input type="checkbox"/> Хэвийн, <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Арьсны уян чанар алдагдсан <input type="checkbox"/> Шарлалт <input type="checkbox"/> Тууралт <input type="checkbox"/> Атопи (Шүүдэст эмзэгшил) <input type="checkbox"/> Нуралт <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> 2 хөлийн хаван <input type="checkbox"/> Илт тураал <input type="checkbox"/> Хумс хөх <input type="checkbox"/> Алганы зураасны өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр <input type="checkbox"/> Бусад
Цус багадаалтын шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Алга цайсан <input type="checkbox"/> Хувхай цагаан
Толгой, хүзүү, захын тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Макроцефали <input type="checkbox"/> Микроцефали <input type="checkbox"/> Гидроцефали <input type="checkbox"/> Толгойгоо даахгүй <input type="checkbox"/> Хүзүү гилжгий <input type="checkbox"/> Бусад
Яс, булчингийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Цээжний хэлбэр <input type="checkbox"/> Нуруу муруй <input type="checkbox"/> Сампингийн эрхи <input type="checkbox"/> Дагз зөөлрөх <input type="checkbox"/> Түнхний эмгэг <input type="checkbox"/> Үе мөчдийн хөдөлгөөн хязгаарлагдсан <input type="checkbox"/> Үений үрэвсэл <input type="checkbox"/> Булчингийн атрофи
Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Бусад
Нүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хялар <input type="checkbox"/> Харааны бэрхшээл <input type="checkbox"/> Урвасан зовхи <input type="checkbox"/> Харц эгцэлж харахгүй <input type="checkbox"/> Бусад
Чих, хамар, хоолой: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Хамрын эмгэг <input type="checkbox"/> Аденоидит <input type="checkbox"/> Гүйлсэн булчирхай <input type="checkbox"/> Чихнээс булаг гарсан: .....хоног <input type="checkbox"/> Бусад
Сонсгол: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус
Амьсгалын тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> 14-өөс олон хоног ханиалгасан <input type="checkbox"/> Амьсгал олширсон <input type="checkbox"/> Цээж хонхолзох <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Шуугиантай амьсгал <input type="checkbox"/> Хяхтнаа амьсгал <input type="checkbox"/> Хэржигнүүр <input type="checkbox"/> Бусад

Зүрх судасны тогтолцоо: Хэвийн Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ)
 Тахикарди Брадикарди Авиа бүдэг Хэм алдагдалтай Шуугиантай Бусад

Хоол боловсруулах тогтолцоо: Хэвийн Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ)
 Бөөлждөг Хэвлий эмзэглэлтэй Элэг том Элэг эмзэглэлтэй Дэлүү том
 Суулгалт Баас хатдаг Хүйн ивэрхий Бусад

Шээс бэлгийн тогтолцоо: Хэвийн Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ)
 Олон удаа шээдэг Шөнө шээдэг Орондоо шээдэг Шээхэд өвддөг Дүлж шээдэг
 Төмсөг усжилттай Төмсөг хуухнагт буугаагүй Тээрхийн арьс чөлөөтэй эргэхгүй Цавины ивэрхий
 Бусад

Мэдрэлийн эрхтэн тогтолцоо: Хэвийн Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ)
 Татдаг Дагз хөшингө Эмгэг рефлексүүд илэрсэн Бусад

Нүдэнд ил харагдах хөгжлийн эмгэг: Үгүй Эмгэгтэй бол: (✓ гэж тэмдэглэ)
 Уруул тагнайн сэтэрхий Чихний дэлбэнгүй Чихний гадна суваггүй 2 нүдний зай хол Хөлгүй
 Гаргүй Олон хуруу Цөөн хуруу Бусад

Амны хөндий: Одоо байгаа шүдний тоо: _____ Эрүүл Эрүүл бус
 Шүдний цагаан толбо Шүдний өнгө өөрчлөгдсөн Шүдний ургалт буруу Буйлны үрэвсэл
 Уруулын хөвч богино Хэл мурийсан Хэлний хөвч богино Амны салстад шарх үүсдэг
 Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон Хүүхдийн шүдийг тогтмол угааж өгдөг Бусад

Хоншоор	Шүдлэх Үе	Солигдох Үе
Төвийн үүдэн шүд	8-12 сар	6-7 нас
Хажуугийн үүдэн шүд	9-13 сар	7-8 нас
Соёо	16-22 сар	10-12 нас
1-р араа	13-19 сар	9-11 нас
2-р араа	25-33 сар	10-12 нас

Эрүү	Шүдлэх Үе	Солигдох Үе
2-р араа	23-31 сар	10-12 нас
1-р араа	14-18 сар	9-11 нас
Соёо	17-23 сар	9-12 нас
Хажуугийн үүдэн шүд	10-16 сар	7-8 нас
Төвийн үүдэн шүд	6-10 сар	6-7 нас

Хоншоор	Солигдох Үе
Төвийн үүдэн шүд	7-8 нас
Хажуугийн үүдэн шүд	8-9 нас
Соёо	11-12 нас
1-р бага араа	10-11 нас
2-р бага араа	10-12 нас
1-р их араа	6-7 нас
2-р их араа	12-13 нас
Агт араа	17-21 нас
Эрүү	Солигдох Үе
Агт араа	17-21 нас
2-р их араа	11-13 нас
1-р их араа	6-7 нас
2-р бага араа	11-12 нас
1-р бага араа	10-12 нас
Соёо	9-10 нас
Хажуугийн үүдэн шүд	7-8 нас
Төвийн үүдэн шүд	6-7 нас

Шүдний үзүүлэлт:

Цоорсон
 Ломбодсон
 Авагдсан
 Давхар ургасан байнгын шүд

Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургасан

- Хоншоор Баруун Зүүн
- Эрүү Баруун Зүүн

Эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)

Тайлбар:

- Сүүн шүд унаагүй боловч байнгын шүд нь давхар ургасан эсэхийг сайтар тэмдэглэж мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ.
- Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургаж, буйлнаас цухуйж эхэлмэгц мэргэжлийн эмчид хандаж ховил битүүлэх эмчилгээ (ховилын ломбо) хийлгэх зайлшгүй шаардлагатай тул мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ.
- Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон хожуу үүсэх хүндрэлээс сэргийлж шүдний эмчид үзүүлж зөвлөгөө авах шаардлагатай
- Холимог зуултын үед хүүхдийн сүүн ба байнгын шүдийг зураглалын шүд тус бүрт дараах байдлаар бичиж тэмдэглэнэ:
 - Байнгын шүд: Ц, Л, А
 Сүүн шүд: ц, л, а

IV. ХАЛДВАРТ БА ХАЛДВАРТ БУС ӨВЧНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

Ямар нэгэн хорт зуршилтай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
Тийм бол ямар хорт зуршилтай вэ? (8-18 нас)	Өмнө нь сэтгэцийн эмгэг оношлогдож байсан эсэх:	Өмнө нь осол, гэмтэлд өртөж байсан эсэх:
<ol style="list-style-type: none"> Мансууруулах төрлийн бодис Тамхи Архи, согтууруулах ундаа Компьютер, утсанд донтох Бусад 	<ol style="list-style-type: none"> Тийм Үгүй 	<ol style="list-style-type: none"> Тийм Үгүй

СҮРЬЕЭ (15-аас доош насны хүүхдэд асран хамгаалагчаас асууна)

Сүрьеэгийн шинж тэмдэг ба зовиур

Танд дараах зовиур/шинж тэмдэг илэрч байна уу?

1.Ханиалгах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
2.Халуурах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
3.Цустай цэр гарах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
4.Шөнө хөлрөх	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
5.Шалтгаангүйгээр турах	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
6.Бусад	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй

Сүрьеэгийн тархвар судлал

1.Та өмнө нь сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
2.Танай гэр бүлээс хэн нэгэн сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
3.Таны хамаатан садны дундаас сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
2. Таны ажил\ сургуулийн хамт олны дунд сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй

Цээжний рентген шинжилгээ

Рентген шинжилгээнд хамрагдсан эсэх	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
Дүгнэлт:	<input type="radio"/> Хэвийн авах <input type="radio"/> Өөрчлөлттэй – цэр авахгүй <input type="radio"/> Өөрчлөлттэй – цэр	
Цэрний сорьц өгсөн эсэх	<input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй	Цэрний түрхцийн шинжилгээний хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй

Оношийн баталгаажилт

1. Сүрьеэ өвчтэй
2. Сүрьеэ өвчингүй
3. Өвчний сэжигтэй

В ВИРУСТ ХЕПАТИТ (15-18 нас хүртэл)

В вирус хепатит халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх 1.Тийм 2.Үгүй 3.Мэдэхгүй	HBsAg хурдавчилсан оношлуурын хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй 4. Сул эерэг	Оношийн баталгаажилт 1. В вирус хепатитийн халдвартай 2. В, Дельта вирус хепатитийн хавсарсан халдвартай 3. В, С вирус хепатитийн хавсарсан халдвартай 4. В вирус хепатитийн халдваргүй 5. Өвчний сэжигтэй
---	---	---

С ВИРУСТ ХЕПАТИТ (15-18 нас хүртэл)

Хепатит С вирусийн халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх 1.Тийм 2.Үгүй 3.Мэдэхгүй	antiHCV хурдавчилсан оношлуурын хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй 4. Сул эерэг	Оношийн баталгаажилт 1. Хепатит С- вирусийн халдвартай 2. Хепатит С- вирусийн халдваргүй 3. Өвчний сэжигтэй
--	---	--

БЗДХ – ТЭМБҮҮ (15-18 нас хүртэл)

Тэмбүү өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх 1.Тийм 2.Үгүй 3.Мэдэхгүй	Тэмбүү хурдавчилсан оношлуурын хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт 1. Тэмбүү өвчнөөр ШИНЭЭР өвдсөн өвчтөн 2. Тэмбүү өвчингүй 3. Тэмбүү өвчнөөр өмнө нь өвчилж байсан 4. Өвчний сэжигтэй
---	--	---

V. ЭМЧИЙН ЕРӨНХИЙ ДҮГНЭЛТ

Доорх сонголтуудаас тус өвчтөнд тохирох мэдээллийг сонгож, шаардлагатай хэсэгт эмчийн дүгнэлтийг бичнэ.

№	Эмчийн дүгнэлт	Шинэ	Хуучин	Авсан арга хэмжээ					
				Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх	Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах	Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах	Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах	Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах	Бусад
1	Эрүүл								
2	1. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	2. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	3. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	4. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	5. Өвчний онош: ICD10 код _____								

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____

_____/гарын үсэг/

НАСАНД ХҮРЭГЧДИЙН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ (18 ба түүнээс дээш нас)

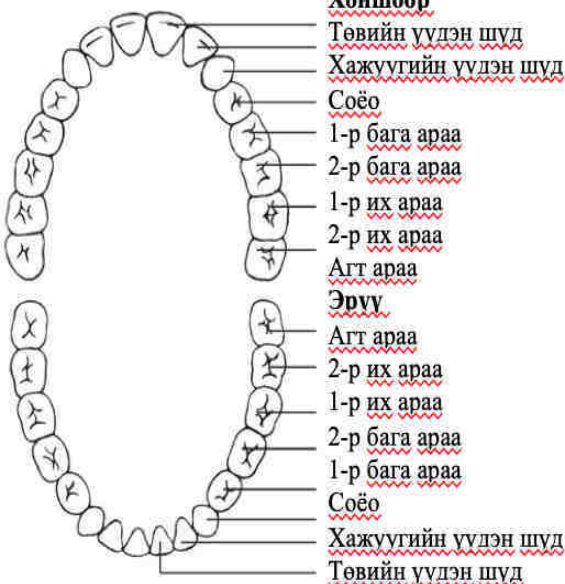
Үзлэг хийсэн он... сар... өдөр

3. ХҮН АМ ЗҮЙН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	<input type="text"/>	
		Ургийн овог:		
Эцэг, эхийн нэр:		Өөрийн нэр:		
Төрсөн он / сар / өдөр		Оршин суугаа хаяг:	Харъяалал:	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Харъяалалтай байнгын оршин суугч	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Харъяалалгүй байнгын оршин суугч	
Нас []	Хүйс:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Харъяалалтай түр оршин суугч	
	<input type="checkbox"/> Эр	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Харъяалалгүй түр оршин суугч	
	<input type="checkbox"/> Эм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Бүртгэлгүй иргэн	
		Утасны дугаар: _____		
Боловсрол:	Гэрлэлтийн байдал:	Хөдөлмөр эрхлэлт:	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан:	
<input type="checkbox"/> Боловсролгүй	<input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй	1. Цалин хөлстэй ажиллагч	1. Сургуульд сурдаг	
<input type="checkbox"/> Бага	<input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй	2. Ажил олгогч	2. Тэтгэвэрт	
<input type="checkbox"/> Суурь	<input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3. Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч	3. Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй	
<input type="checkbox"/> Бүрэн дунд	<input type="checkbox"/> Тусгаарласан	4. Нөхөрлөл хоршооны гишүүн	4. Гэрийн ажилтай	
<input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн	<input type="checkbox"/> Цуцалсан	5. Мал аж ахуй эрхлэгч	5. Тохирох ажил олдохгүй	
<input type="checkbox"/> Дипломын боловсрол	<input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	6. Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин хөлсгүй ажиллагч гишүүн	6. Ажил хайж байгаа	
<input type="checkbox"/> Бакалавр		Бусад /бичнэ/	7. Ажиллах сонирхолгүй	
<input type="checkbox"/> Магистр			8. Бусад /бичнэ/	
<input type="checkbox"/> Доктор				
Ажил, мэргэжил.....		Ажилладаг салбар, чиглэл.....		
Орон сууцны байдал:				
<input type="checkbox"/> Гэр, сууц		<input type="checkbox"/> Орон сууцны байшин		<input type="checkbox"/> Бие даасан тохилог сууц
<input type="checkbox"/> Оюутан сурагчдын нийтийн байр		<input type="checkbox"/> Бие даасан тохилог сууц		<input type="checkbox"/> Сууцны тусдаа байшин
<input type="checkbox"/> Нийтийн зориулалтын бусад байр		<input type="checkbox"/> Ажиллагчдын нийтийн байр		<input type="checkbox"/> Бусад
<input type="checkbox"/> Нийтийн зориулалтын бусад байр		<input type="checkbox"/> Зориулалтын бус сууц		<input type="checkbox"/> Бусад

II. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Өндөр см /10-тын орны бутархай оруулах/ Жин кг /10-тын орны бутархай оруулах/ Бүсэлхийн тойргийн (БТ) хэмжээ см /10-тын орны бутархай оруулах/	Биеийн жингийн индекс: (БЖИ=Жин(кг)/Өндөр ² (см)) 1.Туранхай (<18.5) 2.Хэвийн жинтэй (18.5-24.9) 3.Илүүдэл жинтэй (25.0-29.9) 4.Таргалалт I (30.0-34.9) 5.Таргалалт II (35.0-39.9) 6.Таргалалт III (≥40.0)	Тамхи татдаг эсэх: 1. Тийм Тамхи татаж эхэлсэн нас 2. Үгүй Өдөр бүр тамхи татдаг эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Хааяа
Та сүүлийн 30 хоногт архи, согтууруулах ундаа хэрэглэсэн үү? 1. Тийм 2. Үгүй	Долоо хоногийн хэдэн өдөрт шинэ жимс, ногоо хэрэглэдэг вэ? 1. 7 хоногийн 1-2 өдөрт 2. 7 хоногийн 3-4 өдөрт 3. 7 хоногийн 5-6 өдөрт 4. Өдөр бүр 5. Хэрэглэдэггүй	7 хоногийн 5-аас доошгүй өдөр 30 минутаас багагүй хугацаанд идэвхтэй хөдөлгөөн хийдэг эсэх? 1. Тийм 2. Үгүй 3. Хааяа

Жирэмсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй <input type="checkbox"/> Хариулахаас татгалзсан		
Амны хөндий: Одоо байгаа шүдний тоо _____ <input type="checkbox"/> Эрүүл <input type="checkbox"/> Эрүүл бус		
<input type="checkbox"/> Буйлны үрэвсэл (шүдээ угаахад цус гардаг эсэх) <input type="checkbox"/> Амны салстад шарх үүсдэг <input type="checkbox"/> Авагддаг шүдэлбэр зүүдэг (хиймэл шүд: хуванцар, уян хуванцар) <input type="checkbox"/> Шүдэлбэрийн таарамж сайн, дунд, муу (доогуур нь зурж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Авагддаггүй шүдэлбэр (гүүрэлсэн шүдэлбэр, бүрээс, шаазан бүрээс, имплант гэх мэт) доогуур нь зурж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Бусад		
	ЦЛАШүдний үзүүлэлт: <input type="checkbox"/> Цоорсон <input type="checkbox"/> Ломбодсон <input type="checkbox"/> Авагдсан Шүдний цоорлын олон улсын үзүүлэлт (ICDAS II-харж оношлох систем): 0 – Эрүүл 1 – Паалангийн толбо 2 – Паалангийн гүн толбо 3 – Паалан хэсэгчлэн эмтэрсэн 4 – Тугалмай түвшинд цоорсон 5 – Тугалмайн гүнд цоорсон 6 -Тугалмай ил гарч гүн цоорсон <input type="checkbox"/> Эмчилгээ шаардлагатай шүдний тоо _____	Тайлбар: 1. ЦЛАШ (цоорсон, ломбодсон, авагдсан тэмдэглэгээг Ц, Л, А үсгээр шүд тус бүрт тэмдэглэнэ) 2. Дээрх үзүүлэлтийн хажууд цоорлын түвшинг харж тодорхойлж бичнэ. Жиш: Ц1, Ц6, Ц4 гэх мэт. 3. Эмчилгээ шаардлагатай шүд хэсэгт цоорсон бүх шүдний тоог бичиж тэмдэглэнэ. 4. Шүдэлбэрийг тухайн зурган дээр тоймлон зурж тэмдэглэнэ. Жиш: хиймэл шүд бүхий хэсгийн дугуйлан тэмдэглэнэ

III. ХАЛДВАРТ БУС ӨВЧНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

АРТЕРИЙН ГИПЕРТЕНЗИ (18 ба түүнээс дээш)		
Та сүүлийн 1 жилийн хугацаанд цусны даралтаа хэмжүүлсэн үү? 1. Тийм 2. Үгүй	Цусны даралт хэмжилтийн үр дүн: 1. Хэвийн (СД<120; ДД<80) 2. Ихэссэн 120-129/80 3. 1-р зэрэг 130-139/80-89 4. 2-р зэрэг >140/>90	Артерийн гипертензи онош батлагдсан эсэх: 1. Артерийн гипертензитэй 2. Артерийн гипертензигүй 3. Артерийн гипертензитэй байх сэжигтэй
ЧИХРИЙН ШИЖИН (40 ба түүнээс дээш)		
Цусан дахь сахарын хэмжээ ихэссэн эсвэл чихрийн шижин өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Цусан дахь сахарын хэмжээг хурдавчилсан оношлуураар хэмжсэн үр дүн: 1. Өлөн үеийн – Хэвийн (<5.6 ммоль/л) 2. Өлөн үеийн – Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчтэй байж болзошгүй (≥5.6 ммоль/л) 3. Өлөн биш үеийн – Хэвийн (<7.8 ммоль/л) 4. Өлөн биш үеийн – Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчтэй байж болзошгүй (≥7.8 ммоль/л)	Чихрийн шижин хэв шинж 2 онош батлагдсан эсэх: 1. Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчтэй 2. Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчингүй 3. Чихрийн шижин хэв шинж 2 байх сэжигтэй
ЦУСАН ДАХЬ ХОЛЕСТЕРИНЫ ТҮВШИН (40 ба түүнээс дээш)		
Цусан дахь холестерин хэмжээ ихэссэн гэж оношлогдсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Цусан дахь холестерин хэмжээ: 1. Хэвийн (<5.0 ммоль/л; <190мг/дл) 2. Хэвийн бус (≥5.0 ммоль/л (≥190мг/дл))	Цусан дахь холестерин түвшин ихэссэн нь баталгаажсан эсэх: 1. Цусан дахь холестерин түвшин их 2. Цусан дахь холестерин түвшин их биш 3. Цусан дахь холестерин түвшин их байж болзошгүй

ХӨХНИЙ ХАВДАР (30-60 нас)		
Хөхөө өөрөө шалгадаг эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй	Үзлэгийн үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Хөхний хавдартай 2. Хөхний хавдаргүй 3. Хөхний хавдартай байх сэжигтэй
УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ХАВДАР (30-60 нас)		
Умайн хүзүүний хавдрын шинжилгээнд хамрагдаж байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Үзлэгийн үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Умайн хүзүүний хавдартай 2. Умайн хүзүүний хавдаргүй 3. Умайн хүзүүний хавдартай байх сэжигтэй
ТҮРҮҮ БУЛЧИРХАЙН ХАВДАР (50 ба түүнээс дээш)		
Түрүү булчирхайн хавдрын шинжилгээнд хамрагдаж байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Үзлэгийн үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1.Түрүү булчирхайн хавдартай 2.Түрүү булчирхайн хавдаргүй 3.Түрүү булчирхайн хавдартай байх сэжигтэй
ЗҮРХНИЙ ЦАХИЛГААН БИЧЛЭГ (ЗЦБ) (40 ба түүнээс дээш)		
Мобайл ЗЦБ-ийн үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 2.1 Хэм алдалт 2.2 Ишемийн өөрчлөлт 2.3 Бусад 3. Эргэлзээтэй	Суурин ЗЦБ-ийн үр дүн: (Сум, өрхийн ЭМТ дээрх) 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 2.1 Хэм алдалт /тахикарди, брадикарди, хориг/ 2.2 Ишемийн өөрчлөлт /цус хомсрол, инфаркт/ 2.3 Ховдлын томрол 2.4 Тосгуурын томрол 2.5 Бусад	Оношийн баталгаажилт: 1. Өвчтэй (Өвчний ОУ-ын ангиллаар) 2. Эрүүл 3. Өвчний сэжигтэй
ХЭТ АВИАН (ЭХО) ОНОШИЛГОО (40 ба түүнээс дээш)		
Мобайл ЭХО – ны үр дүн: 4. Хэвийн 2. Хэвийн бус буюу өөрчлөлт илэрсэн эрхтэн (олон хувилбарт сонголттой) 2.1 Элэг 2.2 Цөс 2.3 Нойр булчирхай 2.4 Дэлүү 2.5 Бөөр (баруун) 2.6 Бөөр (зүүн) 2.7 Түрүү булчирхай 2.8 Хэвлий дэх шингэн 2.9 Бусад	Суурин ЭХО – ны үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус буюу өөрчлөлт илэрсэн эрхтэн (олон хувилбарт сонголттой) 2.1 Элэг 2.2 Цөс 2.3 Нойр булчирхай 2.4 Дэлүү 2.5 Бөөр (баруун) 2.6 Бөөр (зүүн) 2.7 Түрүү булчирхай 2.8 Хэвлий дэх шингэн 2.9 Бусад	Оношийн баталгаажилт: 1. Өвчтэй (Өвчний ОУ-ын ангиллаар) 2. Эрүүл 3. Өвчний сэжигтэй
Дээрх шалтгаануудаас бусад өвчлөл илэрсэн эсэх? 1. Тийм 2. Үгүй (Тийм бол бичих)		

IV. ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

СҮРЬЕЭ (18 ба түүнээс дээш)		
Сүрьеэгийн шинж тэмдэг ба зовиур		
Танд дараах зовиур \шинж тэмдэг илэрч байна уу?		
1.Ханиалгах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
2.Халуурах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
3.Цустай цэр гарах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
4.Шөнө хөлрөх	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
5.Шалтгаангүйгээр турах	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй

6.Бусад	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
Сүрьеэгийн тархвар судлал		
1.Та өмнө нь сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
2.Танай гэр бүлээс хэн нэгэн сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
3.Таны хамаатан садны дундаас сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
4. Таны ажил\ сургуулийн хамт олны дунд сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
Цээжний рентген шинжилгээ		
Рентген шинжилгээнд хамрагдсан эсэх:	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
Дүгнэлт:	<input type="radio"/> Хэвийн	<input type="radio"/> Өөрчлөлттэй – цэр авахгүй
Цэрний сорьц өгсөн эсэх:	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
		Цэрний түрхцийн шинжилгээний хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй
Оношийн баталгаажилт: 1. Сүрьеэ өвчтэй 2. Сүрьеэ өвчингүй 3. Өвчний сэжигтэй		
В ВИРУСТ ХЕПАТИТ (18 ба түүнээс дээш)		
В вирус хепатит халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	HBsAg хурдавчилсан оношлуурын хариу: 1. Эерэг (+) 2. Сул эерэг 3. Сөрөг (-) 4. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. В вирус хепатитийн халдвартай 2. В, Дельта вирус хепатитийн хавсарсан халдвартай 3. В, С вирус хепатитийн хавсарсан халдвартай 4. В вирус хепатитийн халдваргүй 5. Өвчний сэжигтэй
С ВИРУСТ ХЕПАТИТ (18 ба түүнээс дээш)		
Хепатит С вирусийн халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх: 1.Тийм 2.Үгүй 3.Мэдэхгүй	antiHCV хурдавчилсан оношлуурын хариу: 1. Эерэг (+) 2. Сул эерэг 3. Сөрөг (-) 4. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Хепатит С- вирусийн халдвартай 2. Хепатит С- вирусийн халдваргүй 3. Өвчний сэжигтэй
ХҮНИЙ ДАРХЛАЛ ХОМСДОЛЫН ВИРУС (ХДХВ)-ИЙН ХАЛДВАР (18 ба түүнээс дээш)		
ХДХВ-ын хурдавчилсан оношлуурын үр дүн: 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй		Оношийн баталгаажилт: 1. ХДХВ-ийн халдвартай 2. ХДХВ-ийн халдваргүй 3. Өвчний сэжигтэй
БЗДХ – ТЭМБҮҮ (18 ба түүнээс дээш)		
Тэмбүү өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Тэмбүү хурдавчилсан оношлуурын хариу: 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Тэмбүү өвчнөөр ШИНЭЭР өвдсөн өвчтөн 2. Тэмбүү өвчнөөр өмнө нь өвчилж байсан 3. Тэмбүү өвчингүй 4. Өвчний сэжигтэй
ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОР (H. PYLORI)-ИЙН ХАЛДВАР (40 ба түүнээс дээш)		
Хеликобактер Пилорийн халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Хеликобактер Пилорийн хурдавчилсан оношлуурын хариу: 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Хеликобактер Пилорийн халдвартай 2. Хеликобактер Пилорийн халдваргүй 3. Өвчний сэжигтэй

V. НАСТАНД ИЛРҮҮЛЭГ ХИЙХ ХУРААНГУЙЛСАН АСУУМЖ

55 ба түүнээс дээш насны эмэгтэйчүүд, 60 ба түүнээс дээш насны эрэгтэйчүүдийг оруулан тооцно.

№	Асуумж	Тэмдэглэл
1	Сонсгол: Бусдын ярьж байгааг сонсоход танд хүндрэл гардаг уу?	Тийм/Үгүй
2	Хараа: Телевиз үзэх, юм унших, өдөр тутмын ажил хийхэд хараа муугаас танд бэрхшээл тохиолддог уу?	Тийм/Үгүй
3	Шээсээ барьж чадахгүй байх: Танд сүүлийн 6 сарын дотор шээсээ барьж чадаагүй тохиолдол гарсан уу?	Тийм/Үгүй
4	Та хир ойрхон өтгөнөө гаргадаг вэ?	Өдөр бүр 7хоногт ...удаа
5	Хоол тэжээл: Сүүлийн 6 сарын дотор 5кг-аас илүү турсан уу?	Тийм/Үгүй
6	Залгих: Танд юм залгихад бэрхшээл гардаг уу?	Тийм/Үгүй
7	Унах: Сүүлийн 3 сарын дотор явганаас унаж ойчсон уу?	Тийм/Үгүй
8	Сэтгэл гутрал: Та ойр ойрхон сэтгэлээр унаж, уйтгарладаг уу?	Тийм/Үгүй
9	Зан байдал (сувилагч, ойр дотныхны ажиглалтаар): тайван бус/ идэвхгүй/ бусад	

2-оос дээш асуултанд "Тийм" гэж хариулсан тохиолдолд настны эрүүл мэндийг хэвийн бус гэж үзнэ.

VI. ЭМЧИЙН ЕРӨНХИЙ ДҮГНЭЛТ

Доорх сонголтуудаас тус өвчтөнд тохирох мэдээллийг сонгож, шаардлагатай хэсэгт эмчийн дүгнэлтийг бичнэ.

№	Эмчийн дүгнэлт	Шинэ	Хуучин	Авсан арга хэмжээ					
				Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх	Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах	Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах	Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах	Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах	Бусад
1	Эрүүл								
2	1. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	2. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	3. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	4. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	5. Өвчний онош: ICD10 код _____								

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____

_____ /гарын үсэг/

ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН ХУУДАС

Өрх, сумын эмч /өрхийн сувилагч/ Бага эмч/ (зур)

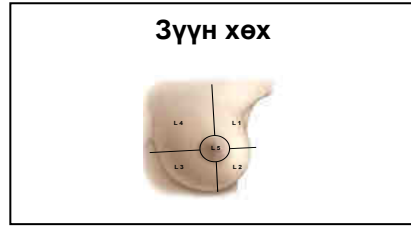
1. Эмнэлгийн нэр, код

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

2.РД

3.Эцэг, эхийн нэр:		4.Өөрийн нэр:	
5.Төрсөн он сар өдөр	7. Гэр бүлийн байдал:	8. Боловсрол:	9. Мэргэжил:
6. Нас [<input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	10.Албан тушаал 11.Ажлын газар
12. Тогтмол хаяг:		13. Асуумжийн хэсэг:	
Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот Утас: _____		Та урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж эмчлүүлж байсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэрэв тийм бол хэдэн онд өвдсөн бэ? 14. Ямар эмчилгээ хийгдсэн бэ? (Олон сонголттой байж болно) <input type="checkbox"/> Мэс засал эмчилгээ <input type="checkbox"/> Туяа эмчилгээ <input type="checkbox"/> Хими эмчилгээ <input type="checkbox"/> Хөнгөвчлөх эмчилгээ <input type="checkbox"/> Эмчилгээ хийгдээгүй	
15.Таны ойрын төрөл садангаас (ээж, эгч, охин дүү) хэн нэгэн нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Хэрэв тийм бол:			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
16.Үзлэгийн хэсэг:			
Үзлэг хийсэн огноо: он сар өдөр			
Үзлэгийн хэлбэрүүдийн аль тохирохыг тэмдэглэнэ үү(Олон хариулт сонгож болно, тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)			
1.Умайн хүзүүний өмөнгийн илрүүлэгтэй зэрэгцэн хийгдэж буй хөхний өмөнгийн илрүүлэг үзлэг			
2.Боломжит илрүүлгийн бусад хэлбэр: Хөхний өмөнгөөр өвдөх өндөр эрсдэлтэй бүлгийн илрүүлэг			
2а.Урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан			
2б.Ойрын садан төрөл нь өвдөж байсан удамшилын өгүүлэлтэй			
2в.Бусад			
3.Илрүүлэг үзлэг бус, эмнэлзүйн шалтгаанаар үзүүлэхээр ирсэн			
3а.Хөхөө өөрөө тэмтрэх аргаар үзэхэд бэрсүү илэрсэн			
3б.Бусад			
17.Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хөхний эмнэлзүйн аргаар үйлчлүүлэгчийн хөхийг үзэхэд өөрчлөлт илэрсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			

Хэрэв Тийм бол, эмгэг өөрчлөлт илэрсэн хэсгийг зураг дээрх тэмдэглэгээнээс харж, хүснэгтэд тэмдэглэнэ үү. (Тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)



Шинж тэмдэг	Зураг дээрх байршлын дугаар									
	Баруун хөх					Зүүн хөх				
	R1	R2	R3	R4	R5	L1	L2	L3	L4	L5
Нүдээр харах, тэмтрэхэд хэвийн байх										
Хөхөнд бэрсүүтэй, хэмжээ (мм)										
Арьс татагдах										
Цээжний хана руу тархаж, наалдацтай болох										
Жүржийн хальсны шинж тэмдэг (шархлах)										
Хөхний толгой татагдах										
Хөхний толгойноос шүүрэл гарах										
18.Тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ /хөдөлгөөнтэй/ <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ /орчны эдтэйгээ наалдацтай/ <input type="checkbox"/> үнэлэх боломжгүй										
19.Тунгалгийн булчирхай тэмтрэгдэж байгаа бол байрлалыг тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү.										
Байршлын дугаар										
R – Баруун тал				L – Зүүн тал						
Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний			
R6	R7	R8	R9	L6	L7	L8	L9			

20. Үзлэг хийсэн эмч/сувилагчийн, дугаар _____ /

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

Заавар: Тодруулсан асуултууд (асуулт 15-17) Эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулах асуултууд байх болно. Бусад задгай хариулт бүхий асуултуудыг эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулахгүй.

ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН ХУУДАС

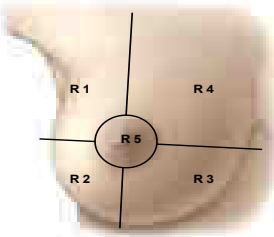
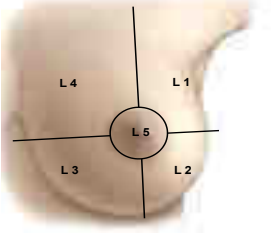
Мэс заслын эмч, хавдрын эмч

1. Эмнэлэгийн нэр, код

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

2.РД

--

3.Эцэг, эхийн нэр:		4.Өөрийн нэр:	
5. Төрсөн он сар өдөр	8. Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	9 Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот	
6. Нас [] 7.Гэр бүлийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн			
10. Мэргэжил:	11.Албан тушаал	12 .Ажлын газар	
Үзлэгийн хэсэг Үзлэг хийсэн огноо: он сар өдөр			
Өрх, сум тосгоны ЭМТ-д илрүүлэг үзлэгт хамрагдсан уу: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй 13 Үзлэгийн хэлбэрүүдийн аль тохирохыг √ тэмдэглэнэ үү.			
1.Умайн хүзүүний өмөнгийн илрүүлэгтэй зэрэгцэн хийгдэж буй хөхний өмөнгийн илрүүлэг үзлэг			
2.Боломжит илрүүлгийн бусад хэлбэр: Хөхний өмөнгөөр өвдөх өндөр эрсдэлтэй бүлгийн илрүүлэг			
2а.Урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан			
2б.Ойрын садан төрөл нь өвдөж байсан удамшилын өгүүлэлтэй			
2в.Бусад			
3.Илрүүлэг үзлэг бус, эмнэлзүйн шалтгаанаар үзүүлэхээр ирсэн			
3а.Хөхөө өөрөө тэмтрэх аргаар үзэхэд бэрсүү илэрсэн			
3б.Бусад			
Үзлэгээр илэрсэн эмгэг өөрчлөлт зураг Баруун хөх		Зүүн өх	
			
14.Хэрэв тийм бол, эмгэг өөрчлөлт илэрсэн хэсгийг зураг дээрх тэмдэглэгээнээс харж, хүснэгтийн нүдэнд √тэмдэглэнэ үү			

Байршлын дугаарыг зургаас харна уу	Нүдээр харах тэмтрэхэд хэвийн байна уу	Бэрсүү байна уу		Бэлэгдсэн /хөдөлгөөн/ байдал		Жүржийн хальсны шинж /арьсны шархлаа/ зангилаа	Хөхний толгой цааш татагдсан	Хөхний толгойноос шүүрэл гарах	
		Тийм/ Үгүй	Тийм/ Үгүй	Хэмжээ /mm/	Арьс				Цээжний хана
					Тийм/ Үгүй				Тийм/ Үгүй
Баруун	R1								
	R2								
	R3								
	R4								
	R5								
Зүүн	L1								
	L2								
	L3								
	L4								
	L5								
15.Тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> үнэлэх боломжгүй									
16.Хэрэв тэмтрэгдэж байвал: дараах хэсэгт тэмдэглэнэ үү,									
Байршлын дугаар									
R – Баруун тал					L – Зүүн тал				
Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний		Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	
R6	R7	R8	R9		L6	L7	L8	L9	

17.Хийгдсэн мэс ажилбар (Тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)

Хийгдсэн үйлдэл	Зургийг ашиглан байрлалыг тодорхойлох																	
	Баруун хөх					Зүүн хөх					Тунгалагийн булчирхай -баруун талд				Тунгалагийн булчирхай - зүүн талд			
	R1	R2	R3	R4	R5	L1	L2	L3	L4	L5	R6	R7	R8	R9	L6	L7	L8	L9
Хатгалт хийж эсийн шинжилгээ авсан																		
Хатгалт хийж эдийн шинжилгээ авсан																		
Зүсэлт хийж эдийн шинжилгээ авсан																		
Мэс заслын аргаар эдийн шинжилгээ авсан																		

Маммографи шинжилгээний маягт

Мэс заслын эмч/ Рентген оношлогооны эмч

1. Эмнэлэгийн нэр, код			2.РД												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															
3.Эцэг, эхийн нэр:			4.Өөрийн нэр:												
5.Төрсөн он сар өдөр		8. Боловсрол:		9. Тогтмол хаяг:											
6. Нас []		<input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот											
7.Гэр бүлийн байдал:															
<input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн															
10. Мэргэжил:		11.Албан тушаал	12 .Ажлын газар												
13.Шинжилгээ хийсэн огноо: он сар өдөр															
14.Шинжилгээний дүгнэлт (Тохирох өөрчлөлтийн нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү, олон хариулттай байж болно)															
Хэвийн															
Фиброз - уйланхай															
Хөхний толгой татагдсан															
Арьсанд наалдаж, хөдөлгөөнгүй болсон															
Булчирхайн суваг шохойжсон															
Завсрын эд шохойжсон															
Булчирхайн сувгууд олширч, хэлбэр дүрсээ алдсан															
Эмгэг сүүдэр илэрсэн															
Бүтэц:		1 өнгөтэй <input type="checkbox"/>		1 төрлийн бус, жигд бус <input type="checkbox"/>											
Ирмэг хүрээ :		Тод <input type="checkbox"/>		Тод бус <input type="checkbox"/>											
Эрүүл эд хамарсан :		Тийм <input type="checkbox"/>		Үгүй <input type="checkbox"/>											
15. Авсан арга хэмжээ :															
<input type="checkbox"/> Хэвийн бус гэсэн дүгнэлт өгсөн тул үйлчлүүлэгчийг Мэс заслын эмчид эргэн хандахыг зөвлөсөн															
<input type="checkbox"/> Хэвийн гэсэн дүгнэлт өгсөн тул үйлчлүүлэгчид зөвлөгөө өгсөн <input type="checkbox"/>															
16 Шинжилгээний дүгнэлт гаргасан эмчийн нэр, дугаар / _____ /															

Заавар: Энэхүү маягтын **А** (1-12 асуулт) хэсгийг мэс заслын болон хавдрын эмч бөглөн үйлчлүүлэгчийг уг маягтын хамт маммограммын аппарат бүхий дүрс оношлогооны кабинетад илгээнэ. Рентген оношлогооны эмч үргэлжлүүлэн бөглөж, шинжилгээний дүгнэлтийг тэмдэглэн, маягтыг цаасаар аймаг, дүүргийн Хавдар бүртгэгчид илгээнэ.

Энэ маягтын эх хувь нь хадгалах хугацааны туршид Хавдар бүртгэгчид хадгалагдана.

4	Хавтгай хучуур эсийн хөнгөн гэмтэц (LSIL)	
5	Хавтгай хучуур эсийн хүнд гэмтэц (HSIL) (CIN II, CIN III, CIS)	
6	Хавтгай хучуурын Байран өмөн (CIS)	
7	Цөмлөн түрсэн өмөн (SCC)	
8	Хэвшинжгүй булчирхайлаг эсүүд (atypical glandular cell -AGUS)	
9	Булчирхайлаг эсийн байран өмөн (adenocarcinoma in situ)	
10	Булчирхайлаг өмөн (adenocarcinoma)	
11	Бусад хорт хавдар	

30. Хүний папиллом вирусийн илрүүлэх шинжилгээний хариу эерэг сөрөг

31. Нэмэлт тэмдэглэл:

32. Эс судлаач эмчийн нэр,

_____ /

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

33. Эсийн шинжилгээний хариу гарсан огноо: (0000/CC/ӨӨ]

34. Эсийн шинжилгээний хариуг хүлээлгэн өгсөн огноо:

(0000/CC/ӨӨ]

Заавар: Энэхүү маягтын (1-22 дүгээр асуулт) хэсгийг өрх, сумын эмч хөтлөнө.

Эс судлаач эмч 23 дугаар асуулт хэсгээс эсийн шинжилгээний дүгнэлтийг бичиж, тухайн өдөртөө багтаан эргэн дуудах тогтолцооны програмд шивж оруулна. Бүртгэлийн маягтуудыг цуглуулан долоо хоногт нэг удаа аймаг, дүүргийн статистикч (ХБА) эмчид цаасаар илгээнэ.

Үзлэг хийсэн огноо: _____ он ____ сар__ өдөр			
22. Гадна бэлэг эрхтний хөгжил:		23. Умайн хүзүүний харагдах байдал:	
<input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Дутуу <input type="checkbox"/> Эмгэгтэй <input type="checkbox"/> Уужим <input type="checkbox"/> Бачуу		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Умайн хүзүүний уулзвар хэсэг бүтэн харагдана <input type="checkbox"/> Уулзвар хэсэг харагдахгүй <input type="checkbox"/> Үрэвсэлтэй <input type="checkbox"/> Шархалсан	
		<input type="checkbox"/> Ур ургацаг харагдана цагийн байрлалд ... хэмжээтэй <input type="checkbox"/> Цайвар тов харагдана ...цагийн байрлалд ... хэмжээтэй <input type="checkbox"/> Хавдрын сэжигтэй ... цагийн байрлалд ... хэмжээтэй	
24. Үтрээний дурангийн шинжилгээ хийсэн үү? <input type="checkbox"/> Хийсэн <input type="checkbox"/> Хийгээгүй			
25. Хэрэв хийсэн бол үтрээн дурангийн шинжилгээ хийх талаар үйлчлүүлэгчид таниулж зөвшөөрөл авсан эмчийн нэр, гарын үсэг /...../			
26. Үтрээн дурангийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../			
27. Үтрээн дурангийн шинжилгээний дүгнэлтийн хэсэг			
Шинжилгээ <input type="checkbox"/> Хангалттай <input type="checkbox"/> Хангалтгүй			
Шилжилтийн бүс <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 1 <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 2 <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 3			
Умайн хүзүүний өөрчлөлт:		Үтрээний өөрчлөлт:	
<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хавдар сэжиглэх <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлтүүд		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хавдар сэжиглэх <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлтүүд	
Эдийн шинжилгээ авах талбай сонгох боломжтой эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
Кольпоскоп шинжилгээний урьдчилсан онош :			
ӨОУА-10			
28. Эдийн шинжилгээ авсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
29. Хэрэв тийм бол умайн хүзүүний эдийн шинжилгээ хийх талаар үйлчлүүлэгчид таниулж зөвшөөрөл авсан эмчийн нэр, гарын үсэг /...../			
30. Умайн хүзүүний эдийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../			
31. Эдийн шинжилгээнд сорьц илгээсэн огноо:			
32. Эдийн шинжилгээний дүгнэлт:			
Эдийн шинжилгээний дүгнэлт илгээсэн лабораторын нэр, дугаар:			
Эдийн шинжилгээний хариу хүлээн авсан огноо: _____ он ____ сар__ өдөр			
Эдийн шинжилгээний хариу:			
33. (Тохирох хариултын нүдэнд $\sqrt{\quad}$ тэмдэглэнэ үү)			
Д/Д	ДЭМБ-ын ангилал		
1	Онош тогтоох боломжгүй	6	CIS /Байран өмөн /
2	Хэвийн	7	SCC /Цөмлөн түрсэн өмөн/
3	CIN 1	8	Аденокарцинома
4	CIN 2	9	Бусад
5	CIN 3		

34. Эмэгтэйчүүдийн эмчийн дүгнэлт хэсэг

Төгсгөлийн онош: Хэвийн Үрэвсэлтэй CIN1 CIN2-CIN3 Байран өмөн
 Цөмлөн түрсэн өмөн (SCC)

_____ ӨОУА – 10

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

Арга хэмжээ авч эхэлсэн огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр

35. Авсан арга хэмжээ:

Давтан шинжилгээ хийх Дараагийн илрүүлэг үзлэгт хамрагдахыг зөвлөсөн
 Шаардлагатай эмийн эмчилгээг зөвлөсөн LEEP Конизаци ХСҮТ-д эмчилгээ
хийлгэхийг зөвлөсөн Давтан хамрагдалт

36. Зөвлөмж, тэмдэглэгээ

_____ /

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

Заавар: Энэхүү маягыг үзлэг хийсэн тухайн өдөрт нь Эргэн дуудах тогтолцооны програмд шивж оруулна. Давтан авсан эсийн болон эдийн шинжилгээний хариу гарсны дараа дүгнэлтээ гаргаж, үлдсэн асуултуудыг бүрэн бөглөсний дараа маягыг програмд оруулан, цаасаар аймаг, дүүргийн статистикч (ХБА) эмчид илгээнэ..

Жич: Үйлчлүүлэгч өрх, сумын эрүүл мэндийн төвдөө үзүүлээгүй шууд эмэгтэйчүүдийн кабинетаар үйлчлүүлж, зөвхөн эсийн шинжилгээ авсан тохиолдолд ЭИМ-3- г хөтөлнө.

-Түүнчэн төрөлжсөн мэргэжлийн төв, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдэд эрт илрүүлэг үзлэг хийсэн хийсэн тохиолдолд эх барих эмэгтэйчүүдийн эмчийн хөтлөх маягыг хөтөлж, Эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулан мэдээллийн сан үүсгэж , журмйн дагуу мэдээлнэ. Энэхү маягтын дагуу Эрт илрүүлэг эргэн дуудах тогтолцооны програм ажиллах бөгөөд тухай бүрд хөгжүүлэлт хийх болон заавар зөвлөмж өгөх ажлыг ХСҮТ-ийн Хавдрын бүртгэл тандалт эрт илрүүлгийн алба хариуцна.

ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

1 дүгээр хэсэг												
Эцэг/эхийн нэр		Өөрийн нэр		Нас								
Регистрийн дугаар		Боловсролын байдал:		Хүйс								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь боловсрол 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор		Утасны дугаар.
Ажлын хаяг:												
Оршин суугаа хаяг												
Аймаг / Хот: _____ Сум / Дүүрэг: _____												
Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____												
Газар / Гудамж / Байр: _____ Тоот: _____												
Хөдөлмөр эрхлэлт		Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо		Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх								
				Өвчтөн нас барсан эсэх								
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал		_____ /он/ _____ /сар/ _____ /өдөр/ _____ /цаг мин/		<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____								
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан				<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____								
Эмнэлзүйн мэдээлэл (хамшинж тэмдгийг бичнэ)												
Хамшинж:		Эмнэл зүйн шинж тэмдгийг онцлон бичнэ үү.		Илэрсэн огноо:								
Тархвар судлалын холбогдол												
Халдварын эх уурхай		Дамжих зам		Халдварт өртсөн байж болзошгүй огноо:								
<input type="checkbox"/> Хүн <input type="checkbox"/> Мал (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Амьтан (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Тогтоогдоогүй		<input type="checkbox"/> Ахуйн: <input type="checkbox"/> Шууд хавьтал /ам мөр <input type="checkbox"/> Ус <input type="checkbox"/> Хүнс <input type="checkbox"/> Хөрс <input type="checkbox"/> Бусад: _____ <input type="checkbox"/> Агаар / дусал <input type="checkbox"/> Дам халдвар <input type="checkbox"/> Цусаар <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Эмнэлэгт хандахаас өмнөх эмчилгээ												
Хэрэглэсэн эмийн нэр	Хэдэн ширхэг, хэдэн удаа	Эмчилгээ эхэлсэн хугацаа	Үргэлжилсэн хугацаа	Сорьц авахаас өмнө хэрэглэсэн эмийн нэр, тун, хэмжээ								
Урьдчилсан онош (ОУӨА-10)												
Мэдээлсэн байгууллага												
Мэдээлсэн байгууллага	Мэдээлсэн эмч / мэргэжилтэн / албан тушаалтны нэр		Мэдээлсэн хэлбэр	Мэдээлсэн хугацаа								
			<input type="checkbox"/> Утсаар <input type="checkbox"/> Цахимаар <input type="checkbox"/> Цаасаар									
2 дугаар хэсэг												
Лабораторийн шинжилгээ												
Сорьцын нэр	Сорьц авсан огноо	Шинжилгээний төрөл	Шинжилгээний дүн	Лабораторийн нэр								
Батлагдсан онош (ОУӨА-10)		<input type="checkbox"/> Эмнэлзүйгээр <input type="checkbox"/> Лаборатороор	<input type="checkbox"/> Тархвар холбогдлоор									
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой халдвар		<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй									
Онош батлагдсан огноо:												

ВИРУСТ ХЕПАТИТИЙН СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Вируст хепатитийн сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

Мэдээлсэн огноо: _____

1.Эцэг/эхийн нэр	2.Өөрийн нэр	3.Нас	4.Хүйс	5.Утасны дугаар	6.Ам бүл		
7. Регистрийн дугаар		8.Оршин суугаа хаяг Аймаг / Хот: _____ Сум / Дүүрэг: _____ Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____ Газар / Гудамж / Байр: _____ Тоот: _____			9. Ажлын газар:		
10. Албан тушаал: Хөдөлмөр эрхлэлт: <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан		11.Хэрвээ хүүхэд бол <input type="checkbox"/> Сургууль <input type="checkbox"/> Цэцэрлэг <input type="checkbox"/> Гэртээ <input type="checkbox"/> Дотуур байр <input type="checkbox"/> Хүүхэд асрах төв <input type="checkbox"/> Бусад _____			12.Боловсрол <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		
13.Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо _____/он/ _____/сар/ _____/өдөр/ _____/цаг мин/	14.Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____	15.Цочмог эхэлсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	16. Арьс салст шарласан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	17.Эмнэлзүйн шинж тэмдэг эхэлсэн _____/он/ _____/сар/ _____/өдөр/ _____/цаг мин	18.Шинжилгээ авсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____	19.Өвчтөн нас барсан эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____	20.Вируст хепатитийн эсрэг дархлаажуулалт <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй А хепатитийн вакцин <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй В хепатитийн вакцин <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
21.Өмнө нь архаг хепатитийн халдвартай		22.Халдварын эх уурхай		23.Лабораторийн шинжилгээ хийсэн: тийм-1 үгүй-2 Аланинаминотрансфераз (АЛАТ)-ын түвшин: ОУН..... Аспаргиннаминотрансфераз (АСАТ)-ын түвшин: ОУН.....			
Архаг В вирусийн халдвар	1	Өвчтөн	1	Anti-HAV IgM	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HBs	<input type="checkbox"/> эерэг
Архаг С вирусийн халдвар	2	Вирус тээгч	2	Anti-HAV IgG	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HDV	<input type="checkbox"/> эерэг
Архаг В, D вирусийн халдвар	3	Тодорхойгүй	3	HBsAg	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HDV IgM	<input type="checkbox"/> эерэг
				Anti-HBcIgM	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HCV	<input type="checkbox"/> эерэг
				HBeAg	<input type="checkbox"/> эерэг	HCV RNA	
				Anti-HBc	<input type="checkbox"/> эерэг	HCV genotype	<input type="checkbox"/> эерэг
				HBV DNA	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HEV IgM	<input type="checkbox"/> эерэг
Anti-HBe	<input type="checkbox"/> эерэг	Anti-HGV IgM	<input type="checkbox"/> эерэг				
24. Эрсдэлт хүчин зүйл							
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой	Эмнэлэгт хэвтэж байсан	1	Бусад эрсдэлт хүчин зүйл	Баталгаагүй эх үүсвэрээс ундны ус уусан	11		
	Мэс ажилбар хийлгэсэн	2		Баталгаагүй хүнсний бүтээгдэхүүн хэрэглэсэн	12		
	Цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлсэн	3		Өвчлөл гарсан хүүхдийн байгууллагын хүүхэд эсвэл ажилтан	13		
	Шүд эмчлүүлсэн	4		Вируст хепатитийн өвчлөл өндөртэй газар очсон	14		
	Үр хөндөлт хийлгэсэн	5		Гэр бүлд вирусийн халдвартай хүн байгаа	15		
	Уламжлалт эмчилгээ хийлгэсэн	6		Шүдний сойз, сахлын хутга, хумсны хутга гэх мэт хувийн ариун цэврийн хэрэглэлийг дамжуулан хэрэглэдэг	16		
	Арьс цоолох, гоо сайхны эмчилгээ үйлчилгээ хийлгэсэн	7		Эрчүүдтэй бэлгийн хавьталд ордог эрчүүд	17		
	Гемодиализ эмчилгээ хийлгэдэг	8		Бэлгийн олон хавьтагчтай	18		
Ажил мэргэжилтэй холбоотой	Эмнэлгийн ажилтан тусламж үйлчилгээ хийж байх үедээ өвчтөний цусанд хүрсэн	9		Мансууруулах бодис хэрэглэдэг, бэлгийн харьцаанд орсон	19		
	Хүний цустай харьцдаг эм, биобэлдмэлийн үйлдвэр, цусны төвд ажилладаг	10		Бэртэл гэмтэл	20		
			Гэрээр тариа хийлгэсэн	21			
			Бусад	22			
Батлагдсан онош (ОУӨА-10) <input type="checkbox"/> Эмнэлзүйгээр <input type="checkbox"/> Тархвар судлалын асуумж <input type="checkbox"/> Лабораториор							
Онош батлагдсан огноо: _____							

Эмнэлгийн нэр

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

БЗДХ-ЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ 2. Нэр: _____ 3. РД: _____

4. Нас: _____ 5. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй 6. Жирэмсэн эсэх: _____ тийм _____ үгүй

7. Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

9. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

10. Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

13. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1
	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3
	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

8. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дипломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
	Доктор	9

11. Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир амбулаторт	2
	Хяналт	3
	Тандалт /хавьтлаар/	4
	Дуудлага	5

12. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1
	Гомосекс	2
	Бисекс	3
	Трансжендер	4
	Тодорхой бус	5

15. Үндсэн онош:	1		2		3		4		5		6	
------------------	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

16. Халдвар дамжсан зам

Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1А
	Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1В
	Мэс ажилбар	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүн	МБСТХ	3
	Бохир зүү тариур	4
	Цус сэлбүүлсэн	5
Эхээс хүүхдэд халдварласан		6
Тодорхой бус		7

17. Онош баталгаажилт

Хурдавчилсан сорил	1	Полимеразын гинжин урвал /PCR/	7
RPR	2	Нойтон түрхэц	8
ТРНА	3	Наац	9
ФХЭБУ/ ELISA/	4	Өсгөвөр	10
FTA-abs	5	Эмнэл зүй	11
Бараан талбайд шууд харах	6	Бусад	12

Эмчид үзүүлсэн: он _____ сар _____ өдөр _____

Мэдээлсэн их эмч:

/албан тушаал/

/гарын үсэг/

/нэр/

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____ Мэдээлсэн огноо: ____/____/____

Тохiolдлын тодорхойлолт: <input type="checkbox"/> Шинэ <input type="checkbox"/> Дахилт <input type="checkbox"/> Эмчилгээ үр дүнгүй болсны дараах <input type="checkbox"/> Хяналт алдагдсаны дараах <input type="checkbox"/> Эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй		Тохiolдлын илрүүлсэн арга: <input type="checkbox"/> Өвчний учир амбулаториор /идэвхигүй/ <input type="checkbox"/> Идэвхитэй илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Хавьтлын илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр <input type="checkbox"/> Бусад /задлан шинжилгээ-нас барсан Огноо: ____/____/____																			
Эцэг, эхийн нэр: _____	Өөрийн нэр: _____	Регистрийн дугаар: _____	Нас _____ Хүйс _____																		
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Хаяг: _____ тоот _____		Огноо: Өвчин эхэлсэн: ____/____/____ Эмчид үзүүлсэн: ____/____/____ Оношлогдсон: ____/____/____ Бүртгэлд авсан: ____/____/____ Эмчилгээ эхэлсэн: ____/____/____																			
Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал: 1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> 2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: _____		Боловсролын ангилал: <table border="1"> <tr><td>Боловсролгүй</td><td>01</td></tr> <tr><td>Бага</td><td>02</td></tr> <tr><td>Суурь боловсрол</td><td>03</td></tr> <tr><td>Бүрэн дунд</td><td>04</td></tr> <tr><td>Мэргэжлийн болон техникийн</td><td>05</td></tr> <tr><td>Дидломын</td><td>06</td></tr> <tr><td>Бакалавр</td><td>07</td></tr> <tr><td>Магистр</td><td>08</td></tr> <tr><td>Доктор</td><td>09</td></tr> </table>		Боловсролгүй	01	Бага	02	Суурь боловсрол	03	Бүрэн дунд	04	Мэргэжлийн болон техникийн	05	Дидломын	06	Бакалавр	07	Магистр	08	Доктор	09
Боловсролгүй	01																				
Бага	02																				
Суурь боловсрол	03																				
Бүрэн дунд	04																				
Мэргэжлийн болон техникийн	05																				
Дидломын	06																				
Бакалавр	07																				
Магистр	08																				
Доктор	09																				
Гэр бүлийн байдал: <table border="1"> <tr><td>Огт гэрлээгүй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулсан гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулаагүй гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Тусгаарласан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Цуцалсан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Бэлбэсэн</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>	Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>	Цуцалсан	<input type="checkbox"/>	Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>	Ханиалгах шинж тэмдэг: <input type="checkbox"/> Илэрсэн _____ хоног <input type="checkbox"/> Илрээгүй	Онош баталгаажилт: Нян судлалаар батлагдсан: <input type="checkbox"/> Түрхэцээр <input type="checkbox"/> Бусад шинжилгээгээр Эмнэлзүйгээр оношлогдсон							
Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>																				
Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																				
Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																				
Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>																				
Цуцалсан	<input type="checkbox"/>																				
Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>																				
Ажлын газар, албан тушаал: Мэргэжил: _____	БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Сүрьеэгийн хэлбэр: <input type="checkbox"/> Уушгины <input type="checkbox"/> Уушгины бус	ӨОУА: А1 ____																		
Онош: _____	Цээжний рентген зургийн дүгнэлт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийгүй <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийтэй <input type="checkbox"/> Хийгдээгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй		Эрсдэлт хүчин зүйлс: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал</td> <td><input type="checkbox"/> Жирэмслэлт</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн</td> <td><input type="checkbox"/> Гэр хороолол</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Чихрийн шижин</td> <td><input type="checkbox"/> Дархлал</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ</td> <td><input type="checkbox"/> дарангуйлах эмчилгээ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Орон гэргүй</td> <td><input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан</td> <td><input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Уул уурхай</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал	<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт	<input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн	<input type="checkbox"/> Гэр хороолол	<input type="checkbox"/> Чихрийн шижин	<input type="checkbox"/> Дархлал	<input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ	<input type="checkbox"/> дарангуйлах эмчилгээ	<input type="checkbox"/> Орон гэргүй	<input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах	<input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан	<input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх	<input type="checkbox"/> Уул уурхай	<input type="checkbox"/> _____				
<input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал	<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт																				
<input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн	<input type="checkbox"/> Гэр хороолол																				
<input type="checkbox"/> Чихрийн шижин	<input type="checkbox"/> Дархлал																				
<input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ	<input type="checkbox"/> дарангуйлах эмчилгээ																				
<input type="checkbox"/> Орон гэргүй	<input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах																				
<input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан	<input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх																				
<input type="checkbox"/> Уул уурхай	<input type="checkbox"/> _____																				
Халдварын эх уурхай: <input type="checkbox"/> Өрхийн хавьтал <input type="checkbox"/> Ойрын хавьтал <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй Өрхийн хавьтлын тоо: _____ Насанд хүрэгчид: _____ Хүүхэд /0-15 нас/ _____																					
Эмэнд тэсвэржилт:																					
ЭМЧТ шинжилгээнд хамрагдсан эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Тийм бол, ЭМЧТШ дугаар: _____	Тэсвэртэй эмүүд: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Am <input type="checkbox"/> OfI <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> FQ																			
Огноо: ____/____/____		Огноо: ____/____/____																			

Тамга Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: /_____/

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-5

ХОРТ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого		РД		
		Тохиолдлын дугаар:		
Бүртгэлийн байдал:		Эрт илрүүлэг	Идэвхтэй хайлт	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр
Эцэг, эхийн нэр:		Өөрийн нэр:		
Төрсөн: он сар өдөр	Нас [] Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил:		
Яс үндэс:				
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот _____ Холбоо барих утасны дугаар: _____		Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Гэр бүлийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн
Хавдар оношлогдсон огноо: он сар өдөр		Өвчтөний одоогийн байдал: <input type="checkbox"/> Амьд – 1 <input type="checkbox"/> Нас барсан -2 <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй - 3		
Анхдагч хавдрын байрлалын онош /ICDO-3 /:				С ____/____
Бүтэц зүйн онош				М ____/____
Торонтогийн хүүхдийн хавдрын ангилал				С ____/____
Хорт хавдар Toronto Tier үе шатны ангиллаар: Toronto Tier – 1, Toronto Tier - 2				
Хүүхдийн хавдрын ангилал / ICCS-3/				____/____

Хорт хавдар TNM үе шатны ангиллаар: T – is, 1, 2, 3, 4, X N – 0, 1, 2, 3, X M – 0, 1, X				
Хавдрын төлөв: <input type="checkbox"/> Байран өмөн – 2 <input type="checkbox"/> Хортой – 3 <input type="checkbox"/> Үсэрхийлсэн - 6				
Эсийн ялгарал:		Лимфома, лейкогийн эсийн ялгарал:		
<input type="checkbox"/> Өндөр ялгаралтай-1 <input type="checkbox"/> Дунд ялгаралтай-2 <input type="checkbox"/> Бага ялгаралтай-3 <input type="checkbox"/> Ялгаралгүй-4 <input type="checkbox"/> Ялгарлын зэрэг тодорхойгүй-9		<input type="checkbox"/> T-эсийн – 5, <input type="checkbox"/> B-эсийн /pre-B,B-precursor/ -6 <input type="checkbox"/> Null эсийн / non-T, non-B/ -7 <input type="checkbox"/> Киллер эсийн /natural/-8, <input type="checkbox"/> эсийн төрөл тодорхойгүй-9		
Хэрвээ 0-19 насны хүүхдийн хавдрын тохиолдол бол				
<input type="checkbox"/> Хурц лимфобласт лейкеми <input type="checkbox"/> Хурц миелоид лейкеми <input type="checkbox"/> Ходжкины лимфом <input type="checkbox"/> Ходжкины бус лимфом <input type="checkbox"/> Нейробластом <input type="checkbox"/> Вильямсын хавдар <input type="checkbox"/> Рабдомиосарком <input type="checkbox"/> Рабдо бус миосарком, зөөлөн эдийн сарком <input type="checkbox"/> Остеосарком <input type="checkbox"/> Ивингийн сарком <input type="checkbox"/> Ретинобластом <input type="checkbox"/> Гепатобластом <input type="checkbox"/> Өндгөвчний хавдар <input type="checkbox"/> Медуллобластом, бусад хөврөлийн, төв мэдрэлийн системийн хавдар <input type="checkbox"/> Эпендимом				
Анхдагч олон байрлалын хавдар мөн эсэх:		Хос эрхтнийг хамарсан эсэх:		
<input type="checkbox"/> Анхдагч ганц байрлалын хавдар-1 <input type="checkbox"/> Анхдагч олон байрлалын хавдрын нэг тохиолдол- 2 <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй- 9		<input type="checkbox"/> Баруун-1 <input type="checkbox"/> Зүүн-2 <input type="checkbox"/> 1 талыг хамарсан боловч ялгаж тусгаагүй-3 <input type="checkbox"/> Хоёр талын хамарсан-4 <input type="checkbox"/> Хос эрхтэн бус-5		
Бичил харуурын бус		Бичил харуурын		
<input type="checkbox"/> 1- Нас баралтын гэрчилгээгээр <input type="checkbox"/> 2- Эмнэл зүйн бүрдэл шинжээр <input type="checkbox"/> 3- Дүрс оношилгоо /КТГ, дуран, рентген, ЭХО, MRI, оношлогооны лапротоми аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих..... <input type="checkbox"/> 4-Лабораторийн оношлуур /цус, хавдрын өвөрмөц маркер, иммунологи аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих.....		<input type="checkbox"/> 5-Эсийн шинжилгээ <input type="checkbox"/> 6-Эдийн шинжилгээ үсэрхийлсэн эдээс /задлан шинжилгээний эд хамаарна/ <input type="checkbox"/> 7 - Эдийн шинжилгээ анхдагч эдээс /задлан шинжилгээний эд, ясны эд хамаарна/ <input type="checkbox"/> 8- Мэдэхгүй Эд, эсийн шинжилгээ хийсэн эмнэлгийн нэр: _____ Эд, эсийн шинжилгээний баримтын дугаар: _____		
Хавдрын эмнэл зүйн бүлэг: Ia, Ib, II, IIa, III, IV ба үүнээс өөрөөр бичигдэх бол: _____				
Хийгдсэн эмчилгээ	Мэс засал	1	Хими+даавар эмчилгээ	10
	RPA	2	Дурангийн мэс засал	11

	PEI	3	Даавар эмчилгээ	12
	Туяа	4	Хөнгөвчлөх мэс засал	13
	Хими	5	TACE / эрт үе шатанд хийгдсэн, хөнгөвчлөх зорилгоор / аль нь болохыг зур	14
	Мэс засал+туяа	6	Хөнгөвчлөх хими	15
	Мэс засал+хими	7	Хөнгөвчлөх туяа	16
	Туяа+хими+мэс засал	8	Бусад хөнгөвчлөх эмчилгээ ба тусламж /эмийн эмчилгээ /	17
	Хими+туяа	9	Эмчилгээнээс татгалзсан	18
Хийгдсэн мэс заслын нэр:			<u>/Үйлдлийн ОУ-9 ангиллаар тавих, кодлох/</u>	
Мэс засал хийгдсэн:		он сар өдөр	Мэс засал хийсэн эмнэлгийн нэр:	
Хагалгаа хийсэн эмчийн нэр:		эмчийн утасны дугаар: _____		
Эмчлэгч эмчийн нэр:		Мэдээлсэн огноо: он сар өдөр		
Тамга	Мэдээлсэн албан тушаалтан: / /			

ЭМГЭГ СУДЛАЛААС ХОРТОЙ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ХУВЬ ХҮНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

1. Ургын овог: _____ 2. Эцэг /эхийн/ нэр: _____
3. Өөрийн нэр: _____ 4. РД: _____
5. Төрсөн: _____ он _____ сар _____ өдөр 6. Нас: ____ 7. Хүйс: эрэгтэй [1], эмэгтэй [2]
8. Тогтмол хаяг: _____ аймаг, хот _____ сум,
дүүрэг _____ хороолол, _____ хороо, баг _____ байр, тоот
_____ утас

Б. ХАВДРЫН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

1. Сорьц илгээсэн эмнэлэг: _____ тасаг _____ эмчийн нэр _____
2. Сорьц авсан эрхтэн: _____
Хос эрхтэн бол: зүүн [] баруун [] хоёр тал []
3. Сорьцын төрөл: хагалгааны материал эд [], арчдас [], анхдагч хавдрын эд [],
Үсэрхийллийн эд [], задлангийн эд []
4. Сорьцын шинжилгээний дүгнэлт: _____
5. Бүтэц зүйн онош: _____
6. Хавдрын төлөв: [] хоргүй [] хортой [] байран өмөн [] мэдэхгүй

1. Эсийн ялгарал: өндөр ялгаралтай [1], дунд ялгаралтай [2], бага ялгаралтай [3],
ялгаралгүй [4]

В. МЭДЭЭНИЙ ЭХ СУРВАЛЖ:

1. Эмнэлгийн нэр: _____ 3. Баримтын дугаар: _____
2. Эмгэг судлалын лабораторийн нэр: _____
4. Шинжилгээний дугаар: _____

Г. БҮРТГЭЛИЙН ХЭСЭГ:

1. Мэдээлсэн : _____ он _____ сар _____ өдөр
2. Мэдээлсэн мэргэжилтний нэр : _____ гарын үсэг _____
_____ холбоо барих утас: _____
3. Хүлээн авсан бүртгэлийн эмчийн нэр: _____ гарын үсэг _____

ГЕМОДИАЛИЗ ХЯНАЛТЫН КАРТ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	
		ЭМД	
		Өвчний түүх нээсэн / / Он сар өдөр	
Эцэг /эх/-ийн нэр		Тасгийн нэр	
Өөрийн нэр:			
Төрсөн он сар өдөр / /	Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Гэрлэлтийн байдал: 1. Огт гэрлээгүй 2. Батлуулсан гэр бүлтэй 3. Батлуулаагүй гэр бүлтэй 4. Тусгаарласан 5. Цуцалсан 6. Бэлбэсэн	Биеийн өндөр: Биеийн жин: Цусны бүлэг Вирусны маркер: ... Вакцинжуулалт: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Үндсэн захиргаа:	Аймаг/хот:	Сум/дүүрэг:	Утас:
		Хөдөлмөр эрхлэлт: Ажлын газар <input type="checkbox"/> Мэргэжил <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан <input type="checkbox"/>	Боловсролын ангилал: Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор <input type="checkbox"/>
ТӨГСГӨЛИЙН ЭПИКРИЗ			
Үндсэн онош			ӨОУА код
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			
		Тасгийн нэр			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Өөрийн нэр:			
Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> 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		brachio-basilic	Гарсан Үгүй
	R..... L	R..... L	R.... L.....		
Жич: Тийм; R – баруун, L-зүүн; Хүндрэл гарсан бол доор бичнэ үү.					
Тусгай тэмдэглэл					
Мэс засал хийсэн эмч				Сувилагч	

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр лого																		
Эцэг/эхийн нэр:.....	Нэр:.....				Хүйс: <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Эрэгтэй				РД:.....				нас					
Төрсөн өдөр, сар,он	Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж	Нас барсан огноо	Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж	
Гэрийн хаяг:																		
А хэсэг :																		
1 Үхэлд шууд хүргэсэн өвчин ба эмгэг /а/		Нас баралтын шалтгаан:						Өвчин эхэлснээс хойш нас барах хүртэлх хугацаа				ӨОУА-10						
		A																
		B	Улмаас															
		B	Улмаас:															
	G	Улмаас:																
Үндсэн онош:																		
2 Нас барахад хүргэсэн бусад нөхцөл, шалтгаан																		
В хэсэг:																		
Сүүлийн 4 долоо хоногт мэс засал хийлгэсэн эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Хэрэв тийм бол мэс засал хийлгэсэн огноо																		
Мэс заслын шалтгааныг тодруулж бичих (өвчин ба шалтгаан)												ҮОУА-9						
.....																		
Асуумжаар дүгнэлт шинжилгээ (VA WHO 2016 standard) хийсэн эсэх ?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Хэрэв тийм бол онош баталгаажуулахад ашигласан эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Нас барсан хэлбэр:																		
<input type="checkbox"/> Өвчин				<input type="checkbox"/> Амиа хорлосон				<input type="checkbox"/> Бусад осол										
<input type="checkbox"/> Зам тээврийн осол				<input type="checkbox"/> Бусдад хорлогдсон				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрийн осол										
<input type="checkbox"/> Хордлого				<input type="checkbox"/> Шалтгаан тогтоогдоогүй байгаа				<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Гадны шалтгаант болон хордлогын шалтгаант бол:								Гэмтсэн өдөр, сар, он		Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж	
Гадны шалтгааныг тодорхойлон бичих (Хэрэв хордлогын шалтгаант бол хордсон бодисыг бичих)																	
Нас барсан газар:																		
<input type="checkbox"/> Эмнэлэгт		<input type="checkbox"/> Гэртээ		<input type="checkbox"/> Амьдрах зориулалттай тусгай байр				<input type="checkbox"/> Сургууль, бусад олон нийтийн ба засаг захиргааны газрууд										
<input type="checkbox"/> Гудамж ба зам		<input type="checkbox"/> Биенийн тамир, спортын талбай		<input type="checkbox"/> Худалдаа үйлчилгээний газрууд				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрлэл ба барилгын газар										
<input type="checkbox"/> Бусад (тодорхойлж бичих):								<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Эмнэлэгт нас барсан бол:								Эмнэлгээс гадуурх нас баралт бол: Нас барахаас өмнө эмнэлэгт хэвтсэн эсэх?										
Ор хоног .....өдөр .....цаг.....минут				<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хэрэв тийм бол: өдөр..... сар жил												
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдоноос хойш амьдарсан хугацаа								<input type="checkbox"/> Жил [] <input type="checkbox"/> сар [] <input type="checkbox"/> хоног []										
Ураг болон нярайн эндэгдэл																		
Ихэр эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Амьгүй төрөлт?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Хоног болоогүй нас баралт бол хугацааг бичих /цагаар/								Төрөх үеийн жин (гр)										
Жирэмсний хугацаа /7 хоногоор/								Эхийн нас										
Перинаталь эндэгдэлд нөлөөлсөн эхийн эрүүл мэнд болон жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэл /тодорхойлж бичих/								.....									
.....																		
Эхийн эндэгдэл мөн эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрөх, төрсний дараах үе								<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрсний дараа 42 хоногийн дотор										
<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт, төрөлтийн дараа 42 хоногоос 1 жилийн дотор								<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Жирэмслэлт нь нас баралтын шалтгаан болсон эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй						
Гэрчилгээ олгосон огноо								Ө		Ө	С		С	Ж		Ж	Ж	Ж
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/							Нэр:				Гарын үсэг						
	Гэрчилгээ олгосон эмч:							Нэр:				Гарын үсэг						

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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 _____
 7. Ажил, 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.

Энгийн эмийн жорын маягт

Энгийн эмийн жор			
..... оны .....сарын			
Өвчтөний овог, нэр: _____			
Нас: _____ Хүйс: _____ Онош: _____			
Регистрийн № _____			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____			
Эмнэлгийн нэр: _____			

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			
2			
3			

Урд тал

Энгийн эмийн жорын маягтад 3-аас илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмчийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.
Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Гарын үсэг, огноо:

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.
Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягт

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Rp:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягтад 2-оос илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Мансууруулах эмийн жорын маягт

Мансууруулах эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Мансууруулах эмийн жорын маягтад 1 эм бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

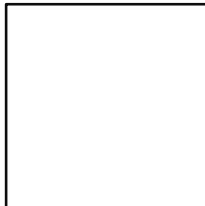
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9D

Уламжлалт эмийн жорын маягт

Уламжлалт эмийн жор		
..... оны .....сарын		
Өвчтөний овог, нэр: _____		
Нас: _____ Хүйс: _____		
Уламжлалт анагаахын онош: _____		
Эмийн нэр	Хэмжээ	Эм уух арга
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Эмнэлгийн нэр: _____		
Эмчийн хувийн тэмдэглэл: _____		
Хаяг, харилцах утас: _____		

Ар тал				
Анхаарах зүйл:				
1. Буцалгаж уухдаа 1-2 ширхэг эмийг 200-250мл усанд 3/1-ыг ширгэтэл зөөлөн буцалгаж /халуун, бүлээн, хүйтэн/ ууна				
2. Буцалсан усаар бүрж уухдаа 200-250 мл халуун устай аяганд эмээ хийж таглаад бүлээсгэж ууна.				
3. Шимт 3 ясны /Далны маяа, борви тойг/, хонины бор махны шөлөөр даруулж ууна.				
4. Буцалсан усанд бурам, зөгийн бал, мөсөн чихрийг найруулж, эмийг даруулж ууна.				
5. Эмийн зөвхөн эмчийн зааврын дагуу ууж хэрэглэнэ.				
6. Эм уух явцад сөрөг нөлөө илэрвэл эмчид хандана уу				
7. Энэхүү жор бичигдсанаас хойш 10 хоногийн дотор хүчинтэй.				
8. Жир бичсэн эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан тохиолдолд хүчингүйд тооцно.				
9. Жорыг дамжуулах, эмийг илүүдэл хэмжээгээр хадгалах нь эмийг зүй бусаар хэрэглэх эрсдэлийг нэмэгдүүлж Таны болон бусдын эрүүл мэндэд халтай.				
Гарын үсэг, огноо: _____				
Гарын үсэг, огноо:				
Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт



Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-10

ЭМД

РД

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр _____
Олгосон _____ он _____ сар _____ өдөр Дугаар _____

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

Зориулалт: (зур) ажилд орох, суралцах, гэр бүл болох
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	БЗДХ			

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

_____ Дүгнэлт, шийдвэр гаргасан _____ он _____ сар _____ өдөр

Амбулаторийн эрхлэгч _____
(тамга)

Эмнэлгийн нэр _____

Кабинетын нэр _____

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: _____

7. Ажил мэргэжил: _____

8. Боловсрол: _____

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

ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

1. Зовиур: _____
2. Өвчний түүхээс: _____
3. Асуумжаас: _____
4. Үзлэг _____
5. Шинжилгээ: _____
6. Онош DS: _____

Хяналтын эмч: _____

(Тамга)

ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

1. Зовиур: _____

2. Өвчний түүхээс: _____

3. Асуумжаас: _____

4. Үзлэг _____

5. Шинжилгээ: _____

6. Онош DS: _____

Хяналтын эмч: _____

(Тамга)



Настны эрүүл мэндийн төлөвлөгөө

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

9-р тал

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-р тал

Он сар өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Эмчилгээний заалт

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

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

КОМИССЫН ШИЙДВЭР

Дугаар № _____

Тамга тэмдэггүй, засвартай бол хүчингүй

_____ оны _____ сарын _____ өдөр

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

/хэсэг/хороо/-ийн харъяат

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

Ажлын газар: _____

Ажил, мэргэжил: _____

Онош: _____

Үндэслэн: _____ КОМИССООС ТОГТООХ НЬ:

Маягтын ар тал

Шийдвэр: _____

Комиссын дарга: _____

Тэмдэг

Нарийн бичгийн дарга: _____

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

Эмнэлгийн нэр _____

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

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

Эмчлэгч эмч

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
_____ он _____ сар _____ өдөр

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13Б

Бүртгэлийн код

РД

ЭМД

ЭМНЭЛГЭЭС ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм

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

ЭМНЭЛЭГТ ИРГЭНИЙГ ИЛГЭЭХ ЦАХИМ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Паспортын хэсэг

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____ Нас _____

РД																				
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЭМД																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Цахим №																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Хүйс (сонго) 1. эрэгтэй 2. эмэгтэй
3. Иргэний утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
4. Иргэний (асран хамгаалагчийн) утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
5. Иргэний гэрийн /тогтмол/ хаяг: _____

“Илгээх” хэсэг

6. Илгээж байгаа байгууллагын нэр (сонго).....код /автоматаар гарч ирнэ/
7. Илгээсэнон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
8. Эмчлэгч эмчийн нэрхувийн дугаар
9. Хүлээн авах байгууллагын нэр (сонго).....
10. Иргэнийг илгээж байгаа шалтгаан (сонго)
- Онош тодруулах /сонго/
- Урьдчилан сэргийлэх үзлэг /сонго/
- Эмчилгээ /сонго/
- Эмчилгээний дараах хяналт /сонго/
- Жирэмсний болон төрөх үеийн тусламж, үйлчилгээ
- Хөнгөвчлөх эмчилгээ
- Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ
- Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ
- Давтан хяналт
- Бусад: /тодорхой бичих/
11. Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ) _____ /сонго/
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Хавсарсан онош /сонго/ _____
Тайлбар /бичих/ _____
12. Шилжүүлэх болсон шалтгааныг үндэслэх шинжилгээ (програмын өгөгдлийг бөглөнө)

ЦЕШ /сонгох/ _____

Биохими /сонгох/ _____

ШЕШ /сонгох/ _____

_____Рентген _/эмчийн хариуг
бичих/_____
Бусад /MRI, KTG/ _/эмчийн хариуг бичих/ _____

“Цаг товлох” хэсэг

13. Хүлээн авах эсэх шийдвэр (сонго) 1.тийм 2.үгүй
14.Хэрэв тийм бол үзлэгийн кабинетын нэртасгийн нэр /сонго/
15.Хэрэв үгүй бол тайлбар, үндэслэл (сонго)
- тухайн эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ авах боломжгүй
- бусад /бичих/
16. Шийдвэр гаргасанон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
17.Товлосонсар.....өдөр.....цаг

“Хүлээн авах” хэсэг

18. Хүлээн авсан сар.....өдөр.....цагХүлээн авах эмчийн нэр
.....
19. Хүлээн авсан: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
____Хавсарсан онош
/сонго/_____
.....Хавсарсан онош /сонго/_____
20. Эмчлүүлсэн: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
____Хавсарсан онош
/сонго/_____
.....Хавсарсан онош /сонго/_____
21.Эмнэлэгт хэвтсэн ор хоног /сонго/

22.Эмнэлгээс гарсан огноо, цаг
(сонго)_____
23.Эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлт
(эпикриз)_/бичих/_____
24.Эмчлэгч эмчийн нэр.....утасны дугаар....., цахим
хаяг.....

“Эргэх холбоо тогтоох” хэсэг

25. Илгээсэн байгууллагад өгөх зөвлөмж /бичих/
26. Зөвлөмжийг хүлээн авсан огнооон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
27. Иргэнийг хяналтад авсан эсэх (сонго) 1.тийм 2. үгүй
28. Иргэнийг хяналтад авсан эмчийн нэр утасцахим хаяг

ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙН ХЯНАЛТЫН ХӨТӨЧ КАРТ №

РД

ЭМД

ХОТ, 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 _____

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

2. *Төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр

3. Жирэмсэн эмэгтэйн цусны бүлэг

1-р бүлэг 2-р бүлэг 3-р бүлэг 4-р бүлэг

резус бүлэг эерэг эерэг

4. *Яс үндэс _____

5. *Тогтмол хаяг, гэрийн болон гар утас _____

6. *Ажлын газар. Албан тушаал. Утас _____

7. *Мэргэжил _____

8. Боловсролын байдал **

Боловсролгүй

Бага

Суурь боловсрол

Бүрэн дунд

Мэргэжлийн болон техникийн

Дидломын

Бакалавр

Магистр

Доктор

13.1 Архи хэрэглэдэг эсэх? /зур/ тийм/үгүй

13.2 Тамхи хэрэглэдэг эсэх? /зур/ тийм/үгүй

14. Урт хугацааны эм биологийн идэвхит бүтээгдэхүүн

тогтмол хэрэглэдэг эсэх? /зур/ Тийм / Үгүй

9. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал

Цалин хөлстэй ажиллагч

Ажил олгогч

Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч

Нөхөрлөл хоршооны гишүүн

Мал аж ахуй эхрлэгч

Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин

Бусад /бичнэ/ _____

10. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан

Сургуульд сурдаг

Тэтгэвэрт

Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй

Гэрийн ажилтай

Тохирох ажил олдохгүй

Ажил хайж байгаа

Ажиллах сонирхолгүй

Бусад /бичнэ/

11. Гэр бүлийн байдал

Огт гэрлээгүй Тусгаарласан

Батлуулсан Цуцалсан

Батлуулаагүй Бэлбэсэн

12. Хөгжлийн бэрхшээлтэй эсэх

Тийм

Үгүй

*Ажлын нөхцөл

Ердийн Хүнд Хортой

* Ам бүлийн тоо

Тийм бол бичих: _____

II. ӨМНӨХ ЖИРЭМСЛЭЛТ, ТӨРӨЛТИЙН БАЙДАЛ*

Хэд дэх жирэмслэлт	Он	Жирэмсний төгсгөл (үр хөндөлт, зулбалт, төрөлт алин болохыг бич)	Жирэмсний хүндрэл	Төрөлтийн хүндрэл	Төрсний дараах хүндрэл	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. Нийгэм биологийн хүчин зүйлс		18-аас доош. 35-аас дээш насны тулгар төрөгч						
		Байнга тамхи татдаг. Архи уудаг. Мансууруулах бодис хэрэглэдэг /доогуур зур/						
		Гэр бүлд хүчирхийлэлийн орчин байгаа эсэх						
		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- Ү гэж тэмдэглэнэ)						

Б. Эх барихын ужиг дурдатгал	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)						
	Өмнөх жирэмсэлтийн үед манас таталтын урьдал, манас таталт O15, үжил халдвар O85-O86 -аар хүндэрсэн						
	Зуршсан зулбалт-O03, үр хөндөлт-O04, дутуу төрөлт-O60, умайн гаднах жирэмсэлт-O00, цулцант хураа-O01						
	Өсөлтгүй жирэмслэж байсан эсэх						
	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						
ны өвчний дурдатгал	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						
	Цусны өвчин: Цус багадлын 2,3-р зэрэг D50-D53, цусны бусад өвчин D55-D77						
	Хөхний болон эмэгтэйчүүдийн өвчин: Хөхний эмгэгүүд N60-N64, дайвруудын үрэвсэл N70, умай умайн хүзүүний үрэвсэл-N71-N72, эндометроз N80, бусад N70-N99						

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40	
**Өвдөг, тохой рефлекс		Ихэссэн								
		Багассан								
**Зүрх судасны тогтолцоо	Артерийн даралт /Жирэмслэхээс өмнө үеийн АД/	Баруун								
		Зүүн								
	Судасны цохилтын тоо/1минутад									
	Зүрхний авиа (Т-тод, Б-бүдэг, Ж-жигд, ЖБ-жигд бус)									
	Амьсгалын тоо/1минутад									
**Амьсгалын тогтолцоо	Уушги чагнахад (цулцангын, ширүүн, хэржигнүүр, бронхиалный)									
**Хэвлийн эмзэглэл байгаа эсэх										
Мэс заслын сорви эмзэглэлтэй эсэх										
**Хаваан	Нүүр									
	Гар, хөл									
	Хэвлий									
	Бүх биеэр									
Эх барихын тусгайлсан үзлэг	*Умайн өндөр (см)									
	*Хэвлийн эргэн тойрон (см)									
	**Түрүүлсэн хэсэг	Толгой								
		Өгзөг								
	*Ургийн байрлал	Дагуу								
		Хөндлөн								
Ташуу										
Тодорхойгүй										

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40	
Эх барихын тусгайлсан үзлэг	**Ургийн зүрхний цохилт	Тод-Т, Бүдэг-Б								
		Жигд-Ж, жигд бус-ЖБ								
		Цохилтын тоо/1 минутад								
	**Хөхний товч	Товгор								
		Хавтгай								
		Хонхор								
	Гадна бэлэг эрхтний үзлэг	**Хэвийн								
		**Үүсвэр								
		**Гажиг								
		**Тодруулж бич								
	Үтрээний үзлэг	**Уйтан								
		**Уужим								
		**Сорвитой								
	Умайн үзлэг	*Хэмжээ								
		**Чангаралтай								
		**Хөдөлгөөнтэй								
**Эмзэгтэй эсэх										

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа	
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40		
Эх барихын тусгайлсан үзлэг	**Үтрээний шинжилгээ	Дайварууд	*Баруун тэмтрэгдэнэ /хэмжээ бич/								
			**Эмзэглэлтэй эсэх								
			**Зүүн тэмтрэгдэнэ /хэмжээ бич/.								
			**Эмзэглэлтэй эсэх								
		**Хүнхрээ чөлөөтэй эсэх									
	**Толины шинжилгээ	Умайн хузуу	**Шовх								
			**Бортгон								
			**Цэвэр								
			**Шархтай								
			**Урагдсан								
			**Эргэсэн								
		Умайн хузууний эсийн шинжилгээ /заалтаар/									
	Үтрээний ялгарал	**Хэвийн									
		**Идээрхэг									
		**Усархаг									
**Цусархаг											

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40	
Шинжилгээ	**Шээсний ерөнхий шинжилгээ	Огноо								
		*Хэмжээ								
		*Өнгө (шар)								
		*Цөсний пигмент (-)								
		*Хувийн жин 1015-1025								
		*Уураг (-)								
		*рН 5.0-6.0								
		*Эпители эс 0-4х/т								
		*Бактери								
		*Цагаан эсүүд 0-4х/т								
	*Улаан эсүүд 0-1х/т									
	***Цусны ерөнхий шинжилгээ	Огноо								
		Гемоглобин 130-160 г/л								
		Цагаан эсүүд 4*109/л-8*109/л								
		Улаан эсүүд 3.7*1012/л-4.7*1012/л								
		Тромбоцит 180*109/л-320/109/л								
		Моноцит 2-9%								
		Улаан эсийн тунах хурд 2-12 мм/цаг								
		Гематокрит								
		Витамин Д хэмжээ үзэх /заалтаар/								
	Кальцын хэмжээ үзэх /заалтаар/									
	Т эсийн лемпотрофик вирус*									
	Шинж тэмдэггүй бактериурийг илрүүлэх /заалтаар/									
"TORCH" халдварыг илрүүлэх /заалтаар/										
B C вирусын маркер илрүүлэх шинжилгээ	Огноо									
	HBS Ag									
	HCV									
Стрептококкын халдварыг үзэх										

Тайлбар: * - Т эсийн лемпотрофик вирусийн шинжилгээг хөхний сүүний донор болох хүсэлтэй эхчүүд өгнө.

ЧАНД АВИАН ШИНЖИЛГЭЭ

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

Жирэмсний явцыг удирдах /шийдвэрлэх төлөвлөгөө:	Эмчилгээ
Эхний үзлэгээр _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №2 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №3 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №4 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №5 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №6 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №7 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №8 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг _____ _____ _____	_____ _____ _____

Огноо	Мэргэжлийн чиглэл	Онош	Эмчилгээ	Гарын үсэг
	Дотор			
	Нүд			
	Шүд			
	Мэдрэл			
	Зүрх судас			
	Цусны эмгэг			
	Бөөр			
	Чих, хамар, хоолой			
	Эндокринолог			
	Сүрьеэ			
	БЗДХ			
	Бусад			

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

РД

СОЛИЛЦОХ ХУУДАС А

(зөвлөгөө өгөх газрын)

1. Эцэг, /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____ Нас: _____ 2. Цусны бүлэг: _____
3. Тогтмол хаяг: _____
4. Ажил, мэргэжил: _____, Ажлын газар: _____
5. Анх хяналтанд орсон хугацаа: _____ жирэмсний _____ 7 хоног _____ он _____ сар _____ өдөр
6. Онцгой хяналтанд орсон хугацаа: _____
7. Амралт олгосон: _____ он _____ сар _____ өдөр
8. Төрөх хугацаа: сүүлийн сарын тэмдгээр: _____ он _____ сар _____ өдөр
9. Өмнөх жирэмслэлт, төрөлт, үр хөндөлт, зулбалтын байдал: Жирэмслэлтийн тоо: ____ дутуу төрсөн: _____, зулбасан _____ үр хөндүүлсэн _____, сүүлчийн жирэмслэлт: _____ онд төгссөн.

Жирэмслэлтийн тоо	Он	Жирэмсний хүндрэл	Төрөх болон төрсний дараах хүндрэл	Төрсөн хүүхдийн жин, хүйс, одоо амьд эсэх /хүндрэл/

10. Өвчилсөн өвчнүүд: А15-А19, А52-А53, А54, вируст гепатит, ангина, кариес, эмэгтэйчүүдийн ба бусад өвчин (зур)

Тусгай тэмдэглэл: _____

11. Өвчилсөн өвчнүүд: сүрьеэ, тэмбүү, заг хүйтэн, вируст гепатит, ангина, кариес, эмэгтэйчүүдийн ба бусад өвчин (зур)

СОЛИЛЦОХ ХУУДАС Б

1. Төрөх газар, тасгийн нэр: _____
2. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____ Нас: _____
3. Тогтмол хаяг: _____
4. Төрсөн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг 5. Төрөхөд хэвтсэн хоног: _____
6. Үндсэн онош, хүндрэлүүд: _____
7. Төрөх үед хийгдсэн мэс ажилбар _____
8. Төрөлтийн дараагийн үе: _____

**ЭХИЙН ЭНДЭГДЭЛ, НОЦТОЙ
ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ**

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

РД

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

Тогтмол хаяг

аймаг, хот _____

сум/дүүрэг _____

баг/хороо _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур):
 - 1.1 Хүндэрсэн
 - 1.2 Эндсэн
2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар
 - 2.1 Гэрт
 - 2.2 ӨЭМТ/СЭМТ
 - 2.3 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 2.4 Хувийн эмнэлэгт
 - 2.5 Амаржих газар
 - 2.6 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
 - 2.7 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 2.8 Бусад
3. Нас _____
4. Ам бүл: _____
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: (ӨОУА-10 кодлоно уу)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____
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.	Каогулограмм:	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 жирэмсний төгсгөл:
- 18.1 Эрт үеийн зулбалт
 - 18.2 Хожуу үеийн зулбалт(халдварлагдсан,халдварлагдаагүйг зурах)
 - 18.3 Үр хөндөлт
 - 18.4 Умайн гадуурх жирэмсэн
 - 18.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
 - 18.6 Дутуу төрөлт
 - 18.7 Гүйцэд төрөлт
 - 18.8 Илүү тээлттэй төрөлт
 - 18.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
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, ЭХЭМҮТ
 - 23.2 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн нэгдэл
 - 23.3 Улаанбаатар хот, Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 23.5 Аймаг сумын Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.6 Хувийн эмнэлэгт
 - 23.7 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
 - 26.11 Бусад _____
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 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 28.3 Амаржих газар
 - 28.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ

- 28.5 ӨЭМТ/СЭМТ
28.6 Хувийн эмнэлэг
28.7 Бусад (нэрлэ) _____
29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
29.1 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
29.2 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
29.3 Амаржих газар
29.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
29.5 ӨЭМТ/СЭМТ
29.6 Хувийн эмнэлэг
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 хугацаа (долоо 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 гадуурх жирэмсэн
32.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
32.6 Дутуу төрөлт
32.7 Гүйцэд төрөлт
32.8 Илүү тээлттэй төрөлт
32.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн 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 гадуурх 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 Давтан 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 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг үтрээн дээгүүр авах хагалгаа
- 40.10 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг бүхэлд нь авах хагалгаа
- 40.11 Кесар хагалгааг өргөтгөн хийгдсэн умайг тайрах/авах хагалгааны заалт
- 40.12 Давтан хийгдсэн хагалгааны нэр
- 40.13 Давтан хийгдсэн хагалгааны заалтыг бичих
- 40.14 Давтан хагалгаа хийгдсэн _____он____сар____өдөр
- 40.15 Умайн гадуурх жирэмсний улмаас хийгдсэн хагалгаа, нэр _____
- 40.16 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 гадуурх 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
- 45.6 Умайн урагдал
- 45.7 Ихэс түрүүлэлт
- 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 гадуурх 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 нарийсгагч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
49.3 Зүрх зогсох
49.4 Хүнд хэлбэрийн гипоперфузи(лактат>5 ммоль/л эсвэл 45мг/дл)
49.5 Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (рН<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 (РаО₂/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 диалез 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 (5нэгжээс 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 кодлоно уу/
Үндсэн онош: _____
Хүндрэл: _____
Дагалдах онош: _____
57. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан (зур)
58. Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн:
1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр
60. Ор хоног: _____ хоног _____ цаг _____ минут
61. Эх эндсэн үед: Эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн эсэх
1. Хийгдсэн 2. Хийгдээгүй

62.1 Эхийн эндэгдэл

Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (ӨОУА-10 кодлох)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

62.2 Эхийн ноцтой хүндрэл

Ихэс, умай, дайврыг гистологи шинжилгээнд илгээсэн эсэх

1. Илгээсэн 2. Илгээгээгүй

Ихэс, умай, дайврын гистологи шинжилгээний дүгнэлт:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

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 1: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 2: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 3: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

3 _____

67. Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

68. Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

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

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

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

70. Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

71. Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1 Эмч дуудсан хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.2 Төрсөн хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.3 Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа _____

72.4 Эмч очсон хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Мэдээлсэн

Огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Аймаг /хот: _____ сум/дүүрэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмчийн нэр: _____

Албан тушаал: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

Нас: _____

РД

Тогтмол хаяг: _____

Утас _____ | Ажлын газар _____
 Мэргэжил _____

Хөдөлмөр эрхлэлт:

1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

Боловсрол:

01	Боловсролгүй
02	Бага
03	Суурь боловсрол
04	Бүрэн дунд
05	Мэргэжлийн болон техникийн
06	Дипломын
07	Бакалавр
08	Магистр
09	Доктор

Эмнэлэг	Он	Сар	Өдөр	Цаг
Хэвтсэн				
Үр хөндүүлсэн				
Гарсан				

Ор хоног

Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

Онош	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 _____

Жирэмсний хяналтад орсон эсэх: Хэд дэх жирэмслэлт _____

1. Тийм 2. Үгүй

Үр хөндүүлсэн удаа _____ Үүнээс гүйцэд төрсөн хүүхэд _____ зулбасан _____

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:

Гадна бэлэг эрхтэнг _____ уусмалаар халдваргүйтгэж, үтрээнд толь тавьж, үтрээ болон умайн хүзүүг ариутгав. Ажилбарын үед өвдөлт намдаалтыг: /зур/ умайн хүзүүний орчны эдэд хориг хийх, бүсчилсэн мэдээгүйжүүлэг, ерөнхий мэдээгүйжүүлэг хийв.

Мэдээгүйжүүлгийн уусмал, тун хэмжээ: _____

Сэтгүүрийг умайн хүзүүгээр болгоомжтой оруулахад умайн байрлал _____, чиглэл _____, умайн хөндийн хэмжээ _____ см байв.

Умайн хүзүүг тэлсэн эсэх: Тийм Үгүй

Тийм бол /бичих/: Гигарын тэлэгч № _____, соруурын хошуу № _____

Умайн хөндийн агууламжийг № _____ хошуугаар соруулан, умайн хөндий хоосорсон эсэх /зур/: улаан ягаан цусархаг хөөс гарах, хүржигнэх чимээ сонсогдох, соруурт эд дахин орж ирээгүй-г шалгаж хавхлагыг хаасны дараа хошууг умайд үлдээж, соруурыг салгаж авав.

Умайгаас авсан эд /зур/: бүрэн, бүрэн бус

Умайгаас соруурын хошуу, суман хавчуур, үтрээний толийг авч ажилбарыг дуусгав.

Алдсан цус _____ мл. Ажилбарын үргэлжилсэн хугацаа _____

Хүндрэл гарсан эсэх: Үгүй Тийм бол бичих: _____

Ажилбарын дараах үе: _____

Жирэмснээс сэргийлэх эм, хэрэгсэл хэрэглүүлсэн эсэх: Тийм, Үгүй

Тийм бол /бичих/: _____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18 Хавсралт 01

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХИЙН ХАВСРАЛТ /ЭМИЙН/

Нэмэлт хийгдсэн шинжилгээ: _____

Онош: _____

Мифепристоны тун: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

Давтан үзлэгт ирэх хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

ҮЗЛЭГ 2. Илэрсэн зовиур, өөрчлөлт _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Мизопростолын тун хэмжээ _____

Эмийг хаана хэрэглэхээр олгосон /зур/: гэрт, эмнэлэгт

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

ҮЗЛЭГ 3. Үзлэгт ирсэн хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Үйлчлүүлэгчид илэрсэн шинж тэмдэг: _____

Ажилбар дууссан тухай тэмдэглэл: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Хэрэв ажилбар дуусаагүй бол авсан арга хэмжээ, зөвлөгөө: _____

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

3-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

4, 16-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

Эмнэлгийн нэр:

АМ-21А

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-каковскийн 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 _____

AM-21Б

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____

_____ овогтой _____ нэр

Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм

Онош _____

Судасны цусны шинжилгээ

1. Элэгний үйл ажиллагаа (АЛАТ, 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 /LgA, LgM, LgG/
7. Альфа амилаза
8. Фермент /КК, ГГТ, ШФ, КФ, ЛДГ/
9. Коагулограмм /РТ, ТТ, АРТВ, Фибриноген/
10. Хеликобактери /H pylori/
11. Серологи /RPR/
12. Бусад _____

Эмчийн нэр _____ /...../

200__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

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____

_____ овогтой _____ нэр

Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм

Онош _____

Өндөгний цусны шинжилгээ

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

Эмчийн нэр _____ /...../

_____ оны _____ сарын _____ өдөр

Ар тал

Зөвлөмж

1. Судасны цусны шинжилгээ өгөхдөө урьд орой нь
2. Өглөө нь өлөн байвал сайн.
3. Тухайн шинжилгээний өмнө рентген, эхо, дурангийн шинжилгээг хийж болохгүй.
4. Шинжлүүлэгч сэтгэл санаа тайван, даарч ядраагүй,

Танд баярлалаа

Эмнэлгийн нэр _____

АМ-21г

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 няи \бактер судлах\

Эмч: _____/гарын үсэг/

200 оны сарын өдөр Ар тал

ЗӨВЛӨМЖ

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.

Танд баярлалаа

Эмнэлгийн нэр _____

AM-22A

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДСУУД

Эцэг /эх/ийн нэр _____

Нэр _____

РД Нас ____ Хүйс: /зур/ эр, эм
____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Шинжилэгдэхүүн		Лавлах хэмжээ	Хариу
Лейкоцит			
Эритроцит			
Гемоглобин			
Эритроцитын тухайн хурд			
Гемокрит			
Эритроцитын дундаж эзэлхүүн \mcv\			
Эритроцит дахь гемоглобины дундаж концентраци \mchc\			
Тробоцит /ялтаст эс\			
Цус гоожилт			
Цус бүлэгнэлт			
Өнгө заалт			
Ретикулоцит			
Лейкограмма	савхан бөөмт нейтрофил		
	тасархай бөөмт нейтрофил		
	эозонофил		
	лимфоцит		
	моноцит		
Улаан эсийн морфологи	анизоцитоз		
	пойкилоцитоз		
	сфероцит		
	гипохроми		
	полихормази		
	микроцит		
	макроцит		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДСУУД

Эцэг \эх\ийн нэр _____

Нэр _____

РД

___ он ___ сар ___ өдөр ___ цаг ___ минут

Шинжилэгдэхүүн	Лавлах хэмжээ	Хариу
Билирубин нийт		
Шууд		
Холбоот		
Нийт уураг		
Альбумин		
Асат (ГОТ)		
Алат (ГПТ)		
Шүлтлэг фосфатаза		
Хүчиллэг фосфатаза		
& амелиза /цус/		
глутамил-трансфераза		
лактат дегидрогеназа /ПЛ/		
глюкоз		
холестерин		
триглицерид		
креатинин		
мочевин		
азот		
шээсний хүчил		
фосфор		
натри		
кали		
кальци		
магни		
хлор		
төмөр		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эмнэлгийн нэр _____

AM-22Г

ИММУНОЛОГИЙН ШИНЖИЛГЭЭ №

Эцэг /эхийн нэр _____

Нэр _____

РД

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

 Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм
_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Шинжилэгдэхүүн	Лавлах хэмжээ	Хариу
АСЛО		
Ревтатиод фактор		
С улвалжийн уураг		
фетопротейн		
иммуноглобулин G		
иммуноглобулин A		
иммуноглобулин M		
Hbs Ag		
Hbe Ag		
Hbs Ab		
Anti HCV		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

ЗИМНИЦКИЙН СОРИЛ

Эцэг /эх/ийн нэр _____

Нэр _____

РД Нас_ Хүйс:/зур/эр,эм
____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Цаг	Хэмжээ (мл)	Хувийн жин
09.00		
12.00		
13.00		
18.00		
Өдрийн диурез		
21.00		
24.00		
03.00		
06.00		
Шөнийн диурез		
Нийт		

Лаборантын нэр _____

Эмчийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-22К

Шинжилгээний хариуны маягт
Нян судлалын лабораторийн шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	БЗДХ-ын үүсгэгч илрүүлэх						
Төрөл	Наац		Өсгөвөр		Ньюжентийн шалгуур		
Аргачлал				Үйлдвэрлэгчийн заавар			
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр			нас	эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг				13 А маягтын дугаар			
Үзлэгийн төрөл/код				Хүн амын бүлэг/код			
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан				
Төрөл	Ялгадас			Бусад			
Сорьцын дугаар							
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторид сорьц хүлээн авсан огноо		20... он...сар ...өдөр		
Онош							

Наацын шинжилгээний дүн:

Шинжлэгдэхүүн	Эрэгтэй шээсний сүв	Эмэгтэй	
		Үтрээнд	Умайн хүзүүний суваг
Хучуур эс			
Цагаан эс			
Грам /-/ диплококк			
Трихомонад			
Кокк			
Мөөгний эс			
Савханцар			
Түлхүүр эс			

Ньюжентийн шалгуур:

Элементүүд	Тоо
Лактобацилл	
Гарднерелла	
Мобилункус	
Нийт дүн	
Хариу	

Өсгөвөр шинжилгээний дүн:

№	Үзүүлэлт	Лавлах хэмжээ	Үр дүн
1	Neisseria gonorrhoeae	Сөрөг	
2	Candidas	Сөрөг	

Антибиотик мэдрэг чанар:

Үүсгэгч:					
Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн
Azithromycin		Cefotaxime		Ofloxacin	
Benzyl Penicillin		Ciprofloxacin		Spectinomycin	
Ceftriaxone		Nalidixic Acid		Tetracycline	

Тайлбар: S-мэдрэг, I- дунд мэдрэг, R- тэсвэртэй

Шинжилгээ хийсэн: Техникч Хариу гарсан огноо:.....

Баталгаажуулсан: Эмнэл зүйн эмгэг судлаач эмч

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-22М

**Шинжилгээний хариуны маягт
ТЭМБҮҮГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН**

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх						
Төрөл	ФХЭБУ		Наалдуулах			ПГУ	
Аргачлал	Үйлдвэрлэгчийн заавар		Үйлдвэрлэгчийн заавар			Үйлдвэрлэгчийн заавар	
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог				Нэр			
Регистр	нас			эрэгтэй	эмэгтэй		
Шинжилгээ өгөлт	анх	давтан		Жирэмсэн эсэх		үгүй	тийм
Тасаг	Өвчний түүхийн дугаар						
Үзлэгийн төрөл/код	Хүн амын бүлэг/код						
Онош							
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага				Хүлээн авсан			
Төрөл	Цус			Ийлдэс			
Дугаар	Хэмжээ						
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр			Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо		20... он...сар ...өдөр	

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	RPR	negative		
2.	RPR титр	-		
3.	TPHA	negative		
4.	Anti-syphilis IgG	negative		
5.	Anti-syphilis IgM	negative		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо:

Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:

Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-22Л

Шинжилгээний хариуны маягт
ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	ХДХВ 1/2-н халдвар илрүүлэх						
Төрөл	Хурдавчилсан		Наалдуулах		ФХЭБУ		
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр		нас		эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг			Өвчний түүхийн дугаар				
Үзлэгийн төрөл/код			Хүн амын бүлэг/код				
Онош							
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан байгууллага				
Төрөл	Цус			Ийлдэс			
Дугаар			Хэмжээ				
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо	20... он...сар ...өдөр			

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	Anti HIV1/2	Сөрөг		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо:

Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:

Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

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

ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН ЭРХТНҮҮДИЙН ХЭТ АВИАН ОНОШИЛГОО

.....он.....сар....өдөр

Эцэг \эхлийн нэр _____

Нас _____ Хүйс:/зур/ эр,эм

Нэр _____

Элэг: Хэмжээ _____ **Гадаргуу:** тэгш, тэгш бус **Бүтэц:** _____ жигд, жигд бус

Эхо ойлт: _____ хэвийн, ихэссэн, багассан, **Үүдэн венийн голч:** _____

Голомтот: өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____

Бусад: _____

Цэсний хүүдий: Байрлал, хэлбэр хэмжээ: _____ **Хана:** хэвийн, зузаарсан, нимгэрсэн _____

Агууламж, голомтот өөрчлөлт: цэс, хэвийн, цэс өтгөрсөн, тунадастай, чулуутай, ургацагтай _____

Цэсний ерөнхий цорго: өргөсөөгүй, өргөссөн голч _____, Бусад _____

Нойр булчирхай: Хэмжээ _____, **Хүрээ:** тэгш, тэгш бус, **Бүтэц:** _____ жиг, жигд бус

Эхо ойлт: _____ хэвийн, ихэссэн, багассан, **Голомтот:** өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____

Бусад: _____

Дэлүү: Хэмжээ: _____ **ДИ/дэлүүний индекс/** _____, **Бусад:** _____

Бөөр: Баруун-байрлал: хэвийн, хэвийн бус, **Хэмжээ:** _____ **Хүрээ:** тэгш, тэгш бус _____

АТ: өргөсөөгүй, өргөссөн, сийрэгжсэн, **Голомтот:** өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____

Зүүн-байрлал: хэвийн, хэвийн бус, **Хэмжээ:** _____, **Хүрээ:** тэгш, тэгш бус, **АТ:** өргөсөөгүй, өргөссөн, сийрэгжсэн

Голомтот: өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____, Бусад: _____

Давсаг: Хана: _____, **Голомтот:** өөрчлөлтгүй, өөрчлөлттэй _____

Хэвлийн хөндийд: сул шингэнгүй, шингэнтэй _____

Бусад: _____

Эмчийн нэр _____ / _____
гарын үсэг

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28А

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

ЗҮҮ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД:

ЭМД:

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний зарчим _____

5. Зүү эмчилгээний төрөл:/зур/

Их биеийн зүү

Цахилгаан зүү

Усан зүү _____ Эмийн бодис

Гарын зүү

Чихний зүү

6. Жор: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Зүү эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Зүү засал	Хавсран хийгдэх эмчилгээ	Засал хийсэн эмчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28Б

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

ТӨӨНӨ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД:

ЭМД:

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Төөнө заслын төрөл: /зур/

Цахилгаан төөнө

Монгол төөнө

Шовгон төөнө

Хайрцаган төөнө

Харандаан төөнө

5. Төөнө хийх бэлчир орон: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Төөнө эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Төөнө засал	Засал хийсэн эмчийн нэр
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн
А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29А

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

ДЭВТЭЭЛГЭ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

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

Сувдан ванн

Бусад

6. Ороолт:

Эмийн бодис: _____

Бэлчир орон: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Дэвтээлгийн төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

Эмнэлгийн нэр _____

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29Б

Эмнэлгийн код:

БАРИА ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД:

ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Барианы төрөл: Бүтэн биеийн бариа : Хэсэгчилсэн бариа:

1. Бүтэн биеийн зөөлөн бариа	1. Толгой, хүзүү, нуруу
2. Халуун тосон бариа	2. Нүүрний хэсэг
3. Сүүн бариа	3. Гарын /мөр, бугалга, шуу, тохой, сарвууны хэсэг/
4. Шөлөн бариа	4. Сээр бүсэлхий ууц нуруу
5. Арвайн бариа	5. Хөлийн /түнх, гуя, өвдөг, шилбэ, тавхайн хэсэг/
6. Бусад бариа	6. 4 тольтын бариа
.....	7. Даран бариа
	8. Бусад бариа

5. Анхаарах зүйл: _____

Эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал
Б тал

№	Он сар өдөр	Барианы төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

Эмнэлгийн нэр _____

А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29В

Эмнэлгийн код:

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

ХАТГАХ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД:

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

ЭМД:

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

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний төрөл, талбай, байрлал: _____

Ханасан судасны нэр: _____

Самнуур: _____

Шивүүр: _____

Түрэм: _____

5. Эмчилгээний талаар зөвлөгөө өгсөн эсэх: _____ тийм _____ үгүй

6. Гарсан хүндрэл: _____

7. Авсан арга хэмжээ: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Хатгах засал хийхийг зөвшөөрсөн өвчтөний нэр: _____

ӨДРИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ /Хүүхэд/

Дугаар №

Өдрийн эмчилгээний хуудас нээсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ мин _____

Эмнэлгийн нэр: Тасаг, кабинетийн нэр:

Эцэг /эх/-ийн нэр:..... Нэр. Нас Хүйс

Регистрийн дугаар: ЭМДаатгал №:

Цусны бүлэг: (эцэг эхийн үгээр / эмнэлэгт тодорхойлсон бол хэзээ?)
 Тодорхойлсон эмч: сувилагч: огноо

Тогтмол хаяг:

Холбоо барих утас: 1. 2. 3. 4.

Нарийн мэргэжлийн эмчид үзүүлсэн: оны ... сарын ... өдөр

Явуулсан эмнэлэг: Үйлчлүүлэгчийн өвчний онош:

	Онош	ӨОУА-10 код	Огноо
1. Үндсэн			
2. Хавсарсан			
3. Хүндрэл			
Мэс засал / ажилбарын нэр		өгноо. / /	ӨОУА-9 код
			нийт зардал
		 ₮

Эмчийн үзлэг:

Өгүүлэмж:

Харшил: эм хоол бусад

Хүүхдийн амин үзүүлэлт: Биеийн байдал, Ухаан санаа,

Амьсгал Зүрхний цохилт, Артерийн даралт....., Биеийн хэм,

Цусны хүчилтөрөгчийн хангамж, Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт, FIO₂,

Ерөнхий үзлэг:

Хэсэг газрын үзлэг:

Шинжилгээний үзүүлэлтүүд хэвийн / хэвийн бус

Хавсаргасан шинжилгээ: () ЦЕШ () ШЕШ () Ре зураг/харалт () Биохими () Бүлэгнэлт () Вирус () Бак

Өдрийн (мэс засал / эмийн) оношлогоо/эмчилгээний үндэслэл:

Төлөвлөж буй мэдээгүйжүүлгийн хэлбэр:

Төлөвлөж буй мэс засал/ажилбар:

Мэс заслын өмнөх өвөрмөц бэлтгэл, гарч болох хүндрэл, түүнээс сэргийлэн авсан арга хэмжээ:

1.

2.

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

Хариулт:

Өвчтөн

..... –н аав/ ээж/ ах/ эгч/ эмээ/ өвөө/ асран хамгаалагч (доогуур зур)

би хүүхэддээ өдрийн мэс засал / эмийн эмчилгээг хийлгэхийг зөвшөөрч байна

Үйлчлүүлэгч/асран хамгаалагчийн нэр: овогтой Гарын үсэг /

20..... оны –р сарын.....өдөр

Эмчлэгч эмч /

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр:

Хэсэг газарт нэвчүүлэн Бүсчилсэн/ мэд.хориг Ерөнхий (ЕТТ / LMA / FM) үгүй

Мэс засал / ажилбар: цэвэр / идээт (зур)

Огноо.....	Эхэлсэн	Дууссан	Нийт
Мэдээгүйжүүлэг	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин
Мэс засал / ажилбар	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин
Эмийн эмчилгээ	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин

Мэс заслын/ ажилбарын/ эмийн эмчилгээний тэмдэглэл:

Мэс засал/ ажилбарын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ авсан эсэх: тийм / үгүй (зур)

	Шинжилгээ	сорьц	Тоо, хэмжээ
1	Эдийн		
2	Нян судлалын		
3	Цусны		
4	Бусад		

Мэс засал / ажилбарын дараах онош:

Оёдолд хэрэглэсэн утас:

Хэрэглэсэн антибиотикийн тухай:

Мэс заслын өмнө:

Мэс заслын үед:

Мэс заслын дараа:

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө:

1.
2.
3.
4.

Өдрийн эмчилгээний баг:

1. / /
2. / /
3. / /
4. / /
5. / /
6. / /

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Ерөнхий мэдээлэл:

- Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар:
- Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____
Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
- Эхийн боловсрол: 1. Боловсролгүй 4. Мэргэжлийн ба техникийн
2. Бага 5. Дээд
3. Дунд 6. Мэдээлэлгүй
- Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Бусад _____
- Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй; 3. Мэдээлэлгүй
- Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?
 - Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
 - Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
 - Өрх толгойлсон эх/эцэг
 - Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг
 - Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

- Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
- Нас: нас сар хоног
- Хүйс: 1. Эрэгтэй 2. Эмэгтэй
- Хүүхдийн төрсөн газар : 1. ЭХЭМҮТ 6. Хувийн эмнэлэг
2. Хотын амаржих газрууд 7. Тээвэрлэх үед
3. Аймагийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ 8. Сумын эмнэлэг
4. Дүүргийн эмнэлэг 9. Бусад _____
5. Гэрт
- Төрөх үеийн биеийн жин: (гр)
- Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:
 - Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор
 - Төрсний дараах эхний 1 хоногт
 - 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд
 - Амлуулаагүй
- Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?
 - Тийм; 2. Үгүй
- Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: (гр)
- Одоогийн биеийн өндөр: (см)
- Айлын хэд дэх хүүхэд вэ:
- Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):
 - БЦЖ 1 тун
 - Тавт вакцин 1 тун 2 тун 3 тун
 - УГУ (улаанууд, гахайн хавдар, улаанбурхан) вакцин 1 тун 2 тун
 - В гепатит 1 тун
 - Халдварт саа 1 тун 2 тун 3 тун 4 тун
 - Сахуу татран 1 тун 2 тун
 - Бусад _____

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

20. Хүүхдийн нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

21. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугацааг бичнэ үү
1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ үү _____ _____ _____	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног

22. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй

23. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?

1. Өрхийн эмнэлэгт
2. Сумын эмнэлэгт
3. Хувийн эмнэлэгт
4. Аймгийн эмнэлэгт
5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
6. Гэрт:
 - o Эмчийн заавраар
 - o Өөрсдөө

24. Хүүхэд эндсэн газар:

1. эмнэлэгт
2. гэрт
3. хээр, гадаа
4. тээврийн хэрэгсэлд
5. бусад _____

25. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

26. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?

1. Тийм;
2. Үгүй

27. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:

1. 1-р шатлал (сум/өрх)→2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал (сум/өрх)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)→1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)
5. Хувийн эмнэлэг→Улсын эмнэлэг
6. Бусад: _____

28. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:

1. дунд;
2. хүндэвтэр;
3. хүнд;
4. маш хүнд

29. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:

1. Сэхээн амьдруулалт
2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
3. Судсаар дусал шингэн залгасан
4. Антибиотик
5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд

- 8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
- 9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
- 10. Стеройдууд
- 11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
- 12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
- 13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
- 14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
- 15. Мэс засал
- 16. Бусад _____

30. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: хоног цаг минут

31. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:

- 1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
- 2. Яаралтай тусламжийн тасаг
- 3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____

32. Эмнэлзүйн онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу): _____

33. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

34. Эмгэг судлалын онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

35. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

36. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

• 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн) _____

• 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____

• 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн) _____

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Ерөнхий мэдээлэл:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

2. Хүүхдийн нэр: _____

3. Регистрийн дугаар: _____

4. Оршин суугаа хаяг:

Аймаг/хот: _____

Сум/дүүрэг: _____

Баг/хороо: _____

5. Эхийн боловсрол:

01	Боловсролгүй	06	Дипломын
02	Бага	07	Бакалаврын
03	Суурь боловсрол	08	Магистр
04	Бүрэн дунд	09	Доктор
05	Мэргэжлийн болон техникийн		

6. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал

- 01 Цалин хөлстэй ажиллагч
- 02 Ажил олгогч
- 03 Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч
- 04 Нөхөрлөл хоршооны гишүүн
- 05 Мал аж ахуй эхрлэгч
- 06 Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин хөлсгүй оролцогч гишүүн
- 07 Бусад /бичнэ/

7. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан

- 01 Сургуульд сурдаг
- 02 Тэтгэвэрт
- 03 Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй
- 04 Гэрийн ажилтай
- 05 Тохирох ажил олдохгүй
- 06 Ажил хайж байгаа
- 07 Ажиллах сонирхолгүй
- 08 Бусад /бичнэ/

8. Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх:

- 1. Тийм
- 2. Үгүй

9. Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?

- 1. Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
- 2. Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
- 3. Өрх толгойлсон эх/эцэг

4. Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг

5. Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

10. Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____ - ____ - ____

11. Нас: ____ нас

____ сар

____ хоног

12. Хүйс:

1. Эрэгтэй

2. Эмэгтэй

13. Хүүхдийн төрсөн газар:

1. ЭХЭМҮТ

2. Хотын амаржих газрууд

3. Аймаг, БОЭТ, хотын эмнэлэг

4. Гэрт

5. Хувийн эмнэлэг

6. Тээвэрлэх үед

7. Сумын эмнэлэг

8. Бусад _____

14. Төрөх үеийн биеийн жин: гр

15. Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:

1. Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор

2. Төрсний дараах эхний 1 хоногт

3. 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд

4. Амлуулаагүй

16. Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?

1. Тийм 2. Үгүй

17. Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: кг

18. Одоогийн биеийн өндөр: см

19. Айлын хэд дэх хүүхэд вэ: _____

20. Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):

• БЦЖ 1 тун

• Тавт вакцин 1 тун 2 тун 3 тун

• УГУ вакцин 1 тун 2 тун

• В гепатит 1 тун

• Халдварт саа 1 тун 2 тун 3 тун 4 тун

• Сахуу татран 1 тун 2 тун

• Бусад

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

21. Хүүхэд нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ - ____ - ____ : ____

22. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугааг бичнэ үү
---	--------------------	-----------------------	--

1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	... хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	... хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	... хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	... хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	... хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	... хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	... хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	... хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	... хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	... хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	... хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	... хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	... хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ ҮҮ	Тийм / Үгүй	... хоног

23. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх:

1. тийм

2. үгүй

24. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?

1. Өрхийн эмнэлэгт

2. Сумын эмнэлэгт

3. Хувийн эмнэлэгт

4. Аймгийн эмнэлэгт

5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт

6. Гэрт:

○ Эмчийн заавраар

○ Өөрсдөө

25. Нас барсан газар:

1. эмнэлэгт

2. гэрт

3. хээр гадаа

4. тээврийн хэрэгсэлд

5. бусад

.....

26. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ - ____ - ____ : ____

27. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?

1. Тийм

2. Үгүй

28. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:

1. 1-р шатлал (сум/өрх) → 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)

2. 1-р шатлал (сум/өрх) → 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)

3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг) → 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)

4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг) → 1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)

5. Хувийн эмнэлэг → Улсын эмнэлэг

6. Бусад _____

29. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. Дунд | 3. Хүнд |
| 2. Хүндэвтэр | 4. Маш хүнд |

30. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:

1. Сэхээн амьдруулалт
2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
3. Судсаар дусал шингэн залгасан
4. Антибиотик
5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд
8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
10. Стеройдууд
11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
15. Мэс засал
16. Бусад _____

31. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: хоног цаг минут

32. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:

1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
2. Яаралтай тусламжийн тасаг
3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____

33. Эмнэлзүйн онош:

- А. Үндсэн онош: _____
- Б. Хүндрэл: _____
- В. Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу):

34. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх:

- | | |
|---------|---------|
| 1. Тийм | 2. Үгүй |
|---------|---------|

35. Эмгэг судлалын онош:

- А. Үндсэн онош: _____
- Б. Хүндрэл: _____
- В. Дагалдах онош: _____

36. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх:

- | | |
|---------|---------|
| 1. Тийм | 2. Үгүй |
|---------|---------|

37. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

- 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн)

- 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____
- 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн)

А1. Эмнэлгийн нэр:

ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ ХУУДАС

Эрэмбэлэн ангилал

A	B	C	D
---	---	---	---

А2. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ А3. Нэр _____ А4. РД

А5. Нас

А6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

А10. Боловсрол	
Боловсролгүй	1
Бага	2
Суурь боловсрол	3
Бүрэн дунд	4
Мэргэжлийн болон техникийн	5
Дипломын	6
Бакалавр	7
Магистр	8
Доктор	9

А14. Өөр эмнэлэгт хандсан эсэх	
Өрх ЭМТөв	1
Сум, тосгон, сум дундын ЭМТ	2
Аймаг, Дүүргийн НЭ	3
БОЭТ	4
Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг	5
Бусад	98

А7. ТОГТМОЛ ХАЯГ:

А8. УТАС _____

А9. АЖЛЫН ГАЗАР, АЛБАН ТУШААЛ

А11. Эмнэлэгт яаж ирсэн	
Өөрөө	1
Түргэн тусламжаар	2
Бусад _____	98

15. Гэмтсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Үзүүлсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">А12. Гэмтэл авах үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Тийм</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Үгүй</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	А12. Гэмтэл авах үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх		Тийм	1	Үгүй	2	<p>А17. Осол болсон газар, байршил /дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/ _____</p>
А12. Гэмтэл авах үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх							
Тийм	1						
Үгүй	2						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">А13. Гэмтэл авах үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Тийм</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Үгүй</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	А13. Гэмтэл авах үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх		Тийм	1	Үгүй	2	
А13. Гэмтэл авах үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх							
Тийм	1						
Үгүй	2						

Б 1. ОСОЛ ГАРАХ ҮЕИЙН БАЙРШИЛ

Гэртээ	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Ажлын байранд</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Үйлдвэрлэл</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Барилга</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Уурхай</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Албан тасалгаа</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Бусад / бичих / _____</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>	Ажлын байранд		Үйлдвэрлэл	8	Барилга	9	Уурхай	10	Албан тасалгаа	11	Бусад / бичих / _____	98	Тодорхойгүй	99
Ажлын байранд																
Үйлдвэрлэл	8															
Барилга	9															
Уурхай	10															
Албан тасалгаа	11															
Бусад / бичих / _____	98															
Тодорхойгүй	99															
Сургууль, цэцэрлэг	2															
Биеийн тамир, спортын талбай	3															
Гудамж, зам	4															
Худалдаа үйлчилгээний газар	5															
Хөдөө аж ахуй ба ферм	6															
Олон нийтийн газар (бар, диско)	7															

Б 2. ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ШАЛТГААН

Зам тээврийн осол /V00-V99/	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Амьтай механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Нохойд хазуулах</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/ _____</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/ _____</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/ _____</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td rowspan="10"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цас, мөсөн дээр хальтарч унах</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Явганаас унах</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Тэшүүр, цанаар гулгах үед унах</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Хүнтэй мөргөлдөх, түлхээдэн унах</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Спортын хэрэгслээс унах</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Шат, гишгүүрээс унах</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Барилга, байгууламжаас унах</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Бусад уналт /бичих/ _____</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй уналт</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table> </td> <td rowspan="10"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цахилгаан гүйдэл</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Гал, дөлд</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Халуун цай, хоол, тосонд</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Халуун усанд</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Халуун уур, агаар, хийнд</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>Ахуйн халуун хэрэгсэлд</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Бусад түлэгдэл _____</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td>Хурц зүйл /бичих/ _____</td> <td>14</td> <td rowspan="3"> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Бусад осол /бичих/ _____</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй осол _____</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td>Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/ бүлгээс харах</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Мохоо зүйлд /бичих/ _____</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, сальют гэх мэт бичих/ _____</td> <td>16</td> </tr> </tbody> </table>	Амьтай механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах		Нохойд хазуулах	17	Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____	18	Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/ _____	19	Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/ _____	20	Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/ _____	21	Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/	22	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цас, мөсөн дээр хальтарч унах</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Явганаас унах</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Тэшүүр, цанаар гулгах үед унах</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Хүнтэй мөргөлдөх, түлхээдэн унах</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Спортын хэрэгслээс унах</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Шат, гишгүүрээс унах</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Барилга, байгууламжаас унах</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Бусад уналт /бичих/ _____</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй уналт</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах		Цас, мөсөн дээр хальтарч унах	4	Явганаас унах	5	Тэшүүр, цанаар гулгах үед унах	6	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхээдэн унах	7	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/	8	Спортын хэрэгслээс унах	9	Шат, гишгүүрээс унах	10	Барилга, байгууламжаас унах	11	Бусад уналт /бичих/ _____	12	Тодорхойгүй уналт	13	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цахилгаан гүйдэл</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Гал, дөлд</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Халуун цай, хоол, тосонд</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Халуун усанд</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Халуун уур, агаар, хийнд</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>Ахуйн халуун хэрэгсэлд</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Бусад түлэгдэл _____</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>	Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах		Цахилгаан гүйдэл	23	Гал, дөлд	24	Халуун цай, хоол, тосонд	25	Халуун усанд	26	Халуун уур, агаар, хийнд	27	Ахуйн халуун хэрэгсэлд	28	Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур	29	Бусад түлэгдэл _____	30	Тодорхойгүй	31	Хурц зүйл /бичих/ _____	14	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Бусад осол /бичих/ _____</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй осол _____</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>	Бусад осол /бичих/ _____	98	Тодорхойгүй осол _____	99	Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/ бүлгээс харах	16	Мохоо зүйлд /бичих/ _____	15	Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, сальют гэх мэт бичих/ _____	16
Амьтай механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах																																																																									
Нохойд хазуулах	17																																																																								
Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____	18																																																																								
Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/ _____	19																																																																								
Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/ _____	20																																																																								
Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/ _____	21																																																																								
Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/	22																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цас, мөсөн дээр хальтарч унах</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Явганаас унах</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Тэшүүр, цанаар гулгах үед унах</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Хүнтэй мөргөлдөх, түлхээдэн унах</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Спортын хэрэгслээс унах</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Шат, гишгүүрээс унах</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Барилга, байгууламжаас унах</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Бусад уналт /бичих/ _____</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй уналт</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах		Цас, мөсөн дээр хальтарч унах	4	Явганаас унах	5	Тэшүүр, цанаар гулгах үед унах	6	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхээдэн унах	7	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/	8	Спортын хэрэгслээс унах	9	Шат, гишгүүрээс унах	10		Барилга, байгууламжаас унах	11	Бусад уналт /бичих/ _____	12	Тодорхойгүй уналт	13	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цахилгаан гүйдэл</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Гал, дөлд</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Халуун цай, хоол, тосонд</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Халуун усанд</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Халуун уур, агаар, хийнд</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>Ахуйн халуун хэрэгсэлд</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Бусад түлэгдэл _____</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>	Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах		Цахилгаан гүйдэл	23	Гал, дөлд	24	Халуун цай, хоол, тосонд	25	Халуун усанд	26	Халуун уур, агаар, хийнд	27	Ахуйн халуун хэрэгсэлд	28	Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур		29	Бусад түлэгдэл _____	30	Тодорхойгүй	31																												
	Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах																																																																								
	Цас, мөсөн дээр хальтарч унах	4																																																																							
	Явганаас унах	5																																																																							
	Тэшүүр, цанаар гулгах үед унах	6																																																																							
	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхээдэн унах	7																																																																							
	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/	8																																																																							
	Спортын хэрэгслээс унах	9																																																																							
	Шат, гишгүүрээс унах	10																																																																							
	Барилга, байгууламжаас унах	11																																																																							
Бусад уналт /бичих/ _____	12																																																																								
Тодорхойгүй уналт	13																																																																								
Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах																																																																									
Цахилгаан гүйдэл	23																																																																								
Гал, дөлд	24																																																																								
Халуун цай, хоол, тосонд	25																																																																								
Халуун усанд	26																																																																								
Халуун уур, агаар, хийнд	27																																																																								
Ахуйн халуун хэрэгсэлд	28																																																																								
Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур	29																																																																								
Бусад түлэгдэл _____	30																																																																								
Тодорхойгүй	31																																																																								
Хурц зүйл /бичих/ _____	14	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Бусад осол /бичих/ _____</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Тодорхойгүй осол _____</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>	Бусад осол /бичих/ _____	98	Тодорхойгүй осол _____	99																																																																			
Бусад осол /бичих/ _____	98																																																																								
Тодорхойгүй осол _____	99																																																																								
Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/ бүлгээс харах	16																																																																								
Мохоо зүйлд /бичих/ _____	15																																																																								
Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, сальют гэх мэт бичих/ _____	16																																																																								

ХӨДӨЛГӨӨН ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/
 Гэрийн хаяг: _____
 Амьдралын нөхцөл: _____
 Ажил эрхлэлт, ажлын нөхцөл: _____
 Зовуурь: _____
 Өвчин эхэлсэн шалтгаан: _____
 Шинжилгээний дүгнэлт /MRI, CP, X-Ray/: _____
 Үндсэн онош (ICD-10): _____ РТ/онош (ICF): _____
 Өвчин эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр Эмнэлэгт хэвтсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр
 Үнэлгээ хийсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр ХЗЭ дууссан: _____ он _____ сар _____ өдөр
 Эмнэлгээс гарсан:он.....сар.....өдөр

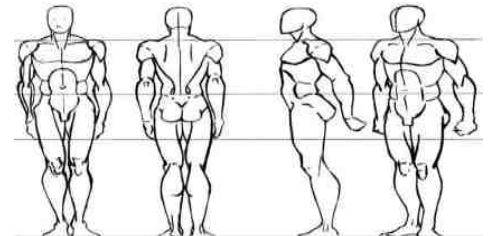
/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭӨ/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 0-өвдөлтгүй
- 1-2 маш бага өвдөлт
- 3-4 бага өвдөлт
- 5-6 дунд зэргийн өвдөлт
- 7-8 их өвдөлт
- 9-10 маш их өвдөлт

/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭД/

0 1 3 4 5 6 7 8 9 10



Өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар /Modified Barthel Index/

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Нилээд тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөх уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэнцвэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15
Нийт оноо/хувь					

Төрх байдлын анализ:

.....

Алхааны анализ:

.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч	Үений далайц	Үе холбоос	Далайц	Булчингийн хүч	Үений далайц
Баруун				Зүүн	
		Мөрний үе	Нугалах	0-180	
			Тэнийлгэх	0-60	
			Холдуулах	0-180	
			Ойртуулах	0-45	
			Гадагш эргүүлэх	0-90	
			Дотогш эргүүлэх	0-90	
		Тохойн үе	Нугалах	0-150	
			Тэнийлгэх	0-10	
		Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90	
			Алга дээш харуулах	0-80-90	
		Бугуйн үе	Нугалах	0-80	
			Тэнийлгэх	0-70	
		Түнхний үе	Нугалах	0-120	
			Тэнийлгэх	0-30	
			Холдуулах	0-45	
			Ойртуулах	0-30	
			Гадагш эргүүлэх	0-45	
			Дотогш эргүүлэх	0-35	
		Өвдөгний үе	Нугалах	0-135	
			Тэнийлгэх	0	
		Шагайн үе	Ээтиллгэх	0-20	

Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах: _____

Богино хугацааны зорилго: _____

Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа: _____

Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө: _____

Хийгдсэн эмчилгээ: _____

ХӨДӨЛМӨР ЗАСЛЫН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/
Үндсэн онош (ICD-10): _____ Хөдөлмөр засалчийн онош (ICF): _____

Modified Barthel Index (өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар)

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Их тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөж уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэргэнцэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15

Нийт оноо:.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч	Үений далайц	Үе холбоос	Далайц	Булчингийн хүч	Үений далайц
Баруун		Мөрний үе	Нугалах	0-180	Зүүн
			Тэнийлгэх	0-60	
			Холдуулах	0-180	
			Ойртуулах	0-45	
			Гадагш эргүүлэх	0-90	
			Дотогш эргүүлэх	0-90	
			Тохойн үе	Нугалах		0-150
			Тэнийлгэх	0-10	
		Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90	
			Алга дээш харуулах	0-80-90	
		Бугуйн үе	Нугалах	0-80	
			Тэнийлгэх	0-70	
		Түнхний үе	Нугалах	0-120	
			Тэнийлгэх	0-30	
			Холдуулах	0-45	
			Ойртуулах	0-30	
			Гадагш эргүүлэх	0-45	
			Дотогш эргүүлэх	0-35	
		Өвдөгний үе	Нугалах	0-135	
			Тэнийлгэх	0	
		Шагайн үе	Ээтийлгэх	0-20	
			Жийх	0-50	

1. Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах:

.....
.....
.....
.....

2. Богино хугацааны зорилго:

.....
.....
.....
.....

3. Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа:

.....
.....
.....
.....
.....

4. Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө:

.....
.....
.....
.....
.....

5. Хийгдсэн эмчилгээ:

.....
.....
.....
.....

Хөдөлмөр засалч /Ахуй засалч/: _____

20 оны сарын өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-36

**БҮХ НИЙТЭЭР ТЭМДЭГЛЭХ БАЯР, ТЭМДЭГЛЭЛТ ӨДРИЙН АМРАЛТЫН ҮЕИЙН ЭМНЭЛГИЙН
 ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭГ МЭДЭЭЛЭХ БҮРТГЭЛ**

№	Үзүүлэлт	№	Өрх сумын эрүүл мэндийн төв	Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	Төв эмнэлэг, тусгай мэргэшлийн төвүүд	Бусад	Нийт дүн				
А	Б	В	1	2	3	4	5				
1	Төрсөн эхийн тоо	1									
2	Амьд төрсөн нярай	2									
3	Амьгүй төрсөн хүүхэд	3									
4	Нас барсан хүний тоо	4									
5	Үүнээс: эмнэлэгт	5									
6	Хоног болоогүй нас баралт	6									
7	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл	7									
8	1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл	8									
9	Осол гэмтлийн улмаас нас барсан хүний тоо	9									
10	Үүнээс	Зам тээврийн ослоор		10							
		Хөлдөлт, осголт		11							
		Хордлогоор	Архины шалтгаант		12						
			Хоолны		13						
			Бусад		14						
Бусад ослоор		15									
11	Амбулаторын нийт үзлэг	16									
12	Үүнээс: Томуу, томуу төст өвчний учир	17									
13	Хүлээн авах, яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлсэн иргэдийн тоо	Насанд хүрэгчид	Нийт		18						
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		19					
				Хордлого	Архи		20				
					Хоол		21				
			Осол гэмтэл	Авто осол		22					
				Түлэгдэлт		23					
				бусад гэмтэл		24					
			Буцаасан		25						
			Нас барсан		26						
		Хүүхэд	Нийт		27						
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		28					
				Томуу, томуу төст өвчин, амьсгалын замын өвчлөл		29					
				Хордлого		30					
			Осол гэмтэл	Авто осол		31					
				Түлэгдэлт		32					
				бусад		33					
			Буцаасан		34						
Нас барсан			35								
Томуу, амьсгалын замын өвчний амбулаторийн үзлэгт эзлэх хувь		36									
Нийт		37									
Хүүхэд	0-5 насны хүүхдийн томуу, амьсгалын замын өвчлөл		38								
	Хордлого		39								
	Халдварт өвчин		40								

14	Түргэн туслам жийн дуудлагын тоо	Нийт		41					
		Насанд хүрэгчид	Осол гэмтэ	Архи	42				
				Хоол	43				
			Төрөх	44					
			Халдварт өвчин	45					
			Бусад	46					
		Эмч очихоос өмнө нас барсан		47					
15	Орон нутагт гарсан олныг хамарсан аюулд өртсөн хүний тоо	Осол, гэмтэл		48					
		Хордлого		49					
		Түлэгдэл		50					
		Үер, усны аюул		51					
		Нас баралт		52					
16	Зоонозын өвчний сэжигтэй тохиолдол		53						

Мөрийн дагуу: 9= (10+11+12+13+14+15)

ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН ХУУДАС

Өрх, сумын эмч /өрхийн сувилагч/ Бага эмч/ (зур)

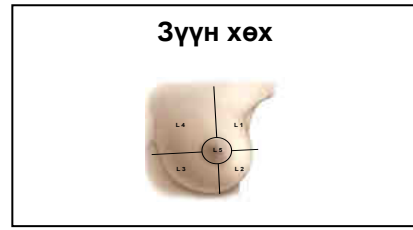
1. Эмнэлгийн нэр, код

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

2.РД

3.Эцэг, эхийн нэр:		4.Өөрийн нэр:	
5.Төрсөн он сар өдөр	7. Гэр бүлийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	8. Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	9. Мэргэжил: 10.Албан тушаал 11.Ажлын газар
6. Нас [
12. Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот Утас: _____		13. Асуумжийн хэсэг: Та урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж эмчлүүлж байсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэрэв тийм бол хэдэн онд өвдсөн бэ? 14. Ямар эмчилгээ хийгдсэн бэ? (Олон сонголттой байж болно) <input type="checkbox"/> Мэс засал эмчилгээ <input type="checkbox"/> Туяа эмчилгээ <input type="checkbox"/> Хими эмчилгээ <input type="checkbox"/> Хөнгөвчлөх эмчилгээ <input type="checkbox"/> Эмчилгээ хийгдээгүй	
15.Таны ойрын төрөл садангаас (ээж, эгч, охин дүү) хэн нэгэн нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Хэрэв тийм бол: Овог Нэр.....РД Овог Нэр.....РД Овог Нэр.....РД Овог Нэр.....РД			
16.Үзлэгийн хэсэг: Үзлэг хийсэн огноо: он сар өдөр Үзлэгийн хэлбэрүүдийн аль тохирохыг тэмдэглэнэ үү(Олон хариулт сонгож болно, тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)			
1.Умайн хүзүүний өмөнгийн илрүүлэгтэй зэрэгцэн хийгдэж буй хөхний өмөнгийн илрүүлэг үзлэг			
2.Боломжит илрүүлгийн бусад хэлбэр: Хөхний өмөнгөөр өвдөх өндөр эрсдэлтэй бүлгийн илрүүлэг			
2а.Урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан			
2б.Ойрын садан төрөл нь өвдөж байсан удамшилын өгүүлэлтэй			
2в.Бусад			
3.Илрүүлэг үзлэг бус, эмнэлзүйн шалтгаанаар үзүүлэхээр ирсэн			
3а.Хөхөө өөрөө тэмтрэх аргаар үзэхэд бэрсүү илэрсэн			
3б.Бусад			
17.Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хөхний эмнэлзүйн аргаар үйлчлүүлэгчийн хөхийг үзэхэд өөрчлөлт илэрсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			

Хэрэв Тийм бол, эмгэг өөрчлөлт илэрсэн хэсгийг зураг дээрх тэмдэглэгээнээс харж, хүснэгтэд тэмдэглэнэ үү. (Тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)



Шинж тэмдэг	Зураг дээрх байршлын дугаар									
	Баруун хөх					Зүүн хөх				
	R1	R2	R3	R4	R5	L1	L2	L3	L4	L5
Нүдээр харах, тэмтрэхэд хэвийн байх										
Хөхөнд бэрсүүтэй, хэмжээ (мм)										
Арьс татагдах										
Цээжний хана руу тархаж, наалдацтай болох										
Жүржийн хальсны шинж тэмдэг (шархлах)										
Хөхний толгой татагдах										
Хөхний толгойноос шүүрэл гарах										
18.Тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ /хөдөлгөөнтэй/ <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ /орчны эдтэйгээ наалдацтай/ <input type="checkbox"/> үнэлэх боломжгүй										
19.Тунгалгийн булчирхай тэмтрэгдэж байгаа бол байрлалыг тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү.										
Байршлын дугаар										
R – Баруун тал				L – Зүүн тал						
Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний			
R6	R7	R8	R9	L6	L7	L8	L9			

20. Үзлэг хийсэн эмч/сувилагчийн, дугаар _____ /

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

Заавар: Тодруулсан асуултууд (асуулт 15-17) Эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулах асуултууд байх болно. Бусад задгай хариулт бүхий асуултуудыг эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулахгүй.

Байршлын дугаарыг зургаас харна уу	Нүдээр харах тэмтрэхэд хэвийн байна уу	Бэрсүү байна уу		Бэлэгдсэн /хөдөлгөөн/ байдал		Жүржийн хальсны шинж /арьсны шархлаа/ зангилаа	Хөхний толгой цааш татагдсан	Хөхний толгойноос шүүрэл гарах	
		Тийм/ Үгүй	Тийм/ Үгүй	Хэмжээ /mm/	Арьс				Цээжний хана
					Тийм/ Үгүй				Тийм/ Үгүй
Баруун	R1								
	R2								
	R3								
	R4								
	R5								
Зүүн	L1								
	L2								
	L3								
	L4								
	L5								
15.Тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> үнэлэх боломжгүй									
16.Хэрэв тэмтрэгдэж байвал: дараах хэсэгт тэмдэглэнэ үү,									
Байршлын дугаар									
R – Баруун тал					L – Зүүн тал				
Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний		Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	
R6	R7	R8	R9		L6	L7	L8	L9	

17.Хийгдсэн мэс ажилбар (Тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)

Хийгдсэн үйлдэл	Зургийг ашиглан байрлалыг тодорхойлох																	
	Баруун хөх					Зүүн хөх					Тунгалагийн булчирхай -баруун талд				Тунгалагийн булчирхай - зүүн талд			
	R1	R2	R3	R4	R5	L1	L2	L3	L4	L5	R6	R7	R8	R9	L6	L7	L8	L9
Хатгалт хийж эсийн шинжилгээ авсан																		
Хатгалт хийж эдийн шинжилгээ авсан																		
Зүсэлт хийж эдийн шинжилгээ авсан																		
Мэс заслын аргаар эдийн шинжилгээ авсан																		

Маммографи шинжилгээний маягт

Мэс заслын эмч/ Рентген оношлогооны эмч

1. Эмнэлэгийн нэр, код			2.РД												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															
3.Эцэг, эхийн нэр:			4.Өөрийн нэр:												
5.Төрсөн он сар өдөр	8. Боловсрол:		9. Тогтмол хаяг:												
6. Нас []	<input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот												
7.Гэр бүлийн байдал:															
<input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн															
10. Мэргэжил:	11.Албан тушаал	12 .Ажлын газар													
13.Шинжилгээ хийсэн огноо: он сар өдөр															
14.Шинжилгээний дүгнэлт (Тохирох өөрчлөлтийн нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү, олон хариулттай байж болно)															
Хэвийн															
Фиброз - уйланхай															
Хөхний толгой татагдсан															
Арьсанд наалдаж, хөдөлгөөнгүй болсон															
Булчирхайн суваг шохойжсон															
Завсрын эд шохойжсон															
Булчирхайн сувгууд олширч, хэлбэр дүрсээ алдсан															
Эмгэг сүүдэр илэрсэн															
Бүтэц:		1 өнгөтэй <input type="checkbox"/>	1 төрлийн бус, жигд бус <input type="checkbox"/>												
Ирмэг хүрээ :		Тод <input type="checkbox"/>	Тод бус <input type="checkbox"/>												
Эрүүл эд хамарсан :		Тийм <input type="checkbox"/>	Үгүй <input type="checkbox"/>												
15. Авсан арга хэмжээ :															
<input type="checkbox"/> Хэвийн бус гэсэн дүгнэлт өгсөн тул үйлчлүүлэгчийг Мэс заслын эмчид эргэн хандахыг зөвлөсөн															
<input type="checkbox"/> Хэвийн гэсэн дүгнэлт өгсөн тул үйлчлүүлэгчид зөвлөгөө өгсөн <input type="checkbox"/>															
16 Шинжилгээний дүгнэлт гаргасан эмчийн нэр, дугаар / _____ /															

Заавар: Энэхүү маягтын **А** (1-12 асуулт) хэсгийг мэс заслын болон хавдрын эмч бөглөн үйлчлүүлэгчийг уг маягтын хамт маммограммын аппарат бүхий дүрс оношлогооны кабинетад илгээнэ. Рентген оношлогооны эмч үргэлжлүүлэн бөглөж, шинжилгээний дүгнэлтийг тэмдэглэн, маягтыг цаасаар аймаг, дүүргийн Хавдар бүртгэгчид илгээнэ.

Энэ маягтын эх хувь нь хадгалах хугацааны туршид Хавдар бүртгэгчид хадгалагдана.

	<input type="checkbox"/> Суулгац <input type="checkbox"/> Бэлгэвч <input type="checkbox"/> Хавсарсан арга <input type="checkbox"/> Хэрэглэдэггүй	<input type="checkbox"/> Шархтай <input type="checkbox"/> Цэврүүтэй <input type="checkbox"/> Хавдрын сэжигтэй
--	---	----------------	---

Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээ авахыг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг
 /...../...../...../

19.Сорьц авсан огноо : он сар өдөр Авсан эмчийн нэр,гарын үсэг,.....

20.Сорьц илгээсэн огноо : он сар өдөр

21 .Хүний папиллом вирусийн илрүүлэх шинжилгээний сорьц авсан :
 Он сар өдөр Авсан эмчийн нэр,гарын үсэг,.....

22.Дээрх сорьц илгээсэн огноо : он сар өдөр

23.Эс судлалын шинжилгээний хэсэг

Пап наац хүлээж авсан эмнэлгийн нэр, код ,.....,Шинжилгээний дугаар

Пап наац хүлээн авсан огноо: он сар өдөр

24.Наац шаардлага хангасан эсэх: Шаардлага хангасан Шаардлага хангаагүй

<p>25.Шаардлага хангаагүй бол</p> <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (цус ихтэй) <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (эс цөөн, халдвар зур) <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (бусад-агаарт хатаагдсан))	<p>26.Эндоцервикал эс байна уу?</p> <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	<p>27.Бэлгийн замын халдвар:</p> <input type="checkbox"/> Трихоминад <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> Кокобацилл <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр	<p>28.Урвалж өөрчлөлт:</p> <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> Атрофи <input type="checkbox"/> Метаплази <input type="checkbox"/> Реактив өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Үгүй
---	---	--	---

29.Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, онош (Тохирох хариултын нүдэнд √ тэмдэглэнэ үү)

Д/Д	БЕТЕСДА АНГИЛАЛ	
1	Хэвийн	
2	Хэвшинжгүй хавтгай эсүүд – Өөрчлөлт нь тодорхой бус (ASC-US)	
3	Хэвшинжгүй хавтгай эсүүд – Хучуур эдийн дотор хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй (ASC-H)	

4	Хавтгай хучуур эсийн хөнгөн гэмтэц (LSIL)	
5	Хавтгай хучуур эсийн хүнд гэмтэц (HSIL) (CIN II, CIN III, CIS)	
6	Хавтгай хучуурын Байран өмөн (CIS)	
7	Цөмлөн түрсэн өмөн (SCC)	
8	Хэвшинжгүй булчирхайлаг эсүүд (atypical glandular cell -AGUS)	
9	Булчирхайлаг эсийн байран өмөн (adenocarcinoma in situ)	
10	Булчирхайлаг өмөн (adenocarcinoma)	
11	Бусад хорт хавдар	

30. Хүний папиллом вирусийн илрүүлэх шинжилгээний хариу эерэг сөрөг

31. Нэмэлт тэмдэглэл:

32. Эс судлаач эмчийн нэр,

_____ /

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

33. Эсийн шинжилгээний хариу гарсан огноо: (0000/сс/өө]

34. Эсийн шинжилгээний хариуг хүлээлгэн өгсөн огноо:

(0000/сс/өө]

Заавар: Энэхүү маягтын (1-22 дүгээр асуулт) хэсгийг өрх, сумын эмч хөтлөнө.

Эс судлаач эмч 23 дугаар асуулт хэсгээс эсийн шинжилгээний дүгнэлтийг бичиж, тухайн өдөртөө багтаан эргэн дуудах тогтолцооны програмд шивж оруулна. Бүртгэлийн маягтуудыг цуглуулан долоо хоногт нэг удаа аймаг, дүүргийн статистикч (ХБА) эмчид цаасаар илгээнэ.

Үзлэг хийсэн огноо: _____ он ____ сар__ өдөр			
22. Гадна бэлэг эрхтний хөгжил:		23. Умайн хүзүүний харагдах байдал:	
<input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Дутуу <input type="checkbox"/> Эмгэгтэй <input type="checkbox"/> Уужим <input type="checkbox"/> Бачуу		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Умайн хүзүүний уулзвар хэсэг бүтэн харагдана <input type="checkbox"/> Уулзвар хэсэг харагдахгүй <input type="checkbox"/> Үрэвсэлтэй <input type="checkbox"/> Шархалсан	
		<input type="checkbox"/> Ур ургацаг харагдана цагийн байрлалд ... хэмжээтэй <input type="checkbox"/> Цайвар тов харагдана ...цагийн байрлалд ... хэмжээтэй <input type="checkbox"/> Хавдрын сэжигтэй ... цагийн байрлалд ... хэмжээтэй	
24. Үтрээний дурангийн шинжилгээ хийсэн үү? <input type="checkbox"/> Хийсэн <input type="checkbox"/> Хийгээгүй			
25. Хэрэв хийсэн бол үтрээн дурангийн шинжилгээ хийх талаар үйлчлүүлэгчид таниулж зөвшөөрөл авсан эмчийн нэр, гарын үсэг /...../			
26. Үтрээн дурангийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../			
27. Үтрээн дурангийн шинжилгээний дүгнэлтийн хэсэг			
Шинжилгээ <input type="checkbox"/> Хангалттай <input type="checkbox"/> Хангалтгүй			
Шилжилтийн бүс <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 1 <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 2 <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 3			
Умайн хүзүүний өөрчлөлт:		Үтрээний өөрчлөлт:	
<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хавдар сэжиглэх <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлтүүд		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хавдар сэжиглэх <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлтүүд	
Эдийн шинжилгээ авах талбай сонгох боломжтой эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
Кольпоскоп шинжилгээний урьдчилсан онош :			
ӨОУА-10			
28. Эдийн шинжилгээ авсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
29. Хэрэв тийм бол умайн хүзүүний эдийн шинжилгээ хийх талаар үйлчлүүлэгчид таниулж зөвшөөрөл авсан эмчийн нэр, гарын үсэг /...../			
30. Умайн хүзүүний эдийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../			
31. Эдийн шинжилгээнд сорьц илгээсэн огноо:			
32. Эдийн шинжилгээний дүгнэлт:			
Эдийн шинжилгээний дүгнэлт илгээсэн лабораторын нэр, дугаар:			
Эдийн шинжилгээний хариу хүлээн авсан огноо: _____ он ____ сар__ өдөр			
Эдийн шинжилгээний хариу:			
33. (Тохирох хариултын нүдэнд $\sqrt{\quad}$ тэмдэглэнэ үү)			
Д/Д	ДЭМБ-ын ангилал		
1	Онош тогтоох боломжгүй	6	CIS /Байран өмөн /
2	Хэвийн	7	SCC /Цөмлөн түрсэн өмөн/
3	CIN 1	8	Аденокарцинома
4	CIN 2	9	Бусад
5	CIN 3		

34. Эмэгтэйчүүдийн эмчийн дүгнэлт хэсэг

Төгсгөлийн онош: Хэвийн Үрэвсэлтэй CIN1 CIN2-CIN3 Байран өмөн
 Цөмлөн түрсэн өмөн (SCC)

ӨОУА – 10

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

Арга хэмжээ авч эхэлсэн огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр

35. Авсан арга хэмжээ:

Давтан шинжилгээ хийх Дараагийн илрүүлэг үзлэгт хамрагдахыг зөвлөсөн
 Шаардлагатай эмийн эмчилгээг зөвлөсөн LEEP Конизаци ХСҮТ-д эмчилгээ
хийлгэхийг зөвлөсөн Давтан хамрагдалт

36. Зөвлөмж, тэмдэглэгээ

Эмчийн нэр, дугаар _____ /

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

Заавар: Энэхүү маягыг үзлэг хийсэн тухайн өдөрт нь Эргэн дуудах тогтолцооны програмд шивж оруулна. Давтан авсан эсийн болон эдийн шинжилгээний хариу гарсны дараа дүгнэлтээ гаргаж, үлдсэн асуултуудыг бүрэн бөглөсний дараа маягыг програмд оруулан, цаасаар аймаг, дүүргийн статистикч (ХБА) эмчид илгээнэ..

Жич: Үйлчлүүлэгч өрх, сумын эрүүл мэндийн төвдөө үзүүлээгүй шууд эмэгтэйчүүдийн кабинетаар үйлчлүүлж, зөвхөн эсийн шинжилгээ авсан тохиолдолд ЭИМ-3- г хөтөлнө.

-Түүнчэн төрөлжсөн мэргэжлийн төв, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдэд эрт илрүүлэг үзлэг хийсэн хийсэн тохиолдолд эх барих эмэгтэйчүүдийн эмчийн хөтлөх маягыг хөтөлж, Эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулан мэдээллийн сан үүсгэж , журмйн дагуу мэдээлнэ. Энэхү маягтын дагуу Эрт илрүүлэг эргэн дуудах тогтолцооны програм ажиллах бөгөөд тухай бүрд хөгжүүлэлт хийх болон заавар зөвлөмж өгөх ажлыг ХСҮТ-ийн Хавдрын бүртгэл тандалт эрт илрүүлгийн алба хариуцна.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-1

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр, лого

		РД			
		НДД			
		Өвчний түүх нээсэн он сар өдөр цаг мин / /			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Тасгийн нэр: Өөрийн нэр:			
Төрсөн он сар өдөр / / Нас: _____	Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн		Боловсролын байдал: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ тоот _____		Ажлын газар, албан тушаал: Мэргэжил: _____		Цусны бүлэг: _____ Баталгаажуулсан хүний нэр гарын үсэг: _____	
Яаралтай үед холбоо барих Өөрийн утас: _____ Ар гэрийн утас: _____	Төлбөрийн төрөл: <input type="checkbox"/> Төр хариуцсан <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> Өвчтөн хариуцсан		Доод шатлалаас илгээсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Харшлын анамнез: <input type="checkbox"/> Эмийн бодис <input type="checkbox"/> Хоол хүнс <input type="checkbox"/> Бусад	
Хэвтэх үеийн онош					
Үндсэн онош				ӨОУА-код он сар өдөр	
Дагалдах онош					
Хүндрэл					
Үйлдлийн онош (Мэс засал, мэс ажилбар)				ҮОУА-код	
Уламжлалтын онош					
Өвчний төгсгөл: <input type="checkbox"/> Эдгэрсэн <input type="checkbox"/> Сайжирсан <input type="checkbox"/> Хэвэндээ <input type="checkbox"/> Нас барсан	Эмнэлгээс: <input type="checkbox"/> Гарсан <input type="checkbox"/> Шилжсэн <input type="checkbox"/> Нас барсан	он сар өдөр / / / / / /	Ор хоног [] хоног [] цаг	Эмчилгээний зардал: (₮)	
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг		Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Эмчилгээ эрхэлсэн орлогч, тасгийн эрхлэгч, эмчилгээний чанарын менежер, бусад) /зур/			
Үзлэг эхэлсэн _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут ХЧТА-ын _____ хоног					
Өндөр (см)	[]	Цусны даралт (ммуб)			
Жин (кг)	[]	<input type="checkbox"/> Систолын даралт []			
Биеийн жингийн индекс (кг/м2)	[]	<input type="checkbox"/> Диастолын даралт []			

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Хэвтэх үеийн зовиур:

Өвчний түүх:

Амьдралын түүх:

Ахуйн нөхцөл:

Орон сууцанд Гэрт, Бусад

Ажил хөдөлмөрийн нөхцөл:

Ердийн Хүнд Хортой
 Бусад

Урьд өвчилсөн өвчин, эмгэгийн байдал:

Халдварт:

Улаан бурхан Салхин цэцэг
 Вирус хепатит А Вирус хепатит В
 Вирус хепатит С Сүрьеэ
 Гахайн хавдар Бусад _____

Мэс ажилбар хийсэн эсэх:

Осол гэмтэл, хордлого, шалтгаан

Харшлын анамнез:

Эмийн бодис Хоол хүнс
 Бусад

Удамшлын анамнез:

Удамшлын өвчнүүд:

Хооллолтын байдал:

Ердийн
 Цагаан
 Бусад

Архи хэрэглэдэг эсэх:

Тийм
 Үгүй

Тамхи татдаг эсэх:

Тийм
 Үгүй

Хэдэн наснаас эхэлж татсан _____
Хэдэн жил татаж байгаа _____

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:

Эмзэглэлтэй эсэх:
 Эмзэглэлгүй
 Эмзэглэлтэй (_____)
 Уян чанар:
 Хэвийн Буурсан

Дууны доргион:
 Хэвийн Суларсан
 Тодорхойлогдохгүй
 Хүчтэй болсон

Тогшилт

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)

Зүрх судасны тогтолцоо

Зүрх судасны эрсдэлт хүчин зүйлс:

Зохисгүй хооллолт
 Хөдөлгөөний хомсдол
 Стресс
 Таргалалт
 Тамхидалт

Архины зохисгүй хэрэглээ
 Удамшил
 Артерийн гипертензи
 Гиперхолестеринеми
 Чихрийн шижин

Ажиглалт

Арьсны хөхрөлттэй эсэх: Тийм Үгүй
 Захын хавантай эсэх: Тийм Үгүй
 Гүрээний венийн лугшилт: Тийм Үгүй
 Зүрхний оройн түлхэлт:
 Ажиглагдана
 Ажиглагдахгүй
 Ажиглагдана (хүчтэй, дунд, сул)
 Ажиглагдана
 Ажиглагдахгүй

Тэмтрэлтээр

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

Тогшилтоор

Зүрхний (харьцангуй) хил хязгаар:
 Хэвийн
 Томорсон (дээд, баруун, зүүн хил)

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	
Хэл өнгөртэй эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Арьс, салст-чийглэг <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Өнгө _____ Хэвлийн – хэм <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус Хэлбэр _____		Хэвлий эмзэглэлтэй эсэх <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Булчингийн чангарал байгаа эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хэвлийн хэнгэрэгэн чимээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн Ихэссэн хэсэгт тогшилтын дуу <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Тодорсон <input type="checkbox"/> Дүлий болсон	
Гүнзгий тэмтрэлтээр:					
Тахир гэдэс – байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Өгсөх болон уруудах гэдэс: - Байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хөндлөн гэдэс: Байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Цутгалан гэдэс: Байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй					
Элэг цөс, дэлүү					
Элэгний шинж тэмдгүүд: <input type="checkbox"/> Мэдрэл сульдал <input type="checkbox"/> Биж хам шинж <input type="checkbox"/> Иммуни-үрэвслийн шинж <input type="checkbox"/> Өвдөх хам шинж: Хүч _____ Хугацаа []		<input type="checkbox"/> Шарлах хам шинж <input type="checkbox"/> Загатналт <input type="checkbox"/> Цусархаг хам шинж <input type="checkbox"/> Элэгний их шинж <input type="checkbox"/> Элэгний бага шинж		Элэгний хэмжээ тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (Баруун, зүүн дэлбэн, зур)	
Дэлүүний хэмжээ тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (I, II, III, IV зэрэг, дугуйл)					
Шээс бэлгийн тогтолцоо					
Хоногийн шээсний гарц: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Багассан	Шээсний өнгө: <input type="checkbox"/> Сүрлэн шар <input type="checkbox"/> Улаан шар <input type="checkbox"/> Өнгөгүй <input type="checkbox"/> Тундастай <input type="checkbox"/> Тундасгүй	Шөнө шээдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм, тоо _____ <input type="checkbox"/> Үгүй Шээс тасалддаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Дутуу шээдэг эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Дүлж шээдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Шээхэд давсгаар өвддөг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Бөөр тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (Баруун, зүүн) Пастернацкий <input type="checkbox"/> Баруун () <input type="checkbox"/> Зүүн ()	
Мэдрэлийн тогтолцоо					
Үнэрлэх мэдрэмж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Ялгахгүй Сонголын мэдрэмж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан		Нүүрний 2 тал: <input type="checkbox"/> Ижил <input type="checkbox"/> Ижил бус Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хадгалагдана <input type="checkbox"/> Хадгалагдаагүй	Мэдрэхүй: Өнгөц: Гүн: Хэт мэдрэгшил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Буурсан		
Сэтгэцийн байдал:					
Бусад: (Арьс, үе мөч, тунгалагийн тогтолцоо)					

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

КЛИНИКИЙН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

Зовиураас:

Асуумжаас:

Бодит үзлэгээс:

Лабораторийн шинжилгээ:

Үйл оношийн шинжилгээ:

Үндсэн онош:

Дагалдах онош:

Хүндрэл:

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

ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ, ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ДҮГНЭЛТ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____

Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

_____ оны _____ сарын _____ -нд _____

оношоор эмнэлэгт _____ хоног хэвтэж эмчлүүлэв.

Нийт хэрэглэсэн эмийн зардал (₮): 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 томографи	12
Иммунологи	6	Соронзон томографи	13
Бусад	7	Хийгдээгүй	14

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

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 _____

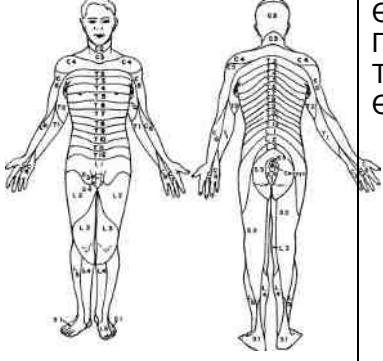
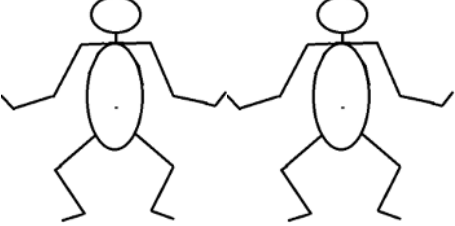
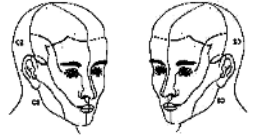
Шарх эдгэрэлт - анхдагчаар, хоёрдогчоор /зур/

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

Эмчлэгч эмч _____
_____ он _____ сар _____ өдөр

МЭДРЭЛИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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

<input type="checkbox"/> Хэвийн	Эвэрлэгийн рефлекс				Хатангиршил/татвалзал		
<input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Зажлуурын булчингийн хүч				Дизартри/анартри		
Хөдөлгөөний тогтолцоо				Мэдрэхүйн тогтолцоо			
Булчингийн хүч		Рефлексүүд				Өнгөц мэдрэхүй- Өн Гүний мэдрэхүй- Г Температур - Т Өвдөлт- Өв	
		Эмгэг рефлекс: <input type="checkbox"/> Бөхийх <input type="checkbox"/> Гэдийх Булчингийн тонус: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Хэвийн бус: <input type="checkbox"/> БГ <input type="checkbox"/> БХ <input type="checkbox"/> ЗГ <input type="checkbox"/> ЗХ					
7. Тэнцвэрийн тогтолцоо				8. Мэнэнгийн хамшинж:			
Зогсох тэнцвэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус ____ Явах тэнцвэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус ____ Шугаман алхалт: Хурдан солигдох хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хэвийн ____ <input type="checkbox"/> Дисдиадохокинез Ромбергийн сорил: <input type="checkbox"/> БГ <input type="checkbox"/> БХ <input type="checkbox"/> ЗГ <input type="checkbox"/> ЗХ <input type="checkbox"/> Эерэг <input type="checkbox"/> Сөрөг				<input type="checkbox"/> Дагзны хөшингө: _ хуруу <input type="checkbox"/> Кернигийн шинж: Б_ 3_			
9. Ёзоорын хамшинж:				10. Вегататив үйлийн байдал			
<input type="checkbox"/> Ласегийн шинж: Б_ 3_ <input type="checkbox"/> Мацкевичийн шинж: Б_ 3_ <input type="checkbox"/> Сколиоз <input type="checkbox"/> Нурууны булчингийн чангарал				<input type="checkbox"/> Хөлрөлт: _____ <input type="checkbox"/> Пигментаци: _____ <input type="checkbox"/> Вазомотор урвал: _____ <input type="checkbox"/> Симпаталги: _____ <input type="checkbox"/> Тэжээрлийн байдал: _____			
<input type="checkbox"/> Хэвийн		Б	З				
<input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Өсгий-өвдөг-шилбэний						
	Хуруу-хамрын сорил						
	Дисметри:						
11. Бусад шинжүүд:							
12. Байршлын болон клиникийн онош:							

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 рефлекс			4. Мэдрэхүйн тогтолцоо
Рефлекс	Б	З	
Хэвлийн дээд рефлекс			
Хэвлийн дунд рефлекс			
Хэвлийн доод рефлекс			
Хөлийн улны рефлекс			
Хушганы рефлекс			
Рефлекс (Зураг дээр): (0) үүсэхгүй, (+) сул, (++) хэвийн, (+++) ихэссэн, (++++)хэт ихэссэн, эмгэг рефлекс (↓↑) эмгэг рефлекс			Тэмдэглэгээ (Зураг дээр): (Ө) (Т) (Х) (С)
Хөдөлгөөний идэвхи Хөдөлгөөнгүйтэл (Гипокинез)			

НҮДНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст	
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд	<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо			
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Хэржигнүүртэй <input type="checkbox"/> Уушги цулцангийн <input type="checkbox"/> Амьсгал сулавтар <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн (баруун, зүүн, 2 талдаа)		
Цусны эргэлтийн тогтолцоо			
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____	
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо			
Хэл <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: <input type="checkbox"/> Өнгөц тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Гүн тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (байрлал _____) <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Зөөлөн гялтан цочрол үгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн		
Мэдрэлийн тогтолцоо			
Сонсох чадвахи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хадгалагдана <input type="checkbox"/> Хадгалагдахгүй		
Бусад _____			
Сэтгэцийн байдал _____			
НҮДНИЙ ҮЗЛЭГ			
VOD		ph	
VOS		ph	
Өнгө танилт:			
Нүдний хөдөлгөөн:			
Нулимсны зам:			
Зовхи:			
Салст:			
Склер:			
Эвэрлэг:			
Өмнөд таславч:			
Солонгон бүрхүүл:			
Хүүхэн хараа:			

Болор:

Шилэнцэр:

Нүдний уг:

Бусад:

НҮДНИЙ ШИНЖИЛГЭЭ

Autorefractometer:

Tonometer:

Exophthalmometer:

Schirmer test:

A scan:

B scan:

ССТ:

Gonioscopy:

ОСТ (ОНН):

ОСТ (Macula):

Humphrey:

FFA:

X-ray:

СТ:

MRI:

Бусад:

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АНАМНЕЗ

Өвчин эхэлсэн хугацаа: он сар өдөр

Нүдний эмчилгээ хийлгэж байсан эсэх:

Нүдний мэс засал хийлгэж байсан эсэх:

Удамшлын анамнез:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

Ялган оношлох эмгэгүүд ба хам шинжүүд

Хийгдэх шинжилгээ

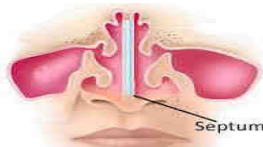

Яаралтай хийгдэх эмчилгээ

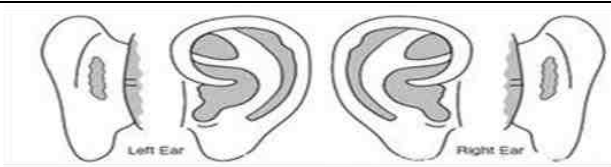
Эмчийн нэр:

Гарын үсэг

он сар өдөр
/ /

ЧИХ ХАМАР ХООЛОЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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



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

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

<input type="checkbox"/> Дангараа	<input type="checkbox"/> 2 талд тэгш	<input type="checkbox"/> Энд тэнд
<input type="checkbox"/> Нэг хэсэг (хэсэгчилсэн)	<input type="checkbox"/> Тэгш бус	<input type="checkbox"/> Blaschko-н шугам дагуу
<input type="checkbox"/> Хэсэг газрыг хамарсан	<input type="checkbox"/> Өртсөн хэсэгт	
<input type="checkbox"/> Бүх биеэр тархсан	<input type="checkbox"/> Даралттай хэсэгт	

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

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд	<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Уушги цулцангийн <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн	<input type="checkbox"/> Хэргжигнүүртэй <input type="checkbox"/> Амьсгал сулавтар (баруун, зүүн, 2 талдаа)
-------------------------------	---	---

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____
--	--	--

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Гүн тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (байрлал _____) <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Зөөлөн гялтан цочрол үгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн
--	---

Мэдрэлийн тогтолцоо

Сонсох чадвахи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хадгалагдана <input type="checkbox"/> Хадгалагдахгүй
---	---

Бусад _____
 Сэтгэцийн байдал: _____

ДОТООД ШҮҮРЭЛ СУДЛАЛЫН ҮЗЛЭГ

	Зовиур:	Бамбайн томролын зэрэг: <input type="checkbox"/> 0 зэрэг (Харагдахгүй, тэмтрэгдэхгүй) <input type="checkbox"/> 1-р зэрэг (Харагдахгүй, тэмтрэгдэнэ) <input type="checkbox"/> 2-р зэрэг (Харагдана, тэмтрэгдэнэ)
---	----------------	---

Нүдний бүлтийлт: Нүдний шинж: <input type="checkbox"/> Крауссийн шинж <input type="checkbox"/> Грефийн шинж <input type="checkbox"/> Кохерийн шинж <input type="checkbox"/> Мебиусийн шинж	<input type="checkbox"/> Штельвагийн шинж <input type="checkbox"/> Дельримплийн шинж <input type="checkbox"/> Еленикийн шинж <input type="checkbox"/> Розенбахийн шинж <input type="checkbox"/> Боткиний шинж <input type="checkbox"/> Жоффрагийн шинж	Марийн шинж _____ Цахилгаан бүхээгний шинж _____ Дермографизм (улаан, түргэн тогтвортой) _____
--	---	--

(Экзофтальмометрээр) 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Үзүүлэлт</th> <th style="width: 25%;">Хариу</th> <th style="width: 25%;">Хэвийн хэмжээ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Чөлөөт T3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Чөлөөт T4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Нийт T3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Нийт T4</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 T3			Чөлөөт T4			Нийт T3			Нийт T4			TSH			TR-Ab			TG-Ab			TPO-Ab		
Үзүүлэлт	Хариу	Хэвийн хэмжээ																										
Чөлөөт T3																												
Чөлөөт T4																												
Нийт T3																												
Нийт T4																												
TSH																												
TR-Ab																												
TG-Ab																												
TPO-Ab																												
Бамбайн хэт авиан шинжилгээ: 	Бамбайн цөмийн изотоп шинжилгээ: _____ Бамбайн эсийн шинжилгээ: _____																											

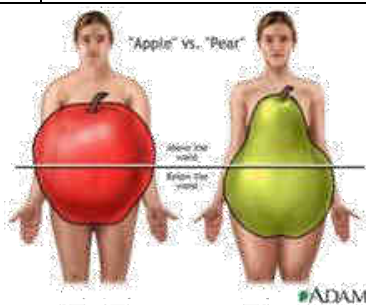
Чихрийн шижингийн үзлэг

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/м²

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:

НbA_{1c}.....%

Эрүүл	Сайн	Дунд	Муу
4-6%	<6.5%	6.5-7.5%	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		

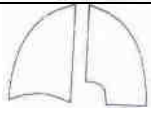
Зүрх судасны вегетатив невропати:					
Бөөр:					
Үзүүлэлтүүд	Хариу	Хэвийн хэмжээ	Микроальбуминурийн шинжилгээ		
Сахар				< 20	
Кетон				20-200	
Уураг				200	
Цагаан эс			Креатинин		
Улаан эс			АКХ	< 2.5/эр/	
Цилиндр			(Альбумин / Креатинины харьцаа)	< 3.5/эм/	
Хөл: 		Арьсны өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөлттэй Арьс хуурайшилт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөлттэй Хумсны байдал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөлттэй Хөлийн хэлбэр <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөлттэй		Дараах өөрчлөлт илэрсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Эвэр <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> Зузаарал <input type="checkbox"/> Шарх <input type="checkbox"/> Хагарал <input type="checkbox"/> Ампутаци	Хөлийн судасны лугшилт: a.pedis dorsalis: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул a.tibialis posterior: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй
Хөлийн мэдрэхүй: /тэмдэглэ/					
Доргионы: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	Хүрэлцэхүйн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	Температурын: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	Өвдөлтийн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	Монофиламент: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй	
Шагай, Бугалганы индекс: <input type="checkbox"/> Баруун: <input type="checkbox"/> Зүүн:					
Борвины рефлекс: <input type="checkbox"/> Баруун: <input type="checkbox"/> 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

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

АНХАН ШАТНЫ ҮЗЛЭГ БОЛОН СЭХЭЭН АМЬДРУУЛАХ

А	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

В Амьсгалын болон цээжинд өгөх үнэлгээ					
Амьсгал	Тусламжтай	Өөрөө		Амьсгалын аппарат	Тийм/үгүй
Цээж рүү нэвтэрсэн гэмтэл		<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хэмжээ:	
Үзлэг:					
					
Эмчилгээ:					

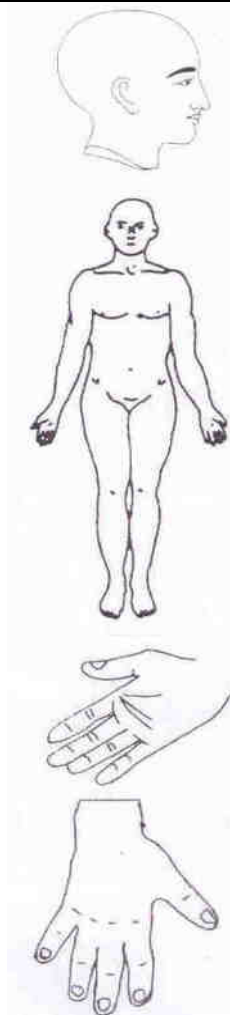
С Цусны эргэлт болон гэмтлийн шаталбар /оноо			
Анхан шатны үзлэг			
Судасны лугшилт			
Цусны даралт			
Амьсгалын хэмжээ			
Амьсгалын байдал	Хэвийн	Өнгөц	Тасалданг
Калиллярын дүүрэх хугацаа	<2 сек	>2 сек	байхгүй
Температур			
Мөчний хэлбэр алдагдсан			
Гадагш цус алдалт			

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
	Өвтгөхөд	2
	Зүүгээр хатгахад	1
Хэл яриа	Орон зай хугацааны баримжаатай	5
	Ойлгомжтой гэхдээ будилсан	4
	Тохироогүй үг хэлэх	3
	Ойлгомжгүй авиа гаргах	2
	Ярихгүй, дуу гаргахгүй	1
Хөдөлгөөний хариу үйлдэл	Заавараар хөдөлгөөн хийх	6
	Өвтгөхөд цочруулд хэсэг газрын хөдөлгөөн хийх	5
	Өвтгөхөд татганах хариу өгөх	4
	Өвтгөхөд атиих хариу өгөх	3
	Өтгөхөд тэнийх хариу өгөх	2
	Өвтгөхөд ямар ч хариу өгөхгүй	1
Оноо	13-15 хөнгөн	
	9-12 дунд	
	3-8 хүнд	

ЯТТасагт хийсэн эмчилгээ: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			

ХОЁР ДАХЬ ШАТНЫ ҮЗЛЭГ

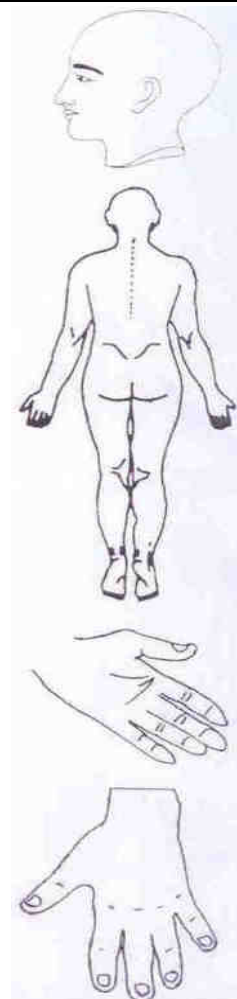


Толгой, нүүр болон хүзүү
Нүд: Чихний хэнгэрэг:

Цээж

Хэвлий
Шээсний зам:

Аарцаг



Хярган
Шээсний сүв
Шулуун гэдэсний үзлэг
Бүдүүн гэдэсний рефлекс
Үтрээний үзлэг

Нугас, нуруу

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

Мэдрэлийн рефлекс	R
Biceps	
Triceps	
Supinator	
Knee	
Ankle	
Plantar	

L	Мэдрэлийн рефлекс
	Biceps
	Triceps
	Supinator
	Knee
	Ankle
	Plantar

Баруун	Доод мөч	Зүүн
Ясны гэмтэл	Ясны гэмтэл	Ясны гэмтэл
Үений гэмтэл	Үений гэмтэл	Үений гэмтэл
Судасны байдал	Судасны байдал	Судасны байдал
Хүч	Хүч	Хүч
Тонус	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	он / сар / өдөр

УЛАМЖЛАЛТЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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

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

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

	<input type="checkbox"/> Бусад	<input type="checkbox"/> Бусад	<input type="checkbox"/> 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 /

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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

Тольны үзлэг: PV _____

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош

Дагалдах онош

Хүндрэл

**Ялган оношлох эмгэгүүд
ба хам шинжүүд**

**Хийгдэх
шинжилгээ**

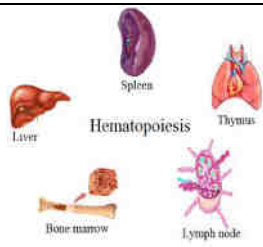
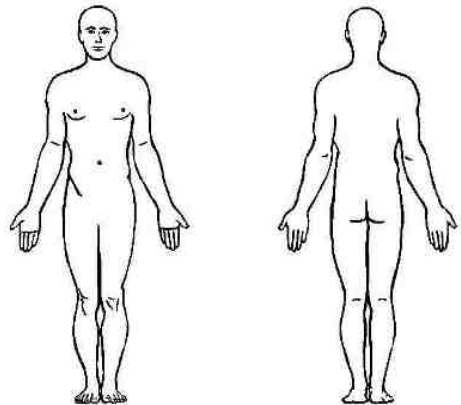
Яаралтай хийгдэх эмчилгээ

Эмчийн нэр:

Гарын үсэг

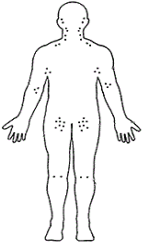
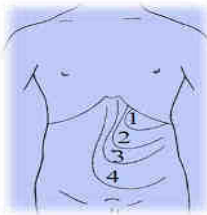
он сар өдөр
/ /

ЦУСНЫ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

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

<input type="checkbox"/> Ягаан		<input type="checkbox"/> Газрын зураг	
Бөөрөлзгөнө хэл <u>Өнгө:</u>	<u>Шарх:</u>	Буйл: <u>Эмзэглэл</u>	<u>Тууралт:</u>
<input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Улайсан <input type="checkbox"/> Цайсан <input type="checkbox"/> Хөхөлбий	<input type="checkbox"/> Шархтай <input type="checkbox"/> Шархгүй	<input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй	<input type="checkbox"/> Тууралттай <input type="checkbox"/> Тууралтгүй

Тунгалагийн булчирхайн байдал:

Нягт : <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Гадаргуу: <input type="checkbox"/> Барзгар <input type="checkbox"/> Гөлгөр		Хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөнгүй Эмзэглэл: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй	Дэлүүний хэмжээ <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> 1зэргээр томорсон. <input type="checkbox"/> 2 зэргээр томорсон. <input type="checkbox"/> 3 зэргээр томорсон. <input type="checkbox"/> 4 зэргээр томорсон. <input type="checkbox"/> 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 нейтрофил			_____
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			_____
ЛДГ			_____
Кальци			_____
Кали			_____
Креатинин			_____
Төмөр			_____
Ферритин			_____
Төмөр хол/ чадвар			_____
Витамин B12			_____
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

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

Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Өгсөх болон уруудах гэдэс - байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй		Хөндлөн гэдэс - байрлал <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн		Тогтоц <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Тогшилт: Хэвлийн хэнгэрэгэн чимээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн		Ихэссэн хэсэгт тогшилтын дуу <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Тодорсон <input type="checkbox"/> Дүлий болсон		Чагналт: Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Дүлий	
Хэвлийн рентген шинжилгээ КТГ, хэт авиан шинжилгээ					
Дурангийн шинжилгээ:					
Улаан хоолой <input type="checkbox"/> Салстын өнгө _____ <input type="checkbox"/> Хаван _____ <input type="checkbox"/> Z шугам		<input type="checkbox"/> Хөдөлгөөн _____ <input type="checkbox"/> Шалбархай – хэмжээ _____ <input type="checkbox"/> Тоо _____		<input type="checkbox"/> Байрлал _____ <input type="checkbox"/> Хэлбэр _____ <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүн <input type="checkbox"/> Маш хүнд	<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо		
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Хэржигнүүртэй <input type="checkbox"/> Уушги цулцангийн <input type="checkbox"/> Амьсгал сулавтар <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн (баруун, зүүн, 2 талдаа)	
Цусны эргэлтийн тогтолцоо		
Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл _____ дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (зүүн, баруун)	Чагналтаар: Зүрхний авиа <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Хэм алдалттай АД баруун талд _____ / _____ Зүүн талд _____ / _____
Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо		
Хэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: <input type="checkbox"/> Өнгөц тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Гүн тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (байрлал _____) <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Зөөлөн гялтан цочрол үгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн	
Мэдрэлийн тогтолцоо		
Сонсох чадвахи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан (баруун, зүүн)	Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хадгалагдана <input type="checkbox"/> Хадгалагдахгүй	
Бусад _____ Сэтгэцийн байдал: _____		
Анамнез		
Зовиур, өвчний түүх:		
Зүрх судасны эрсдэлт хүчин зүйлс:		
<input type="checkbox"/> Зохисгүй хооллолт <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөний хомсдол <input type="checkbox"/> Стресс <input type="checkbox"/> Таргалалт <input type="checkbox"/> Тамхидалт	<input type="checkbox"/> Архины зохисгүй хэрэглээ <input type="checkbox"/> Удамшил <input type="checkbox"/> Артерийн гипертензи <input type="checkbox"/> Гиперхолестеринеми <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин	
Бодит үзлэг		
Ажиглалт	Чагналт	
Арьсны хөхрөлт бий эсэх: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм _____	Артерийн даралт хэмжилт: <input type="checkbox"/> Баруун талд: _____ / _____ мм.муб <input type="checkbox"/> Зүүн талд: _____ / _____ мм.муб	
Захын хаван бий эсэх: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм _____	Зүрхний авиа Хэмнэл: <input type="checkbox"/> жигд <input type="checkbox"/> жигд бус	
Гүрээний венийн лугшилт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй <input type="checkbox"/> Ажиглагдана (хүчтэй, дунд, сул)	Давтамж: _____ /мин	
Зүрхний оройн түлхэлт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдана <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй	I авиа: <input type="checkbox"/> тод; <input type="checkbox"/> бүдгэвтэр (I, IV цэгт); <input type="checkbox"/> бүдэг (I, IV); <input type="checkbox"/> чангарсан (I, IV цэгт) II авиа: <input type="checkbox"/> тод; <input type="checkbox"/> бүдэг (II, III, V цэгт); <input type="checkbox"/> өргөгдсөн (II, III цэгт)	

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

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
/ /

<p>Хамрын салст бүрхүүл:</p> <input type="checkbox"/> Ягаан <input type="checkbox"/> Улаан ягаан <input type="checkbox"/> Хөхөлбий <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Бусад	<p>Самалдгууд:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хөөнгө <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлттэй <p>Хамрын жим:</p> <input type="checkbox"/> Ялгадасгүй <input type="checkbox"/> Ялгадастай	<p>Ялгадас:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <p>Эмгэг шинжтэй:</p> <input type="checkbox"/> Идээрхэг <input type="checkbox"/> Ногоон <input type="checkbox"/> Үнэртэй <input type="checkbox"/> Өтгөн <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлттэй
---	--	---

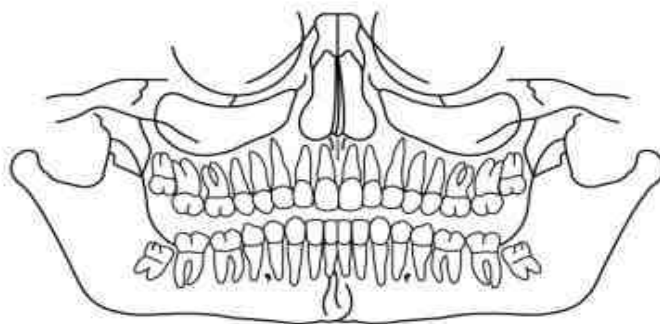
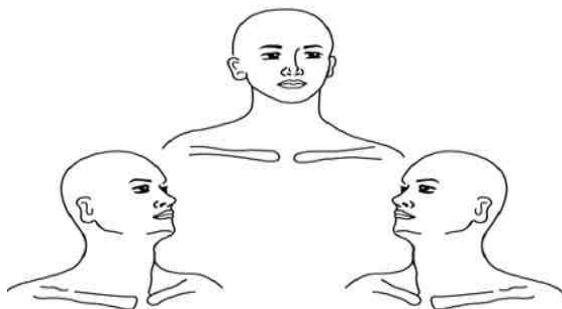
Баруун, зүүн чих:

<p>Гадна чихний хэлбэр:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	<p>Тэмтрэхэд:</p> <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй	<p>Хөхлөг сэртэн:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хавантай	<p>Тэмтрэхэд:</p> <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй
--	--	--	--

<p>Чихний гадна суваг:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийссан (төрөлхийн, олдмол)	<input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Саадтай <input type="checkbox"/> Ялгадасгүй <input type="checkbox"/> Ялгадастай: (идээрхэг, үнэртэй, ногоон)	<p>Сувгийн хана:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Цүлхийсэн (аль хана)
---	--	---

Амны хөндий:

<p>Ам ангайлт:</p> <input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Хязгаарлагдсан <p>Хүүхэн хэл:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	<p>Зөөлөн тагнай:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Тагнайн гүйлс:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон <input type="checkbox"/> 1-р зэрэг <input type="checkbox"/> 2-р зэрэг <input type="checkbox"/> 3-р зэрэг <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлт	<p>Залгиурын хажуу хана:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <p>Шувтан хонхрын байдал:</p> <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус
--	---	---



Бүсийн лимфийн булчирхайн байдал:

Дүрс оношлогоо:

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

СЭРГЭЭН ЗАСАХЫН ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Харилцах бэрхшээлтэй эсэх: Тийм Үгүй
 Залгих чадвар бэрхшээлтэй эсэх: Тийм Үгүй
 (Хэрвээ тийм бол хэл засалч бөглөнө)
 Танин мэдэхүйн үйл ажиллагаа өөрчлөлттэй эсэх: Тийм Үгүй
 (Хэрвээ тийм бол хөдөлмөр засалч бөглөнө)

Биеийн ерөнхий байдал	Ухаан санаа	Арьс салст
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд	<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус _____ Холголт цооролт: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Тууралт: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Хаван: <input type="checkbox"/> тийм _____ <input type="checkbox"/> үгүй

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Амьсгал 1 минутанд _____ удаа Амьсгалд туслах булчин оролцож байгаа эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Цээжний хэлбэр: <input type="checkbox"/> зөв <input type="checkbox"/> эмгэг Амьсгалын хэлбэр: <input type="checkbox"/> Цээжний <input type="checkbox"/> хэвлийн <input type="checkbox"/> холимог	Цээжний 2 тал амьсгалд жигд оролцох байдал: <input type="checkbox"/> жигд <input type="checkbox"/> хоцорно / баруун, зүүн / Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Цулцангийн <input type="checkbox"/> Хэржигнүүртэй _____ <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн <input type="checkbox"/> Амьсгал сулавтар / баруун, зүүн / <input type="checkbox"/> Ширүүн <input type="checkbox"/> Хэржигнүүргүй
--	---

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа Хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон (зүүн баруун)	Чагналтаар : Зүрхний авиа <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Хэм алдагдалтай АД баруун талд _____ / _____ зүүн талд _____ / _____
---	---	--

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэл <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> эмзэглэлтэй (байрлал _____) Гүн тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> эмзэглэлтэй (байрлал _____) <input type="checkbox"/> Зөөлөн, гялтан цочрол үгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн
---	---

Шээс бэлгийн тогтолцоо

Үе мөч

Шээх байдал <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> Катетера ар <input type="checkbox"/> Цистосто мийн гуурсаар Хоногийн шээсний гарц <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> багассан	Шээсний өнгө <input type="checkbox"/> сүрлэн шар <input type="checkbox"/> улаан шар <input type="checkbox"/> өнгөгүй <input type="checkbox"/> тунадастай <input type="checkbox"/> тунадасгүй Шөнө шээдэг эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	Шээс тасалддаг эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Дутуу шээдэг эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Дүлж шээдэг эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	Шээхэд өвдөлттэй эсэх <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Бөөр тэмтрэлтээр <input type="checkbox"/> эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> эмзэглэлгүй / баруун, зүүн / Пастернацкий <input type="checkbox"/> баруун <input type="checkbox"/> зүүн	Үе мөчний хэлбэр <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> өөрчлөгдсөн Үений хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> идэвхтэй <input type="checkbox"/> идэвхгүй <input type="checkbox"/> хязгаарлагдмал
---	---	--	--	---

Бага тархины үйл ажиллагаа

Нистагм: + / - салганал: (тайван байхад/ хөдөлгөхөд) өсгий шилбэний сорил:-----

Хамар хурууын сорил: ----- Тандем алхаа: ----- Ромберг сорил: -----

Солбисон хурдан хөдөлгөөн: ----- Алхааны атакси: -----

Мэдрэлийн тогтолцоо					
Ухаан санааны байдал: <input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Саруул бус: <input type="checkbox"/> Баримжлал алдагдсан: <input type="checkbox"/> Цаг хугацааны <input type="checkbox"/> Орон зайны <input type="checkbox"/> Өөрийн	Сэтгэцийн байдал: <input type="checkbox"/> Анхаарал : _____ <input type="checkbox"/> Ой тогтолт : _____ <input type="checkbox"/> Тоолох чадвар: _____ <input type="checkbox"/> Бүтээх чадвар: _____ <input type="checkbox"/> Сэтгэл хөдлөл: _____ <input type="checkbox"/> Зан төрх : _____	Хэл ярианы байдал : <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ойлгохын хэлгүйдэл <input type="checkbox"/> Ярихын хэлгүйдэл <input type="checkbox"/> Нэрлэхийн хэлгүйдэл <input type="checkbox"/> Уншихгүйдэл <input type="checkbox"/> Бичихгүйдэл <input type="checkbox"/> Давтан хэлэх чадвар ↓			
Гавал тархины мэдрэлүүд:					
I: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Б ___ 3 ___ II: XXX: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Б ___ 3 ___ Гэрлийн гурвал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Б: ___ 3 ___ III-IV-VI: Птоз: Б ___ 3 ___ Нистагм: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Илэрсэн Диплопи: <input type="checkbox"/> Эерэг <input type="checkbox"/> Сөрөг	VII: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол :	Б	3	
	VIII: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Нүдний анилт			
		Духны атираа			
		Хамар уруулын нугалаа			
	IX, X: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Дисфони <input type="checkbox"/> Дисфаги	Хэвийн бус бол	Б	3	
		Сонсгол			
		Чих шуугих			
	XI: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	3	
		Хүүхэн хэлний хазайлт			
		Залгиурын рефлекс			
			Хэвийн бус бол	Б	3
			Стерноклейдомастойд		
		Трапец хэлбэрт булчин			

V: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	3	XII: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	Хэвийн бус бол	Б	3	
	Нүүрний мэдрэхүй				Хэлний хазайлт			
	Эвэрлэгийн рефлекс				Хатангиршил / татвалзал			
	Зажлуурын булчингийн хүч				Дизартри / анартри			
Хөдөлгөөний тогтолцоо				Мэдрэхүйн тогтолцоо				
Үений хөдөлгөөний далайц Мөр Тохой Бугуй Сарвуу Түнх Өвдөг Шагай Булчингийн хүч: Гар: -----				Мэдрэхүй	Хэвийн	Ихэссэн	Буурсан	Үнэрлэх: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан
				Өнгөц				
				Гүн				
								Сонсгол : <input type="checkbox"/> Хэвийн

Хөл: ----- Булчингийн тонус: Гар: ----- Хөл: -----	Хэт мэдрэгшил				<input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан
---	---------------	--	--	--	--

Рефлекс	≠≠	≠≠≠	≠	Эмгэг рефлекс	+	-
Бицепс				Бабински:		
Трицепс				Хоффман:		
Өвдөгний				Тавхайн чичигнэлт:		
Ахиллын						

Тэнцвэрийн тогтолцоо Зогсох тэнцвэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____ Явах тэнцвэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____ Шугаман алхалт: Хурдан солигдох хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ <input type="checkbox"/> Дисдиадохокинез Ромбергийн сорил: <input type="checkbox"/> БГ <input type="checkbox"/> БХ <input type="checkbox"/> ЗГ <input type="checkbox"/> ЗХ <input type="checkbox"/> Эерэг <input type="checkbox"/> Сөрөг	Мэнэнгийн хамшинж : <input type="checkbox"/> Дагзны хөшингө: ___ хуруу <input type="checkbox"/> Кернигийн шинж: Б ___ 3 ___ Ёзоорын хамшинж: <input type="checkbox"/> Ласегийн шинж: Б ___ 3 ___ <input type="checkbox"/> Мацкевичийн шинж: Б ___ 3 ___ <input type="checkbox"/> Сколиоз <input type="checkbox"/> Кифоз <input type="checkbox"/> Нурууны булчингийн чангарал
---	--

<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус		Б	3	Өвдөлт: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
	Өсгийн-өвдөгшилбэний			     
	Хуруу-хамрын сорил			өвдөлтгүй бага зэрэг арай хүчтэй хүчтэй үнэхээр хүчтэй тэвчишгүй
	Дисметри:			

Бусад шинжүүд:

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

ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН АМИН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

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

Огноо														
Хэвтсэн хоног														
Мэс засал хийлгэсний 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														
Хоол №														
Биеийн жин														
Ялгаруулалтын давтамж /хэдэн удаа/		Өтгөн												
		Шээс												
		Өглөөний ээлж												
Сувилагчийн гарын		Өдрийн ээлж												
		Оройн ээлж												

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										

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

ӨВДӨЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:

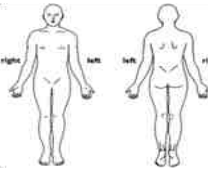
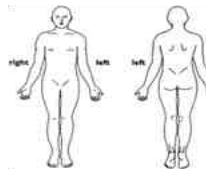
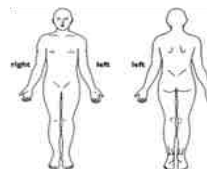
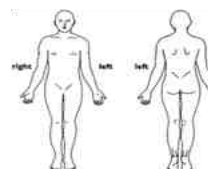
Өвчний түүх №

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, хатгаж 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 хийхэд				
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.

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

Эмчлүүлэгч _____

Хориглох зүйл _____

Нас.....
 Хүйс/зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

Харшил _____

	Д/Д	Эмчилгээ, сувилгааны заалт 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		
																												Амаар		
																												Нийт		
Дуслаар																												- /гарсан/ Шээс Бөөлжилт Өтгөн Гуурсаар Бусад		
Судсаар																												Нийт		
Булчин, арьсан дор																												Шингэний баланс		
Амаар																												Эмчид мэдэгдэх хяналтын хязгаар		
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																												АДД	Дээд	Доод
																												Пульс		
																												Сао ₂		
																												Баланс төлөвлөлт		

Хариуцсан сувилагч

Эмчлэгч эмч:

Жижүүрийн эмч:

Өвчний түүхийн № _____

МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ РД _____

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

Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй Нас _____

Мэс засал эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг: _____ минут _____, дууссан цаг _____ минут _____

Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа _____ цаг _____ минут. Мэс засал төлөвлөгөөт, яаралтай /зур/

Мэс заслын нэр _____

Мэс заслын заалт: _____

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр ерөнхий: эндотрахеал хошуувч, төвөнхийн хошуувч
бүсчилсэн: нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс

Мэс заслын явц:

Үйлчлүүлэгчийн байрлал: нуруугаар, липотомийн, трендленбургийн, бусад: бичих _____

Хагалгааны талбай ариутгасан:

Хагалгааны зүслэг /зур/:

- Хэвлийн өмнөд ханын доод 1/3-ийн дагуу зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хөндлөн зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хүйс тойруулсан дагуу зүслэг
- Дурангийн жижиг зүслэгүүд бичих: _____

Хэвлийн өмнөд ханыг нээхэд цус тогтоолт хийсэн эсэх: үгүй, хэрэв тийм бол аргыг бичих

Гэдсийг тусгаарласан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих _____

Наалдац салгасан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих _____

Мэс заслаар эд, эрхтэн авсан, зассан тухай тэмдэглэл бичих: _____

Үлдэцийг ямар байдлаар цус тогтоож үлдээсэн тухай тэмдэглэл:

Хэвлий хаасан тухай тэмдэглэл:

Мэс заслын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ _____

Цаг минут	Эмчийн тэмдэглэл	Авсан арга хэмжээ, тусламж үйлчилгээ

МЭС ЗАСЛЫН ӨМНӨХ ДҮГНЭЛТ

Тасаг _____ Өвчний түүхийн дугаар _____

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

Хүйс: 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: _____

МЭС ЗАСАЛ/МЭС АЖИЛБАР ХИЙЛГЭХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/ МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын нэр:

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн
(эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл,
хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдлүүд (эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүд (хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбарууд (ажилбаруудыг нэг
бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох
эмчилгээний бусад аргууд (бусад аргуудыг дурьдана):

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэх мэдээгүйжүүлэлт:

Ерөнхий, нугасны мэдээ алдуулалт, хэсгийн мэдээ алдуулалт, тайвшруулах (аль нь болохыг
сонгож доогуур нь харах)

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж
өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Б/ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

- Эмчийн санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах) -ыг дээрхи мэдээ алдуулалтаар хийлгэхийг **БИ ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.**

Түүнчлэн гэмтсэн эд, эрхтний хэсэг болон эд эрхтнийг журмын дагуу устгахыг уг эмнэлэгт зөвшөөрч байна.

- Мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн, гарч болох хүндрэл, эрсдэл, нэмэлт ажилбарууд, орлуулж болох эмчилгээний талаар **БИ ТОДОРХОЙ МЭДЭЭЛЭЛ АВСАН БОЛНО.**

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс ажилбар/мэс заслын хагалгаа (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../

/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

**АМЬ НАС/ЭРҮҮЛ МЭНДЭД ЭРСДЭЛТЭИ ТУСЛАМЖ ҮИЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭХ
ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС**

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/ МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)
-ын үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт,
эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг
бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж
болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

- Ерөнхий
- Нугасны мэдээ алдуулалт
- Хэсгийн мэдээ алдуулалт
- Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

.....
Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Б/ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

[] Надад шаардлагатай оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН. Иймд

.....
.....
хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

[] Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (зурах)-аас гадна

.....
.....
зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

[] Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....
.....
Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

[] Насанд хүрээгүй

[] Ухаангүй

[] Сэтгэцийн эмгэгтэй

[] Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүхэнд хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____ овогтой _____ би эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарах нь эмчлэгч эмч болон эмнэлгийн удирдлагын зааврыг дагаж мөрдөөгүй гэдгийг ойлгож байна.

Миний эмнэлгээс гарч буй шалтгаан:

Энэ мөчид эмнэлгээс гарснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН БОЛНО.

Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОСОН бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Энэ мөчид эмнэлгээс гарч, тусламж үйлчилгээ зогссоноос болж гарах үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../

/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

**ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ АВАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН
ХУУДАС**

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____ ОВОГТОЙ _____ би дараах эмчилгээ

үйлчилгээ авах хүсэлтэй байна. (ямар тусламж, үйлчилгээ авах саналтай байгаагаа дэлгэрэнгүй
бичнэ. Үүнд: эмийн эмчилгээ, мэс ажилбар, гоо сайхны хагалгаа зэрэг бүх үйлчилгээ хамаарна)

.....
.....

Миний зүгээс уг эмчилгээ, үйлчилгээг хийлгэх гэж буй шалтгаан:

.....
.....

Өөрийн хүсэлтээр хийлгэж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь
зурах)-ний үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт,
эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илэрхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ(аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж
болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж
болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний
давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний
үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

[] Ерөнхий

Нугасны мэдээ алдуулалт

Хэсгийн мэдээ алдуулалт

Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../ /нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

Миний хүсэлтээр хийж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН.

Иймд

хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-нээс гадна

.....
.....

зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....
.....

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../ /нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../ /нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../ /нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН ТУХАЙ МЭДҮҮЛЭГ

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

Үйлчлүүлэгч _____ овогтой _____ би эмнэлгийн тусламж
үйлчилгээнээс татгалзах нь ямар үр дагавартай болох тухай мэдээллийг эмчээсээ авсан боловч уг
эмчилгээ үйлчилгээнээс ТАТГАЛЗАЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзаж буй шалтгаан:

.....
.....
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн
талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН.

.....
.....
 Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙГАА бөгөөд хэрвээ
би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаас гарч болох үр дагаварт эмчлэгч эмч,
эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ /хүүхдийн/

Эмнэлгийн нэр _____		РД			
Өвчний түүхийн № _____		ЭМД			
		НДД			
		Өвчний түүх нээсэн он сар өдөр цаг мин		/ /	
		Тасгийн нэр:			
Эцэг /эх/-ийн нэр:		Өөрийн нэр:			
Төрсөн он сар өдөр / /	Нас ____	Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй Жин [] Өндөр []	Эцгийн боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Эхийн боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ тоот		Утасны дугаар: Эцгийн _____ Эхийн _____ Гэрийн _____		<input type="checkbox"/> Сургууль <input type="checkbox"/> Цэцэрлэг <input type="checkbox"/> Яслид явдаггүй <input type="checkbox"/> Явдаг <input type="checkbox"/> Хаана явдаг	
Зовиур:					
Цусны бүлэг	Бүлэг			Төлбөрийн хэлбэр:	
	Тодорхойлсон лаборант			<input type="checkbox"/> Төр хариуцсан	
	Шалгасан эмч			<input type="checkbox"/> 15%	
	Сар, өдөр			<input type="checkbox"/> 10%	
				<input type="checkbox"/> Өвчтөн хариуцсан	
		Он	Сар	Өдөр	Цаг
Өвчин эхэлсэн					
Эмчид үзүүлсэн					
Эмнэлэгт хэвтсэн					
Эмнэлгээс гарсан					
Өвчний төгсгөл: <input type="checkbox"/> Эдгэрсэн <input type="checkbox"/> Сайжирсан <input type="checkbox"/> Хэвэндээ <input type="checkbox"/> Дордсон <input type="checkbox"/> Нас барсан		Эмнэлгээс: <input type="checkbox"/> Гарсан <input type="checkbox"/> Шилжсэн <input type="checkbox"/> Нас барсан		он сар өдөр / / / / / /	
				Ор хоног [] хоног [] цаг	
				Эмчилгээний зардал: ₮	
Онош				ӨОУА-код	Огноо
Явуулсан эмнэлэг/ байгууллагын нэр:					
Явуулсан эмчийн онош					
Хүлээн авсан эмчийн онош					
Үндсэн онош					
Хүндрэл					
Хавсарсан өвчний онош					
Хийгдсэн ажилбар, мээ засал		ӨОУА-9 код:			
Эмчлэгч эмчийн нэр, гарын үсэг		Хянасан эмчийн нэр, гарын үсэг (Эмчилгээ эрхэлсэн орлогч, 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

Өндөр (см) [] Жин (кг) [] Биеийн жингийн индекс (кг/м ²) []	Цусны даралт (ммуб) Систолын даралт [] Диастолын даралт []	
Хэвтэх үеийн зовиур: 		
Өвчний түүх: 		
Хэвтэхээс өмнө хийгдсэн эмчилгээ /гэрээр хийсэн эмчилгээ/: 		
Амьдралын түүх: 		
Ахуйн нөхцөл: <input type="checkbox"/> Орон сууцанд <input type="checkbox"/> Гэрт <input type="checkbox"/> Бусад	Ам бүл _____ хэнтэйгээ амьдардаг _____	
Урьд өвчилсөн өвчин, эмгэгийн байдал:		
Халдварт: <input type="checkbox"/> Улаан бурхан _____ онд <input type="checkbox"/> Салхин цэцэг _____ онд <input type="checkbox"/> Гахайн хавдар _____ онд <input type="checkbox"/> Гепатит А _____ онд <input type="checkbox"/> Гепатит В _____ онд <input type="checkbox"/> Гепатит С _____ онд <input type="checkbox"/> Гэдэсний халдварт өвчнөөр өвдсөн эсэх _____ онд <input type="checkbox"/> Сүрьеэ өвчнөөр өвдсөн эсэх _____ онд <input type="checkbox"/> Уушигны _____ онд <input type="checkbox"/> Булчирхайн _____ онд <input type="checkbox"/> Гэдэсний _____ онд <input type="checkbox"/> Бусад _____ онд <input type="checkbox"/> Бусад _____ онд	Мэс засал, мэс ажилбар хийлгэсэн эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Тийм бол Ямар эрхтэнд ____ Хэдэн удаа _____ Хэдэн онд _____ Хүндрэл: <input type="checkbox"/> гарсан <input type="checkbox"/> үгүй	Осол гэмтэл, хордлого: _____ Одоогийн осол гэмтлийн шалтгаан: _____
Халдварт бус: 		
Тархвар зүйн асуумж: <input type="checkbox"/> Ойрын 6 сарын хугацаанд халдварт өвчтэй хүнтэй ойр байсан эсэх <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Тийм Өдөрт хэдэн ширхэг: _____ <input type="checkbox"/> Үгүй			
Эцэг /эх/ архи уудаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Эцэг /эх/ тамхи уудаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Хүүхдийн дэргэд тамхи татдаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
Удаан хугацаагаар, байнга хэрэглэж байсан эмийн тухай _____ Хэдий хугацаагаар хэрэглэж байгаа _____			
Хооллолтын байдал: <input type="checkbox"/> Хөхөөр <input type="checkbox"/> Тэжээвэр /юугаар/ _____ <input type="checkbox"/> Холимог <input type="checkbox"/> Ердийн хоол	Хооллох үед зовиуртай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол ямар зовиур илэрдэг _____	Өдөрт хэдэн удаа хооллодог _____ Тогтмол цагт хооллож чаддаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Цагаан хоолтон эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Голчлон хэрэглэдэг хоол, хүнс: <input type="checkbox"/> Махан <input type="checkbox"/> Гурилан <input type="checkbox"/> Ногоо <input type="checkbox"/> Жимс жимсгэнэ <input type="checkbox"/> Сүү цагаан идээ <input type="checkbox"/> Халуун ногоо <input type="checkbox"/> Дарсан давсалсан бүтээгдэхүүн <input type="checkbox"/> Бусад
Үзлэг эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут			
БОДИТ ҮЗЛЭГИЙН ХЭСЭГ			
Ерөнхий үзлэг:			
Биеийн ерөнхий байдал: <input type="checkbox"/> Хөнгөн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд SatO ₂ FiO ₂	Ухаан санаа: <input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Ступор <input type="checkbox"/> Сопор <input type="checkbox"/> Кома <input type="checkbox"/> Бусад	Орчиндоо: <input type="checkbox"/> Харьцаатай <input type="checkbox"/> Харьцаагүй <input type="checkbox"/> Сул	Байрлал: <input type="checkbox"/> Идэвхтэй <input type="checkbox"/> Идэвхгүй <input type="checkbox"/> Албадмал <input type="checkbox"/> Хагас суугаа <input type="checkbox"/> Хэвтрийн <input type="checkbox"/> Бусад
Царайны илрэл: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Айсан <input type="checkbox"/> Сандарсан <input type="checkbox"/> Цочсон <input type="checkbox"/> Гутарсан <input type="checkbox"/> Шаналсан <input type="checkbox"/> Цонхийсон <input type="checkbox"/> Улайсан	<input type="checkbox"/> Хөхөрсөн <input type="checkbox"/> Ядрангуй шаргалтсан <input type="checkbox"/> Хавагнасан <input type="checkbox"/> Баг өмссөн мэт, гиппократын <input type="checkbox"/> Корвизорын <input type="checkbox"/> Акромегалийн <input type="checkbox"/> Бусад	Биеийн галбир: <input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Зөв биш Зөв: <input type="checkbox"/> Астеник <input type="checkbox"/> Гиперстеник <input type="checkbox"/> Нормостеник	Зөв биш эмгэг: <input type="checkbox"/> Тал саатай <input type="checkbox"/> Бөгтөр <input type="checkbox"/> Гэдгэр <input type="checkbox"/> Оцгор <input type="checkbox"/> Бусад _____
Марианы байдал: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Таргандуу <input type="checkbox"/> Тарган <input type="checkbox"/> Хэт тарган <input type="checkbox"/> туранхайвтар <input type="checkbox"/> Туранхай <input type="checkbox"/> Эцэнхий <input type="checkbox"/> Яс арьс болтлоо турсан			
Хэсэгчилсэн үзлэг: Толгойн хэлбэр: _____ хэмжээ: _____			
Гавлын ясжилт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Зөөлөн	Зулай: <input type="checkbox"/> Битүүрсэн <input type="checkbox"/> Битүүрээгүй (тайван, хонхор, дүүрэнгэ, пульсацитай)	Зулайн хэмжээ: _____ см Заадсууд: <input type="checkbox"/> Нийлсэн <input type="checkbox"/> Салсан <input type="checkbox"/> Давхардсан	
Дагзны булчингийн хөшингө илэрсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
Нүүрний хэлбэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Дугуй сар шиг <input type="checkbox"/> Зөв бус <input type="checkbox"/> Бусад	Хөмсөг: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Өтгөн <input type="checkbox"/> Шингэн <input type="checkbox"/> Халцарсан /арын гуравны нэг нь ургаагүй/ <input type="checkbox"/> Огт хөмсөггүй <input type="checkbox"/> Бусад	Зовхи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хавантай <input type="checkbox"/> Арьс нь харласан <input type="checkbox"/> Зовхины орчим Ксантомтой <input type="checkbox"/> Дээд, доод зовхи унжсан	Нүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нүд мэдэгдэхүйц бүлтийсэн <input type="checkbox"/> Нүд солир <input type="checkbox"/> Нистагм илэрсэн <input type="checkbox"/> Хонхор <input type="checkbox"/> Нулимстай <input type="checkbox"/> Бусад
Нүдний салстын өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус цэнхэр <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Шарангуй <input type="checkbox"/> Улаан	Хүүхэн хараа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийссан <input type="checkbox"/> Өргөссөн <input type="checkbox"/> Хоёр талд ижил биш Гэрлийн урвал: _____		Хамар: хэлбэр: <input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Зөв биш Хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Муруйлттай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Уруулын өнгө: <input type="checkbox"/> Ягаан	Уруулын чийгшилт:		Уруул, тагнайн сэтэрхийтэй эсэх:

<input type="checkbox"/> Улаан ягаан <input type="checkbox"/> Хөхөлбөр <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Бусад _____		<input type="checkbox"/> Чийглэг <input type="checkbox"/> Омголтсон <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Бусад _____		<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол: (баруун, зүүн, 2 талд)	
Амны хөндий:					
Хэл: Өнгө: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Ягаан <input type="checkbox"/> Улаан		Өнгөр <input type="checkbox"/> Өнгөргүй <input type="checkbox"/> Өнгөртэй /нимгэн, зузаан/ <input type="checkbox"/> Хэсэгчилэн арилсан <input type="checkbox"/> Өнгө нь цайвар <input type="checkbox"/> Бохир <input type="checkbox"/> Бусад _____		Хөхлөг: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хатингаршсан <input type="checkbox"/> Томорсон	
Тууралт: <input type="checkbox"/> Тууралтгүй <input type="checkbox"/> Яр <input type="checkbox"/> Шарх <input type="checkbox"/> Улайлт		Буйл: Өнгө: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Улайсан <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Хөхөлбий		<input type="checkbox"/> Шархлаагүй <input type="checkbox"/> Шархалсан <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Тууралтгүй <input type="checkbox"/> Тууралттай	
Хатуу, зөөлөн тагнай: Өнгө: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Тууралттай <input type="checkbox"/> Улайсан <input type="checkbox"/> Шарлалттай <input type="checkbox"/> Цайсан		Гүйлсэн булчирхай: <input type="checkbox"/> Үрэвссэн <input type="checkbox"/> Үрэвсээгүй Хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон		Дууны өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Сөөнгө <input type="checkbox"/> Дуу гарахгүй <input type="checkbox"/> Бусад _____ Шүд: _____	
Арьс салстын байдал:					
Хамар уруулын гурвалжин: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хөхрөлттэй (төвийн, захын цайвар хөхрөлт)		Арьсны өнгө: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Цайвар шар <input type="checkbox"/> Цайвар ягаан <input type="checkbox"/> Шар <input type="checkbox"/> Нимбэгэн шар <input type="checkbox"/> Улаан шар		<input type="checkbox"/> Ногоон шар <input type="checkbox"/> Бараан саарал <input type="checkbox"/> Цайж алагласан <input type="checkbox"/> Хүрэл шиг <input type="checkbox"/> Улаан цоохор <input type="checkbox"/> Зэвхий саарал <input type="checkbox"/> Бусад _____	
Уян хатан чанар: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Алдагдсан		Арьсны чийглэг байдал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Хуурайшсан <input type="checkbox"/> Хогжруутсан <input type="checkbox"/> Гуужсан <input type="checkbox"/> Сайртсан			
Арьсан дээрх тууралт: <input type="checkbox"/> Цэвэр тууралтгүй <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Их		Арьсан доорхи судасны байдал: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Ялимгүй харагдана <input type="checkbox"/> Тод харагдана <input type="checkbox"/> Өргөсч бүдүүрсэн <input type="checkbox"/> Бусад _____		Хаван: <input type="checkbox"/> Хавангүй <input type="checkbox"/> Хавантай: Ерөнхий хэсгийн: <input type="checkbox"/> Нүүрэнд <input type="checkbox"/> Зовхинд <input type="checkbox"/> Хэвлийд <input type="checkbox"/> Шилбээр <input type="checkbox"/> Хуухнаг	
Захын тунгалгийн булчирхайн байдал:					
Хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Харахад томорсон <input type="checkbox"/> Тэмтрэлтээр томорсон		Байрлал: <input type="checkbox"/> Хүзүүний <input type="checkbox"/> Суганы <input type="checkbox"/> Цавины <input type="checkbox"/> Бусад _____		Нягт: <input type="checkbox"/> Зөөлөн <input type="checkbox"/> Хатуу	
Гадаргуу: <input type="checkbox"/> Барзгар <input type="checkbox"/> Гөлгөр		Хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөнтэй <input type="checkbox"/> Хөдөлгөөнгүй		Эмзэглэл: <input type="checkbox"/> эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> эмзэглэлтэй	
Арьсны дайврууд: Үс _____ Хумс _____					
Булчингийн хөгжил: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Хатингаршсан <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Жигд бус		Булчингийн чангарал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Чангарсан <input type="checkbox"/> Хэт чангарсан		Булчингийн хүч, хөдөлгөөн: 0б, 1б, 2б, 3б, 4б, 5б Булчингийн чангарлын байршил: _____	
Тулгуур эрхтний тогтолцоо:					
Үе мөчний хэлбэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өөрчлөгдсөн <input type="checkbox"/> Үений орчим хавдаж улайсан <input type="checkbox"/> Хөдөлгөх буюу дарахад өвддөг аль үеэнд _____			Үений хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Идэвхитэй <input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Идэвхигүй <input type="checkbox"/> Хязгаарлагдмал аль үеэнд _____		

ЭРХТЭН ТОГТОЛЦООНЫ ҮЗЛЭГ

Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо

Харж ажиглах:

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

Хамарт ялгадастай эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол ямар: _____	Амьсгал авалт саадтай: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Амьсгал гаргалт саадтай: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Амьсгалын тоо 1 минутанд _____ удаа <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус	Цэрний шинж байдал: _____ Ханиалгалтын байдал: _____
---	--	---	---

Тэмтрэлт:

Тогшилт

Цээжээр эмзэглэх: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй (_____) Уян чанар: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан	Дууны доргион: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Суларсан <input type="checkbox"/> Тодорхойлогдохгүй <input type="checkbox"/> Хүчтэй болсон	Тогшилтын дуу: <input type="checkbox"/> 2 талд ижил <input type="checkbox"/> Ижил бус	Хэсэгт тогшилтын дуу: <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Тодорсон <input type="checkbox"/> Дүлий болсон
---	--	---	---

Чагналт

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

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Харж ажиглахад: Зүрхний оройн түлхэлт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй <input type="checkbox"/> Ажиглагдана	Гүрээний судасны лугшилт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй <input type="checkbox"/> Ажиглагдана	Чамархайн судасны лугшилт: <input type="checkbox"/> Ажиглагдахгүй <input type="checkbox"/> Ажиглагдана
Хурууны үзүүр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Бөмбөрийн дохиур мэт <input type="checkbox"/> Бусад _____	Тэмтрэлтээр: Зүрхний оройн түлхэлт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэлбийсэн байрлал (_____)	Түлхэлтийн хүч: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Багассан
Гүрээний судасны лугшилт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Түргэссэн <input type="checkbox"/> Удааширсан	Гол судасны лугшилт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Ихэссэн	Судасны цохилт 1 минутанд _____ удаа, хүчдэл дүүрэлт _____
Тогшилтаар: Зүрхний хил: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон	Аль тийш хазайсан: <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Баруун Хэмжээ _____	Чагналтаар: Зүрхний авиа: <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр
		Хэм: <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус Хэм алдалттай хэлбэр нь _____

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

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Амны үнэр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Иссэн жимс <input type="checkbox"/> Элэгний <input type="checkbox"/> Ацетон <input type="checkbox"/> Үмхий	Хэвлийн үзлэг: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Цардгар <input type="checkbox"/> Мэхгэр <input type="checkbox"/> Хэвлийн тойрог _____ см	Хэвлийд асцит бий эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэвлий: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй Өвдөлтийн байрлал: _____	Хүйн байдал: _____ _____ _____
---	--	---	--------------------------------------

Элэгний бага шинжүүд: <input type="checkbox"/> Хэлний үзүүр улайсан [], Алга улайсан [] <input type="checkbox"/> Гарын алганы зураас тодорсон [] <input type="checkbox"/> Өнгөц вен өргөссөн []	Ходоод тэмтрэлт, тогшилтаар: Ходоодны доод хил: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Агшсан	Нугалуур: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдээгүй Хэмжээ нь: _____
--	--	---

<input type="checkbox"/> Одлог тууралт [] Гинекомасти []		<input type="checkbox"/> Сунасан (1, 2, 3-р зэрэг)		<input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Томорсон	
Их, бага махиа: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдээгүй Менделийн шинж []		Элэгний хэмжээ тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон <input type="checkbox"/> Хавирганы нумнаас доош ____ см Элэгний ирмэг <input type="checkbox"/> Хурц <input type="checkbox"/> Мохоо		Дэлүүний хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томорсон ____ см	
Цэсний өвдөлтийн үед илрэх хам шинжүүд: <input type="checkbox"/> Кера [] см, <input type="checkbox"/> Мерфи [] см, <input type="checkbox"/> Мюсси [] см <input type="checkbox"/> Ортнера [] см <input type="checkbox"/> Василенко [] см			Нойр булчирхайн өвдөлтийн үед илрэх хам шинжүүд: <input type="checkbox"/> Воскресенского [] см <input type="checkbox"/> Мейо-Робсона [] см <input type="checkbox"/> Тернера [] см <input type="checkbox"/> Губергрицкого [] см <input type="checkbox"/> Джаниледзе [] см		
Гэдэс тэмтрэлтээр: Тахир гэдэс: Хэлбэр: <input type="checkbox"/> Бортгон <input type="checkbox"/> Өөр Гадаргуу: <input type="checkbox"/> Гөлгөр <input type="checkbox"/> Барзгар		Хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Агшсан <input type="checkbox"/> Томорсон		Нягтрал: <input type="checkbox"/> Хатуу <input type="checkbox"/> Зөөлөн <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй	
Хошноого: <input type="checkbox"/> Хэвийн онгойсон <input type="checkbox"/> Битүү		Баас: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Шингэн баана <input type="checkbox"/> Хатна		Суулгах: <input type="checkbox"/> Усархаг <input type="checkbox"/> Салсттай <input type="checkbox"/> Цусны судалтай <input type="checkbox"/> Залхагтай <input type="checkbox"/> Хоолны боловсроогүй үлдэгдэлтэй	
Мэдрэлийн тогтолцоо					
12 хос мэдрэлээс гарсан өөрчлөлт /дугуйл/ I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII		Үнэрлэх мэдрэмж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Ялгахгүй		Сонсголын мэдрэмж: Сонсох чадавхи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Буурсан	
Хүүхэн хараа: <input type="checkbox"/> Өргөссөн <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Нарийссан		Рефлекс: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Арефлекс <input type="checkbox"/> Гиперрефлекс <input type="checkbox"/> Гипорефлекс <input type="checkbox"/> Эмгэг рефлекс <input type="checkbox"/> Клонус илэрсэн		Мэдрэхүйн хүрээний өөрчлөлт: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Илэрсэн Өнгөц мэдрэхүй: <input type="checkbox"/> Алдагдаагүй <input type="checkbox"/> Алдсан	
Хэт хөдөлгөөнтөх хам шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Илэрсэн (гиперкинезия, тремор, тик, хорая, атетоз, нүүрний татвалзал, бусад_____)		Тэнцвэрийн сорилд: <input type="checkbox"/> Алдахгүй <input type="checkbox"/> Алдана		Менингитийн шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Илэрсэн	
Вегетатив мэдрэлийн систем: _____ Сэтгэцийн байдал: _____ Бусад: _____					
Шээс бэлгэсийн тогтолцоо					
Бөөр: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй		Пастернацкийн шинж: Баруун талд [] Зүүн талд []		Хоногийн шээсний гарц: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Багассан	
Шөнө шээдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм Тоо ____ Шээс: <input type="checkbox"/> Тасалддаг <input type="checkbox"/> Үгүй		Шээхэд : <input type="checkbox"/> Давсаг шээсний сүв эмзэглэх <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Шээс дүлүүлж гардаг <input type="checkbox"/> Үгүй		Шээсний өнгө: <input type="checkbox"/> Сүрлэн шар <input type="checkbox"/> Улаан шар <input type="checkbox"/> Өнгөгүй <input type="checkbox"/> Тунадастай <input type="checkbox"/> Тунадасгүй, Тоо ____ олон, цөөн	
Давсаг тэмтрэгдэх: _____ Бэлгийн хоёрдогч шинж тэмдэг илэрсэн эсэх: _____					
Бусад эрхтэн, тогтолцоо					
Бамбай булчирхай: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ /зур/ (зөөлөн, хатуу, эмзэглэлтэй, эмзэглэлгүй)				<input type="checkbox"/> Томроогүй <input type="checkbox"/> Томорсон (0, I, II зэрэг)	
Хэсэг газрын үзлэг /Status localis/ _____ _____					

ЭМНЭЛЗҮЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШИЙН ҮНДЭСЛЭЛ

Зовиураас: _____ _____ _____		Эмчилгээ сувилгааны төлөвлөгөө
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: _____ _____ _____		
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

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

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____

Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____

_____ оны _____ сарын _____ -нд _____

оношоор эмнэлэгт _____ хоног хэвтэж эмчлүүлэв.

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

_____ хагалгаанд _____ мэдээ алдуулалтанд _____

Биеийн байдал	Гарах үед
Хөнгөн	1
Дунд	2
Хүндэвтэр	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: _____

Хийгдсэн эмчилгээ	Эмийн	1	Бусад эмчилгээ _____ _____ Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн эсэх - тийм, үгүй /зур/
	Эмийн бус	2	
	Мэс заслын	3	
	Бусад	4	

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

СУВИЛАГЧ ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН БИЕЙН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛЭХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: _____

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

Ангилал	Огноо /цаг/ Үнэлгээ									Сувилгааны асуудал - #	
1. Амьсгал / Зурх судас	Амьсгалалт	Жигд	Өнгөц							#1. Амьсгалах хэв маягийн өөрчлөлт #2. Хийн солилцоо алдагдсан #3. Амьсгалын замын цэвэршилт алдагдсан #4. Хөдөлгөөний алдагдал #5. Ядаргаа #7. Шокын эрдсэл #8. Захын мэдрэлийн үйл ажиллагаа алдагдах эрсдэл #9. Нойр хулжих #10. Нойргүйдэл #11. Хөдөлгөөн муудсан (ор, биеийн, шилжих, тэргэнцэр) #12. Тамиргүйдэх	
			Гүн								
		Жигд бус	Тоо олширсон								
			Тоо цөөрсөн								
	Чимээ	Хэвийн	Сул								
		Хэвийн бус	Тод								
	Ханиалгалт	Үгүй									
		Цэргүй									
		Цэртэй									
	Хаван	Хавангүй	Бүх биеэр								
			Нүүрэнд								
			Зовхинд								
			Хэвлийд								
			Шилбэнд								
	Хялгасан судасны дахин дүүрэлт		2 секундээс бага								
		2 секундээс удаан									
Зүрхний хэм	Жигд										
	Хэм алдагдсан										
2. Хоол боловсруулалт	Хооллолт	Амаар									
		Гуурсаар									
		Бусад замаар (судсаар)									
	Хоолны дэглэм	Хоол хориогүй									
		Хоол хориотой									
	Хоолны дуршил	Хэвийн									
		Өөрчлөлттэй									
		Огиулалттай									
		Бөөлжүүлнэ									
	Хэвлий	Хэвийн									
		Цэрдийсэн									
		Хонхойж татагдсан									
	Өтгөн	Хэвийн									
		Хатуу									
		Шингэн									
		Өнгө өөрчлөгдсөн									
3. Шээс ялгаруулалт	Шээс	Шээсний гарц	Хэвийн								
			Ихэссэн								
			Багассан								
		Зовиур	Өвдөлттэй*								
			Дүлэлттэй								
			Тасалдсан								
	Өнгө, үнэр	Задгайрсан									
		Өөрчлөлтгүй									
		Өөрчлөлттэй									
		Шээлгүүргүй									
		Шээлгүүртэй									
4. Арьс	Арьсны байдал	Өөрчлөлттэй*	Улайсан								
			Хавдсан								
			Зүсэгдсэн								
			Шүүс гарсан								
			Идээлсэн								
	Арьсны эрүүл ахуй	Бүх биеийн угаалга хийх	Шаардлагагүй								
			Шаардлагатай								
			Хэсэгчилсэн угаалга хийх	Шаардлагагүй							
			Шаардлагатай								
			Ор цэвэрлэх	Шаардлагагүй							
Мэс заслын шарх	Боолт	Цэвэр									
		Бохир									
		Гуурстай									
Уян зүү тавьсан хэсэг		Хэвийн									
		Улайсан									
		Хавдсан									
5. Мэдрэл, сэтгэхүйн байдал	Ухаан санааны байдал	Хэвийн									
		Сэтгэл хөөрлийн байдалтай									
		Сэтгэл түгшсэн байдалтай									
	Орчиндоо (бусадтай)	Ухаангүй									
		Харьцаатай									
		Сул									
	Өвдөлт	Харьцаагүй									
		Өвдөлтгүй									
			Өвдөлттэй*								
	Үе мөчний хөдөлгөөн	Хэвийн									
Хязгаардлагдмал											
Үений хавдалттай											

ӨДӨР ТҮТМЫН ҮНЭЛГЭЭ

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										

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

ӨВДӨЛТИЙГ ХЯНАХ ХУУДАС

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:

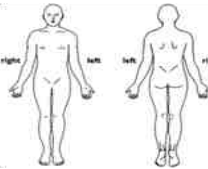
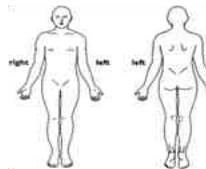
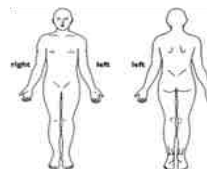
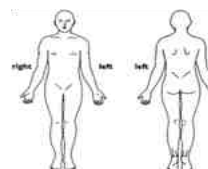
Өвчний түүх №

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, хатгаж 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.

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

Эмчлүүлэгч _____

Хориглох зүйл _____

Нас.....
 Хүйс/зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

Харшил _____

	Д/Д	Эмчилгээ, сувилгааны заалт 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 Амаар	
																												Нийт - /гарсан/ Шээс Бөөлжилт Өтгөн Гуурсаар Бусад
Дуслаар																											Нийт	
																												- /гарсан/ Шээс Бөөлжилт Өтгөн Гуурсаар Бусад
Судсаар																											Нийт	
																												Шингэний баланс Эмчид мэдэгдэх хяналтын хязгаар
Булчин, арьсан дор																											Нийт	
																												АДД Пульс Sao ₂
Амаар																											Дээд Доод	
																												Баланс төлөвлөлт
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																											Баланс төлөвлөлт	
																												Баланс төлөвлөлт

Хариуцсан сувилагч

Эмчлэгч эмч:

Жижүүрийн эмч:

**Мэдээгүйжүүлгийн эмчийн мэс заслын өмнөх үзлэг,
мэдээгүйжүүлэлтийн явц, сэрээх үеийн хяналтын хуудас /хүүхэд/**

Овог Регистр №

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

 Түүх №
Нэр..... Нас..... Хүйс: Эр /Эм
Тасаг.....

Үзсэн:/...../...../.....цаг/.....мин	Ерөнхий үзлэг: Биеийн байдал: <input type="checkbox"/> дунд <input type="checkbox"/> хүндэвтэр <input type="checkbox"/> хүнд <input type="checkbox"/> маш хүнд							
Онош:..... Төлөвлөгөөт / Яаралтай / Хойшлуулшгүй Төлөвлөж буй мэс засал.....	Жин.....кг Өндөр.....см Бялдар: <input type="checkbox"/> Туранхай <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Тарган Амьс/Тоо..... Зүрх/Цохилт..... Бие/т°..... O ₂ Sat..... АД..... АДД Цусны бүлэг: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Зах/хял/суд/эр/дүүрэлт:сек. Сэтгэц: <input type="checkbox"/> Тайван <input type="checkbox"/> Тайван бус <input type="checkbox"/> Глазго үнэлгээ..... Арьсны өнгө, байдал:.....							
Анамнез: Зовиур:..... Өвчний эхлэл..... Өвдсөн өвчин..... Харшил..... Халдварт/ө ба вакцин..... Удамшил..... Өмнөх хагалгаа мэдээгүйжүүлэг. Хүндрэл..... Осол гэмтэл..... Хэрэглэж байсан эм, цус цусан бүтээгдэхүүн Хорт зуршил.....	Шингэн алдалт: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм Зэрэг..... Амьсгалын зам: Маллампати I II III IV Эрүү бамбайн зай > 6 см < 6 см Ам ангайлт > 3 см < 3 см Хамар сарталзах <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Өвчүү татагдах <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хүзүүний/хөд чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэцүү интубаци болзошгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хиймэл а/ зам: <input type="checkbox"/> ЦХГ№..... <input type="checkbox"/> Трахеостоми <input type="checkbox"/> Үгүй Хүчилтөрөгч эмчилгээ: <input type="checkbox"/> Гуурс <input type="checkbox"/> Маск <input type="checkbox"/> Маск хүүдий <input type="checkbox"/> FiO ₂ Хараа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Эмгэг..... Шүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Кариес <input type="checkbox"/> Шүдгүй <input type="checkbox"/> Хөдөлсөн <input type="checkbox"/> Хиймэл Зүрх..... Судасны лугшилт..... Уушги..... Хэвлий..... Мэдрэл..... Меч..... Хэс/мэд хийх хэсэг: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Халдварын шинж <input type="checkbox"/> Хэвийн бус Судасны байдал: <input type="checkbox"/> Хангалттай <input type="checkbox"/> Хангалтгүй <input type="checkbox"/> ТВГ <input type="checkbox"/> судасны хурц.....							
ТМС <input type="checkbox"/> Уналт таталт <input type="checkbox"/> Бадайрах/сульдах <input type="checkbox"/> Толгой өвдөлт <input type="checkbox"/> Тархины даралт <input type="checkbox"/> Ухаан балартах	Лабораторийн шинжилгээ	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус ЦЕШ <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЦС/ билируб <input type="checkbox"/> Уураг <input type="checkbox"/> Моч/креат <input type="checkbox"/> К, Na, Ca, P <input type="checkbox"/> Асат, Алат <input type="checkbox"/> Бүлэгнэлт <input type="checkbox"/> Бак/серологи <input type="checkbox"/> Рентген <input type="checkbox"/> ЭКГ <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Бусад <input type="checkbox"/>						
ЗСС <input type="checkbox"/> Зүрх дэлсэх <input type="checkbox"/> Хөхрөх <input type="checkbox"/> Цээжээр өвдөх <input type="checkbox"/> Хаван <input type="checkbox"/> Албад/байрлал		ASA <input type="checkbox"/> АДэЗХ <input type="checkbox"/> Амьсгаадах <input type="checkbox"/> Ханиах <input type="checkbox"/> Хөхрөх <input type="checkbox"/> Цэр						
ХБС <input type="checkbox"/> Шарлалт <input type="checkbox"/> Хоолны дуршил <input type="checkbox"/> Цирроз <input type="checkbox"/> /-/ <input type="checkbox"/> Суулгалт <input type="checkbox"/> Парез.....		ШЯС <input type="checkbox"/> Олигоури <input type="checkbox"/> Бөөрний <input type="checkbox"/> Полиури <input type="checkbox"/> дутагдал <input type="checkbox"/> Никтури <input type="checkbox"/> Шээс хаагдах <input type="checkbox"/>						
Ц/бул <input type="checkbox"/> Цус гоожимхой <input type="checkbox"/> Тууралт гардаг <input type="checkbox"/> Хөхрөлт үүсэх хандлагатай <input type="checkbox"/>		Мэдээгүйжүүлгийн төлөвлөгөө ASA ангилал: 1 2 3 4 5 6 E Эрсдэл: I II III IV Эрсдэл..... Мэд/хэлбэр, ажилбар..... Бэлтгэл..... Урьдал эмжүүлэлт..... ЦЦБ бэлдсэн: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм..... <input type="checkbox"/> тохирсон <input type="checkbox"/> тохироогүй Эрсдэл танилцуулж, мэдээгүйжүүлгийг тайлбарлаж <input type="checkbox"/> өгсөн <input type="checkbox"/> үгүй болно. Мэдээгүйжүүлэг өгөхийг <input type="checkbox"/> зөвшөөрсөн / <input type="checkbox"/> зөвшөөрөөгүй болно. Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг..... Мэдээгүйжүүлгийн эмч.....						
Төрөлт:..... Өсвөр охид: ССТ..... Хооллосон байдал.....								

<input type="checkbox"/> ETCO ₂ <input type="checkbox"/> P _{aw} <input type="checkbox"/> Температур <input type="checkbox"/> Прек/эзоф стетос <input type="checkbox"/> A-line /IBP/ <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> ТВД <input type="checkbox"/> ХШТ <input type="checkbox"/> Шээс ялгаралт <u>Байрлал:</u>	0		
Үзүүлэлт:	<input type="checkbox"/> O ₂ Sat <input type="checkbox"/> ETCO ₂ <input type="checkbox"/> ТВД <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> CO ₂ хийн даралт		
Мэдээгүйжүүлгийн ажилбарууд:	<input type="checkbox"/> EM: ()Mask ()LMA #..... ()ЦХГ ()RAE () Спираль: Ам / Хамар () D/Lumen ()Трахеостоми Шууд/Харанхуй/Дуран () Селикийн арга () Сэрүүн интубаци () Хэцүү/интубаци Оролдлого..... Чиглүүлэгч +/- Манжет +/- №..... Гүн..... см <input type="checkbox"/> Хавсарсан: <input type="checkbox"/> EM+TMX <input type="checkbox"/> EM+ЗМХ <input type="checkbox"/> Судсаар (TIVA) <input type="checkbox"/> Амьсгал чөлөөлөх хэрэгслүүд +/- <input type="checkbox"/> ТВГ -ыг .....судсанд оролдлогоор хатган оруулж.....см-т бэхлэв. <input type="checkbox"/> хяналт: Эхо / Rс. Хүндрэл + / - (.....) <u>Тусгай техник:</u> <u>Хүндрэл:</u> <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> TMX: () Нугас () Нугас/гадна () Ууцны Хатгасан цэг..... Нэг удаа/Тасралтгүй Мэдээгүйжүүлгийн түвшин Зүү №..... Кат/урт.....см <input type="checkbox"/> ЗМХ: ()BPB () FNB () TAP () IOB () IINB () Penile/b () digitalis/b () Trigem/b () Эмийн бодис..... Хэмжээ:.....%.....мл Эхо хяналт: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй

Өвчний түүхийн № _____

МЭС ЗАСЛЫН ТЭМДЭГЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ РД

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

Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй Нас _____
Мэс засал эхэлсэн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг: _____ минут _____, дууссан цаг _____ минут _____
Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа _____ цаг _____ минут. Мэс засал төлөвлөгөөт, яаралтай /зур/
Мэс заслын нэр _____

Мэс заслын заалт: _____

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр ерөнхий: эндотрахеал хошуувч, төвөнхийн хошуувч
бүсчилсэн: нугасны хөндийн, нугасны гадна хөндийн, нугасны гадна хөндийн гуурс

Мэс заслын явц:
Үйлчлүүлэгчийн байрлал: нуруугаар, липотомийн, трендленбургийн, бусад: бичих _____
Хагалгааны талбай ариутгасан:

Хагалгааны зүслэг /зур/:
- Хэвлийн өмнөд ханын доод 1/3-ийн дагуу зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хөндлөн зүслэг
- Хэвлийн өмнөд ханын хүйс тойруулсан дагуу зүслэг
- Дурангийн жижиг зүслэгүүд бичих: _____

Хэвлийн өмнөд ханыг нээхэд цус тогтоолт хийсэн эсэх: үгүй, хэрэв тийм бол аргыг бичих

Гэдсийг тусгаарласан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих _____

Наалдац салгасан эсэх: /зур/ Үгүй, Тийм бол бичих _____

Мэс заслаар эд, эрхтэн авсан, зассан тухай тэмдэглэл бичих: _____

Үлдэцийг ямар байдлаар цус тогтоож үлдээсэн тухай тэмдэглэл:

Хэвлий хаасан тухай тэмдэглэл:

Мэс заслын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ _____

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

Мэс заслын дараах онош: _____

Мэс засал: цэвэр, бохир

Оёдол тавьсан утас _____

Мэс заслын дараах эмчилгээ _____

Мэс заслын дараах 2 цагийн дараах үзлэг, хяналт _____

Мэс засал хийсэн эмч:

1. _____

2. _____

3. _____

Сувилагч:

1. _____

2. _____

3. _____

Мэдээгүйжүүлэгч эмч:

1. _____

Сувилагч:

1. _____

Мэс заслын тэмдэглэл хөтөлсөн эмч _____

Цаг минут	Эмчийн тэмдэглэл	Авсан арга хэмжээ, тусламж үйлчилгээ

МЭС ЗАСАЛ/МЭС АЖИЛБАР ХИЙЛГЭХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын нэр:

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн
(эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт, эндэгдэл,
хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдлүүд (эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүд (хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбарууд (ажилбаруудыг нэг
бүрчлэн дурьдана):

.....
.....

Тухайн мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж болох
эмчилгээний бусад аргууд (бусад аргуудыг дурьдана):

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбарын үед хийгдэх мэдээгүйжүүлэлт:

Ерөнхий, нугасны мэдээ алдуулалт, хэсгийн мэдээ алдуулалт, тайвшруулах (аль нь болохыг
сонгож доогуур нь харах)

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж
өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

- Эмчийн санал болгож буй мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах) -ыг дээрхи мэдээ алдуулалтаар хийлгэхийг **БИ ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.**

Түүнчлэн гэмтсэн эд, эрхтний хэсэг болон эд эрхтнийг журмын дагуу устгахыг уг эмнэлэгт зөвшөөрч байна.

- Мэс засал/мэс ажилбар (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ын үр дүн, гарч болох хүндрэл, эрсдэл, нэмэлт ажилбарууд, орлуулж болох эмчилгээний талаар **БИ ТОДОРХОЙ МЭДЭЭЛЭЛ АВСАН БОЛНО.**

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../

/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс ажилбар/мэс заслын хагалгаа (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../

/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

**АМЬ НАС/ЭРҮҮЛ МЭНДЭД ЭРСДЭЛТЭЙ ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН
ХУУДАС**

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

А/МЭДЭЭЛЛИЙН ХУУДАС

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)
-ын үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт,
эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илирхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

.....
.....

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг
бүрчлэн дурьдана:

.....
.....

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж
болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний давуу тал:

.....
.....

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээний үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

- Ерөнхий
- Нугасны мэдээ алдуулалт
- Хэсгийн мэдээ алдуулалт
- Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

.....
Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

[] Надад шаардлагатай оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН. Иймд

.....
хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

[] Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (зурах)-аас гадна

.....
зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

[] Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....
Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

[] Насанд хүрээгүй

[] Ухаангүй

[] Сэтгэцийн эмгэгтэй

[] Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

(Өвчтөний түүхэнд хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____ овогтой _____ би эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарах нь эмчлэгч эмч болон эмнэлгийн удирдлагын зааврыг дагаж мөрдөөгүй гэдгийг ойлгож байна.

Миний эмнэлгээс гарч буй шалтгаан:

.....
.....

Энэ мөчид эмнэлгээс гарснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН БОЛНО.

.....
.....

Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОСОН бөгөөд хэрвээ би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Энэ мөчид эмнэлгээс гарч, тусламж үйлчилгээ зогссоноос болж гарах үр дагаварт эмчлэгч эмч, эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

- Насанд хүрээгүй
- Ухаангүй
- Сэтгэцийн эмгэгтэй
- Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

**ӨӨРИЙН ХҮСЭЛТЭЭР ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ АВАХ ТУХАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН
ХУУДАС**

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ _____ ОВОГТОЙ _____ би дараах эмчилгээ

үйлчилгээ авах хүсэлтэй байна. (ямар тусламж, үйлчилгээ авах саналтай байгаагаа дэлгэрэнгүй
бичнэ. Үүнд: эмийн эмчилгээ, мэс ажилбар, гоо сайхны хагалгаа зэрэг бүх үйлчилгээ хамаарна)

Миний зүгээс уг эмчилгээ, үйлчилгээг хийлгэх гэж буй шалтгаан:

Өөрийн хүсэлтээр хийлгэж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь
зурах)-ний үр дүн (эмнэл зүйн туршлагын дүн, нотолгоонд тулгуурлан бүрэн эдгэрэлт, сайжралт,
эндэгдэл, хүндрэлийн магадлалыг хувиар илэрхийлэн ойлгомжтойгоор тайлбарлана):

Гарч болох эрсдэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

Гарч болох хүндрэлүүдийг нэг бүрчлэн дурьдана:

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ(аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний үед хийгдэж
болох нэмэлт ажилбаруудыг нэг бүрчлэн дурьдана:

Тухайн оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ыг орлуулж
болох эмчилгээний бусад аргуудыг дурьдана:

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний
давуу тал:

Санал болгож буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний
үед хийгдэж болох мэдээгүйжүүлэлт:

[] Ерөнхий

[] Нугасны мэдээ алдуулалт

Хэсгийн мэдээ алдуулалт

Тайвшруулах

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт:

.....
.....

Дээрх асуултын хариулт (товч):

.....
.....

Эмчтэй холбоо барих утас:

Би үйлчлүүлэгчдээ дээрх мэдээллүүдийг дэлгэрэнгүй, энгийн ойлгомжтой хэллэгээр тайлбарлаж өгсөн болно.

Эмчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Б/ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛ:

Миний хүсэлтээр хийж буй оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-ний талаар эмчийн өгсөн мэдээллүүдийг БИ ОЙЛГОСОН.

Иймд

.....
хийлгэхийг ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА.

Эмчийн санал болгосон оношилгооны ажилбар/эмчилгээ (аль нь болохыг сонгож доогуур нь зурах)-нээс гадна

.....
.....

зэрэг нэмэлт ажилбар болон орлуулах эмчилгээ нь зөвхөн миний амь насыг аврах болон миний биеийн байдлыг муудахаас сэргийлэхийн тулд хийнэ гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙНА.

Харин дараах ажилбаруудыг ХИЙЛГЭХИЙГ БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ БАЙНА.

.....
.....

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэрийн хийлгэхээр зөвшөөрсөн мэс заслын хагалгааг би мөн зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____/...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....

Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН ТУХАЙ МЭДҮҮЛЭГ

(Өвчтөний түүх/иргэний эрүүл
мэндийн дэвтэрт хавсаргана)

Үйлчлүүлэгч _____ овогтой _____ би эмнэлгийн тусламж
үйлчилгээнээс татгалзах нь ямар үр дагавартай болох тухай мэдээллийг эмчээсээ авсан боловч уг
эмчилгээ үйлчилгээнээс ТАТГАЛЗАЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзаж буй шалтгаан:

.....
.....
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаар миний биед гарч болох хүндрэлүүдийн
талаар дараах МЭДЭЭЛЛИЙГ БИ АВСАН.

.....
.....
 Дээр дурдсан хүндрэлийн жагсаалт нь бүрэн бус гэдгийг БИ ОЙЛГОЖ БАЙГАА бөгөөд хэрвээ
би хүссэн тохиолдолд нэмэлт мэдээлэл авч болно гэдгийг МЭДЭЖ БАЙНА.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнээс татгалзснаас гарч болох үр дагаварт эмчлэгч эмч,
эмнэлгийг буруутгахгүй.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурах эрх зүйн чадамжгүй бол:

Асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигчийн гарын үсэг _____ /...../
/нэр/

Үйлчлүүлэгчтэй холбоотой эсэх: _____

Үйлчлүүлэгч эрх зүйн чадамжгүй байгаа шалтгаан:

Насанд хүрээгүй

Ухаангүй

Сэтгэцийн эмгэгтэй

Бусад (тайлбарлана уу)

Хэрэв өвчтөн жирэмсэн тохиолдолд:

Миний эхнэр эмчийн зөвшөөрсөн хугацаанаас өмнө эмнэлгээс гарахыг би зөвшөөрч байна.

Нөхрийн (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) гарын үсэг: _____ /...../
/нэр/

Хэрэв нөхөр (асран хамгаалагч/харгалзан дэмжигч) нь зөвшөөрөөгүй бол тайлбарлана уу.

.....
.....
Энэхүү зөвшөөрлийн хуудасны загварыг 2 хувь үйлдсэн болно.

огноо: _____ он _____ сар _____

ТӨРӨЛТИЙН ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр лого

РД			
ЭМД №			
Төрөлтийн түүх нээсэн:		он	сар өдөр цаг мин
Тасгийн нэр			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Өөрийн нэр: Нас: []	
Төрсөн он сар өдөр / /	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	Цусны бүлэг Резус хүчин зүйл	Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор
Ажлын газар, албан тушаал: _____ Мэргэжил: _____			
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ Тоот _____		Эмчийн хяналтанд байсан эсэх: <input type="checkbox"/> Өрх, сумын эмч <input type="checkbox"/> Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч <input type="checkbox"/> Бусад мэргэжлийн эмч <input type="checkbox"/> Хяналтанд ороогүй	
Анх хяналтанд орсон хугацаа (7х): [] Хяналтын эмчид сүүлийн удаа үзүүлсэн: он сар өдөр Хэдэн удаа үзүүлсэн: ____ Хяналт хийсэн эмнэлгийн нэр: _____ Хянасан эмчийн нэр: _____		Солилцох хуудастай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Дээд шатлалд шилжүүлсэн эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Холбоо барих хүний нэр: _____ Утас: _____	Мэдээлэл авах хүний нэр, утас: 1. _____ 2. _____ 3. _____	Төлбөрийн төрөл: <input type="checkbox"/> Төр хариуцсан <input type="checkbox"/> Өвчтөн хариуцсан	
ОНОШ			
Хэвтэх үеийн онош		ӨОУА-10	
Үндсэн онош			
Хүндрэл			
Дагалдах онош			
Үйлдлийн онош (Мэс засал, мэс ажилбар)		ҮОУА-9	
Эмнэлэгт амаржсан:		он сар өдөр цаг минут	
Төрөхөөс: <input type="checkbox"/> Гарсан <input type="checkbox"/> Шилжсэн <input type="checkbox"/> Нас барсан	он сар өдөр / / / / / /	Ор хоног [] хоног [] цаг	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: <input type="checkbox"/> Сүрьеэ <input type="checkbox"/> Вируст гепатит <input type="checkbox"/> Тэмбүү <input type="checkbox"/> Ангина <input type="checkbox"/> Заг хүйтэн <input type="checkbox"/> Шүд хорхойтох Бусад: _____	Биений юм: Анх ирсэн нас [] Мөчлөг [] хоног Үргэлжлэх хугацаа [] хоног Сүүлийн юм ирсэн хугацаа: он сар өдөр / /	Харшлын асуумж <input type="checkbox"/> Эм тариа <input type="checkbox"/> Ахуйн хэрэглээ Бусад: _____ Хорт зуршил <input type="checkbox"/> Архи <input type="checkbox"/> Тамхи <input type="checkbox"/> Мансууруулах бодис	
Тархвар судлалын асуумж /сүүлийн 1 сард/:			
1. Гадаад оронд зорчсон эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй 2. Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй 3. Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй 4. Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
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
<input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд		<input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Балартсан <input type="checkbox"/> Ухаангүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус _____
Амьсгал 1 минутанд _____ удаа	Чагналтаар амьсгал: <input type="checkbox"/> цулцангийн <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн <input type="checkbox"/> Хэржигнүүртэй <input type="checkbox"/> Сулавтар (баруун, зүүн)		
Судасны лугшилт 1 хоромд _____ удаа хүчдэл дүүрэлт _____	Тогшилтоор: Зүрхний хил хязгаар <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Томрсон	Чагналтаар зүрхний авиа: <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Бүдгэвтэр <input type="checkbox"/> Шуугиантай <input type="checkbox"/> Хэм жигд <input type="checkbox"/> Хэм алдалттай А/Д баруун _____ мм МУБ ___ зүүн _____ мм МУБ	
Хэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөртэй <input type="checkbox"/> Өнгө	Хэвлийн үзлэг: Өнгөц тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй Гүн тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинжгүй <input type="checkbox"/> Гялтан цочролын шинж илэрсэн		
Сонсох чадвахи: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан (баруун, зүүн)		Рефлексүүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Ихэссэн	
Сэтгэцийн байдал: _____			
Бусад өөрчлөлт: _____			

ЭХ БАРИХЫН ТУСГАЙЛСАН ҮЗЛЭГ

Төрөх хугацаа: он сар өдөр	Биеийн өндөр [] см	Ургийн байрлал:
Сүүлийн биеийн юм / /	Биеийн жин [] кг	Нуруулалт
Анхны үзлэгээр / /	Умайн өндөр [] см	<input type="checkbox"/> Дагуу <input type="checkbox"/> I
ЭХО шинжилгээгээр / /	Хэвлийн тойрог [] см	<input type="checkbox"/> Ташуу <input type="checkbox"/> II
	Индекс Соловьев [] см	<input type="checkbox"/> Хөндлөн

Аарцгийн хэмжээсүүд: Dis sp [] Dis cr [] Dis tr [] Con ext [] Con vera []

Түрүүлсэн хэсэг: <input type="checkbox"/> Толгой <input type="checkbox"/> Өгзөг <input type="checkbox"/> Хөл <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Ургийн толгойн тавилт: <input type="checkbox"/> 5/5 <input type="checkbox"/> 4/5 <input type="checkbox"/> 3/5 <input type="checkbox"/> 2/5 <input type="checkbox"/> 1/5	Умайн базлалтын байдал: <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус Жигд базлалт эхэлсэн цаг мин Хоорондын зай [] хором Үргэлжлэх хугацаа [] сек
--	--	---

Ургийн зүрхний цохилт	Хаана	1 хоромд	Сонсогдох байдал	Ургийн урьдчилсан жин
(I хүүхэд)			<input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Сонсогдохгүй <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус	[] грамм
(II хүүхэд)			<input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Сонсогдохгүй <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус	[] грамм
(III хүүхэд)			<input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Сонсогдохгүй <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус	[] грамм

ҮТРЭЭН ҮЗЛЭГ:

ТОЛИНЫ ҮЗЛЭГ:

Гадна бэлэг эрхтний хөгжил: <input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Дутуу Өөрчлөлт-----	Үтрээ: <input type="checkbox"/> Уужим <input type="checkbox"/> Бачуу Өөрчлөлт-----
---	--

Умайн хүзүүний нээлт / /см урт / /см					Ураг орчмын шингэний бүрхүүл: <input type="checkbox"/> Бүтэн цүлхийсэн, цүлхийгээгүй <input type="checkbox"/> Хагарсан <input type="checkbox"/> Эргэлзээтэй Ураг орчмын шингэний байдал: <input type="checkbox"/> Тунгалаг <input type="checkbox"/> Ногоон <input type="checkbox"/> Цустай <input type="checkbox"/> Шар Бусад:
Бишоп үнэлгээ: нийт оноо / /					
Умайн хүзүүний байдал	Үнэлгээ				
	0	1	2	3	
Умайн хүзүүний нээлт	Хаалттай	1-2 см	3-4 см	5 см-ээс дээш	
Умайн хүзүүний урт	4 см-ээс дээш	3-4 см	1-2 см	1 см-ээс бага	
Зөөлөрсөн байдал	Хатуу	Дунд зэрэг	Зөөлөн		
Байрлал	Арагшаа	Голлох	Урагшаа		

Ургийн толгой бага аарцгийн хөндийн орох, өргөн, нарийн, гарах хэсгийн хавтгайд (зур)
Суман заадасын байрлал Хөндлөн Ташуу баруун, зүүн (зур) Шулуун

Эмэгтэйн бага аарцгийн хөндийн онцлог:

КЛИНИКИЙН УРЬДЧИЛСАН ОНОШ

Үндсэн онош
Хүндрэл
Дагалдах онош
Төрөлт удирдах төлөвлөгөө

Хийгдэх шинжилгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> Рентген <input type="checkbox"/> Биохими /билирубин, альбумин, нийт уураг, АСАТ, АЛАТ, ЛДГ, сахар, шүлтлэг фосфотаза/ <input type="checkbox"/> Коагулограм <input type="checkbox"/> Мазок <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> Хэт авиан шинжилгээ	Яаралтай хийгдэх эмчилгээ
---	----------------------------------

Эмчийн гарын үсэг Эх баригчийн гарын үсэг
он сар өдөр

ТӨРЛӨГИЙН ЯВЦ

I хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр цаг мин				
Төрлөгийн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> Хавчуураар <input type="checkbox"/> Кесар хагалгаагаар <input type="checkbox"/> Вакум	Төрөхдөө: <input type="checkbox"/> Толгой <input type="checkbox"/> Өгзөг <input type="checkbox"/> Хөл <input type="checkbox"/> Бүтэлттэй <input type="checkbox"/> Бүтэлтгүй	Хүүхэд: <input type="checkbox"/> Амьд <input type="checkbox"/> Амьгүй Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Апгар 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 <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> Хавчуур <input type="checkbox"/> Кесар хагалгаагаар <input type="checkbox"/> Вакум	Төрөхдөө: <input type="checkbox"/> Толгой <input type="checkbox"/> Өгзөг <input type="checkbox"/> Хөл <input type="checkbox"/> Бүтэлттэй <input type="checkbox"/> Бүтэлтгүй	Хүүхэд: <input type="checkbox"/> Амьд <input type="checkbox"/> Амьгүй Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Апгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [] грамм Өндөр [] см Толгойн бүслүүр [] см Мөрний бүслүүр [] см
III хүүхэд төрсөн хугацаа: он сар өдөр цаг мин				
Төрлөгийн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> Хавчуураар <input type="checkbox"/> Кесар хагалгаагаар <input type="checkbox"/> Вакум	Төрөхдөө: <input type="checkbox"/> Толгой <input type="checkbox"/> Өгзөг <input type="checkbox"/> Хөл <input type="checkbox"/> Бүтэлттэй <input type="checkbox"/> Бүтэлтгүй	Хүүхэд: <input type="checkbox"/> Амьд <input type="checkbox"/> Амьгүй Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Апгар оноо Хүйн урт	Төрөх үеийн: Жин [] грамм Өндөр [] см Толгойн бүслүүр [] см Мөрний бүслүүр [] см
Хойтхын үе: <input type="checkbox"/> Хүлээж удирдсан <input type="checkbox"/> Идэвхтэй удирдсан <input type="checkbox"/> Гардаж авсан Төрсний дараах эрт үе: <input type="checkbox"/> Умайн хөндийг гараар шалгасан Бусад эмчилгээ:	Ихэс: <input type="checkbox"/> Бүтэн <input type="checkbox"/> Эргэлзээтэй <input type="checkbox"/> Бүтэн биш Жин [] грамм Зузаан [] см Диаметр [] см Хүйн бэхлэлт:	Хязан: <input type="checkbox"/> Бүтэн <input type="checkbox"/> Эпизиотоми <input type="checkbox"/> Перинеотоми <input type="checkbox"/> Урагдсан Урагдлын зэрэг: I, II, III, IV Умайн хүзүү урагдсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Умайн хүзүүний урагдлын зэрэг: I, II, III, IV Үтрээний урагдал: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
Алдсан цусны хэмжээ [] мл	Төрлөг явагдсан хугацаа: [] цаг I үе [] II үе [] III үе []			
Төрөх үеийн онош				
Хүндрэлийн онош:				
Хийгдсэн мэс ажилбар:				
Хүндрэлийн үед авсан арга хэмжээ				
Төрөлт удирдсан эмчийн гарын үсэг: Эх баригч эмчийн гарын үсэг <div style="text-align: center;">он сар өдөр цаг мин</div>				

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН БАЙДАЛ

а/ Төрсний дараах эрт үеийн

Зовиур

Ерөнхий биеийн байдал

Арьс салст _____ АД баруун гарт _____ / _____ зүүн гарт _____ / _____ Судасны цохилт /1 мин/ _____

Хярсангийн орчинд /зур/: эмзэглэлтэй, үгүй

Төрсний дараах тасагт /зур/: шилжүүлсэн, үгүй

Эмчилгээ, шинжилгээний заалт: _____

Эмч: _____ цаг _____ минут

б/ Төрсний дараах үеийн эмчилгээ, үйлчилгээ

Үзлэгийн сар, өдөр					
Төрсний дараах өдөр	1	2	3	4	5
Эхийн биеийн ерөнхий байдал					
Зовиур					
Арьс салстын өнгө					
Артерийн даралт					
Судасны цохилт					
Зүрх судас					
Амьсгалын тоо					
Хөх					
Хэвлий					
Умай					
Шавхрага					
Хярсангийн шарх					
Шээс					
Өтгөн					
Эмчилгээ, үйлчилгээ, сувилгаа					
Эмчийн гарын үсэг					

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

ПАРТОГРАММ

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

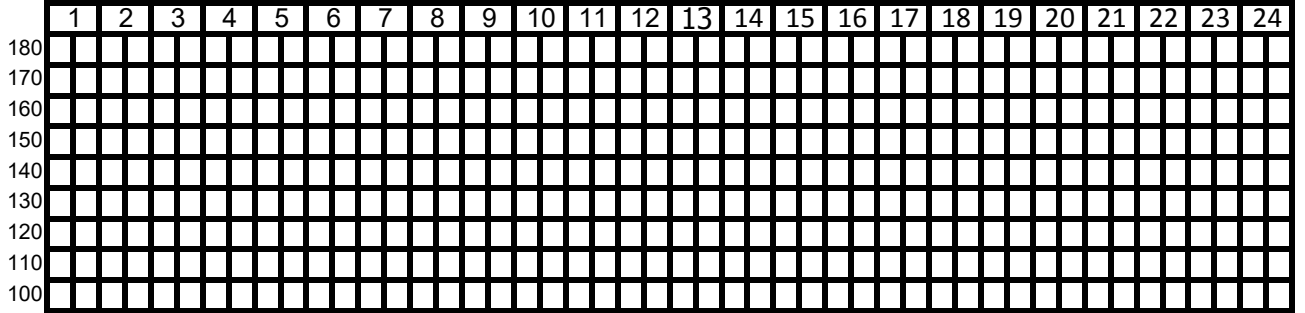
Ус гарсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Усны шинж байдал:

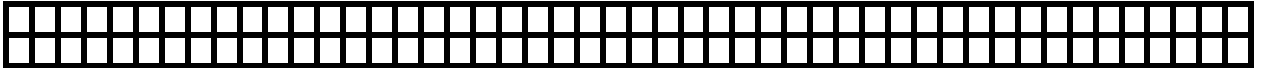
Төрөхийн өмнөх онош: _____

Дүлэлт эхэлсэн _____ цаг _____ минут

Хугацаа

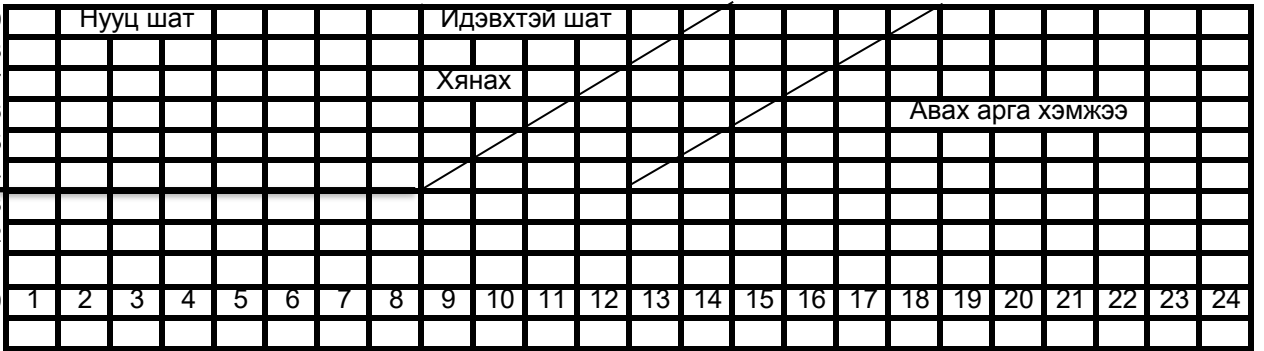


Ураг орчмын шингэн
Толгойн хэлбэржилт



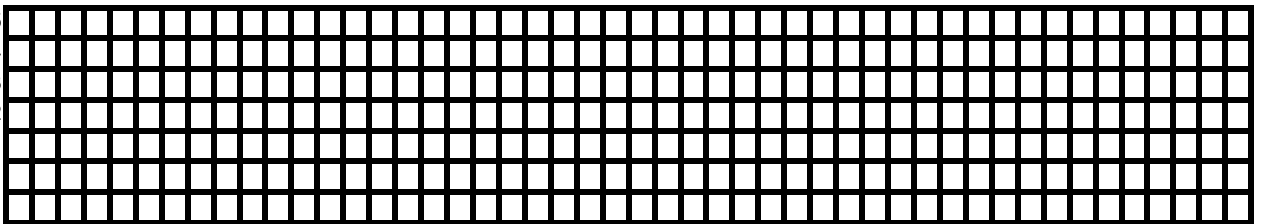
Умайн хүзүүний нээгдэлт (см)
↑ Х-ээр тэмдэглэнэ
↑ Ургийн толгойн давших хөдөлгөөн 0-оор тэмдэглэнэ ↑

Хугацаа/цаг

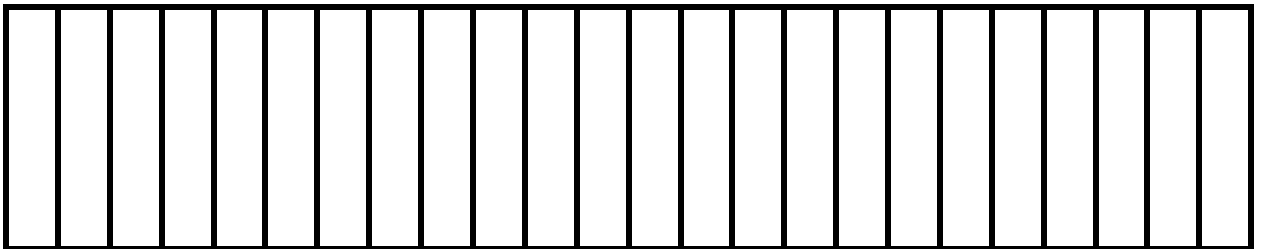


Умайн базлалт
10 мин тутамд

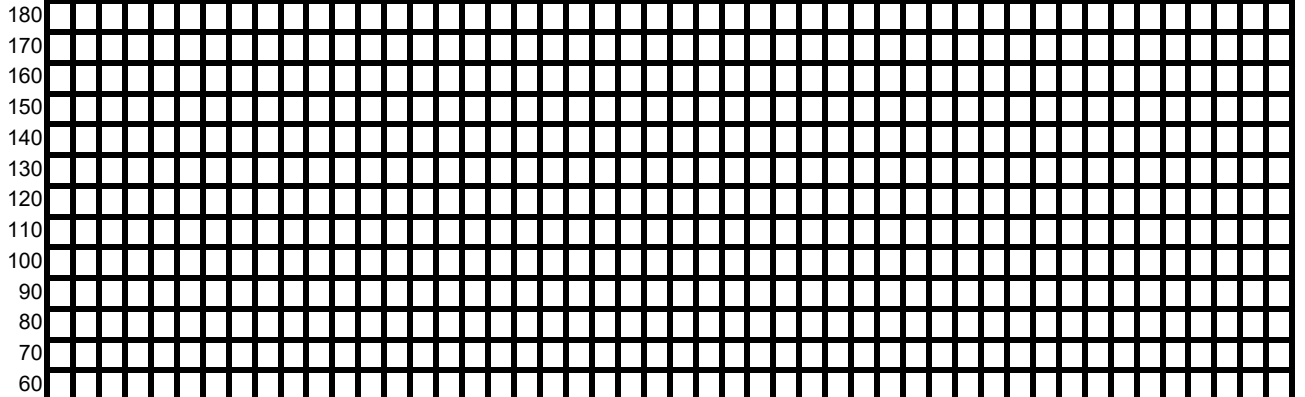
Окситоцин
дусал/мин



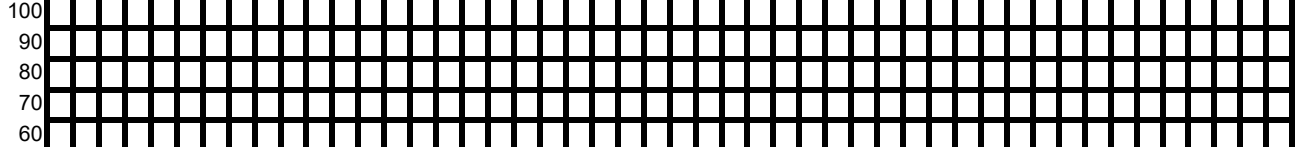
Хэрэглэсэн эм, шингэн



Судасны цохилт



Цусны даралт



Биеийн халуун



Шээсний хэмжээ



Хөтөлсөн эмчийн гарын үсэг

Эх баригчийн гарын үсэг

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН БАЙДАЛ

а/ Төрсний дараах эрт үеийн

Зовиур _____

Ерөнхий биеийн байдал _____

Арьс салст _____ АД баруун гарт ____ / ____ зүүн гарт ____ / ____ Судасны цохилт /1 мин/ _____

Хярзангийн орчинд /зур/: эмзэглэлтэй, үгүй

Төрсний дараах тасагт /зур/: шилжүүлсэн, үгүй

Эмчилгээ, шинжилгээний заалт: _____

Эмч _____ Цаг _____ минут _____

б/ Төрсний дараах үеийн эмчилгээ, үйлчилгээ

Үзлэгийн сар, өдөр					
Төрсний дараах өдөр	1	2	3	4	5
Эхийн биеийн ерөнхий байдал					
Зовиур					
Арьс салстын өнгө					
Артерийн даралт					
Судасны цохилт					
Зүрх судас					
Амьсгалын тоо					
Хөх					
Хэвлий					
Умай					
Шавхрага					
Хярзангийн шарх					
Шээс					
Өтгөн					
Эмчилгээ, үйлчилгээ, сувилгаа					
Эмчийн 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 төлөвлөгөөт, 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-р хүүхэд _____ минутанд _____ эр, эм, _____ грамм жинтэй, _____ см урттай, Апгарын _____ балл

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

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

УРГИЙН ЗҮРХНИЙ БИЧЛЭГИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эхийн овог, нэр нас..... он сар өдөр

Жирэмсэн үеийн эрсдэлт хүчин зүйл	
Төрлөгийн үеийн эрсдэлт хүчин зүйл	
Умайн базлалт	10 хоромд .....удаа

Үзүүлэлт		Хэвийн	Эргэлзээтэй	Эмгэг
1	Суурин давтамж /Baseline rate/	110-159	100-109 160-180	<100 эсвэл > 180
2	Суурин давтамжийн хувьсал /Variability/	Далайц 5 ба түүнээс дээш	40-90 хормын турш <5	90 хормоос дээш хугацаанд < 5
3	Хурдсал /Accelerations/	Илэрсэн	Илрээгүй	3 удаагийн бичлэгт илрээгүй
4	Удаашрал /Decelerations/	Илрээгүй	Эрт удаашрал эсвэл 3 хормын дотор нэг хувьсах удаашрал	Хожуу болон хувьсах удаашрал давтагдах эсвэл 3 хормоос дээш үргэлжилсэн удааширсан удаашрал

Бүх үзүүлэлт хэвийн бол "Хэвийн УЗБ", нэг үзүүлэлт эргэлзээтэй бол "Эргэлзээтэй УЗБ", хоёр эсвэл түүнээс дээш үзүүлэлт эргэлзээтэй эсвэл нэг, түүнээс дээш үзүүлэлт эмгэг бол "Эмгэг УЗБ" гэж тэмдэглэнэ. Сонгосон үнэлгээг дугуйлж "o" тэмдэглэнэ үү. Тайлбар: Синусын хэм 20 хоромын турш илэрсэн тохиолдолд эмгэг гэж үнэлнэ.

Үзүүлэлтүүд		Хэвийн УЗБ				Эргэлзээтэй УЗБ				Эмгэг УЗБ				Үнэлгээ	Үнэлсэн эмчийн нэр
Бичлэг	Цаг	Тэмдэглэгээ													
Бичлэг № 1		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 2		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 3		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 4		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 5		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 6		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 7		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 8		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 9		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 10		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 11		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 12		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 13		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 14		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Бичлэг № 15		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		

ТӨРӨХӨӨС ГАРАХ ҮЕИЙН ЭПИКРИЗ

Үндсэн онош

Төрөх үед хийлгэсэн мэс засал, мэс ажилбар

Төрсний дараах үе /зур/ хэвийн, эмгэг явагдаж _____ хоногт хүүхдийн хамт эрүүл мэндийн талаар зөвлөгөө өгч гаргав, шилжүүлэв.

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

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

НЯРАЙН ТҮҮХ №

Эмнэлгийн нэр, лого

Нярайн түүхийн №

Нярайн түүх нээсэн / /

он сар өдөр

ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Эцэг /эх/-ийн нэр:	Нас:	Тээлтийн хугацаа (7x) []	Хэд дэх жирэмслэлт [] Хэд дэх төрөлт [] Хэд дэх хүүхэд []
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо _____ Гудамж/Байшин _____ тоот _____	Эхийн боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор Ажлын газар, албан тушаал _____ Мэргэжил:		Эцгийн боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр Магистр <input type="checkbox"/> Доктор Ажлын газар, албан тушаал _____ Мэргэжил:

НЯРАЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Төрсөн он сар өдөр / / цаг минут	Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Ихэр эсэх <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	<input type="checkbox"/> Амьд <input type="checkbox"/> Амьгүй <input type="checkbox"/> Гүйцэд <input type="checkbox"/> Дутуу <input type="checkbox"/> Бүтэлттэй <input type="checkbox"/> Бүтэлтгүй	Хүйг тасалсан <input type="checkbox"/> Хавчаараар <input type="checkbox"/> Боолтоор
Апгарын үнэлгээ	1 минут	5 минут	10 минут	Төрөх үеийн жин [] гр Өндөр [] см
Арьсны өнгө				Толгойн тойрог [] см Цээжний тойрог [] см
Зүрхний цохилт, пульс				
Булчингийн хүчдэл				
Амьсгал				
Рефлекс				
Нярайд сэхээн амьдруулалт хийсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Амьсгалын замыг чөлөөлсөн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Амьсгалуулсан эсэх: <input type="checkbox"/> Эерэг даралтаар амьсгалуулсан <input type="checkbox"/> Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавигдсан Зүрхний иллэг хийсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Эмийн эмчилгээ хийсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			Нярайн асаргаа сувилгаа: Дулаан алдалтаас сэргийлэх арга хэмжээ авагдсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Биеийн халуун: Төрсний дараа [] 2 цагийн дараа [] Хөхөө амласан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм Хугацаа ___ <input type="checkbox"/> Үгүй Нүдэнд эм дусаасан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй К-аминдэм хийсэн хугацаа: _____	

Дархлаажуулалт

Вакцины нэр	Он, сар, өдөр	Тун	Серийн №	Урвал (±)	Гарын үсэг
Иммуноглобулин					

Үндсэн онош

ӨОУА-10

он... сар... өдөр

Хүндрэл

Дагалдах онош

Үйлдлийн онош

ҮОУА-9

Өвчний төгсгөл: <input type="checkbox"/> Эдгэрсэн <input type="checkbox"/> Сайжирсан <input type="checkbox"/> Хэвэндээ <input type="checkbox"/> Дордсон <input type="checkbox"/> Нас барсан	Эмнэлгээс: <input type="checkbox"/> Гарсан <input type="checkbox"/> Шилжсэн <input type="checkbox"/> Нас барсан	он сар өдөр / / / / / /	Ор хоног [] хоног [] цаг	Эмчилгээний зардал: (₮) Зөвлөгөө өгсөн: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> 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

Гарах үеийн дүгнэлт: _____

Гарах үеийн байдал: _____

Эмчийн зөвлөгөө: _____

Эмчлэгч эмч: _____

Эмчилгээний нэр / цаг	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Баланс			
Шахуурга																								Хийсэн шингэн				
																								Амаар				
																								Судсаар				
																								Бүгд				
Судсаар																								Ялгарсан шингэн				
																								Шээс				
																								Бөөлжилт				
																								Өтгөн				
																								Гуурсаар				
																								Бусад				
																								Бүгд				
Булчинд, арьсанд, бусад																								Зөрүү				
																								Бүгд				
																								Эмчид мэдэгдэх хяналтын карт				
																										Дээд	Доод	
																								АД				
																								Пульс				
Амаар																								Sao ²				
																								Дундаж АД				
Сувилгаа, өдрийн дэглэм																												
Хооллолт																												
Сувилагчийн нэр																												

Эмчлэгч эмч

Жижүүрийн эмч

Эмнэлгийн нэр _____

НЯРАЙН ВАКЦИН ХИЙСЭН ТУХАЙ БҮРТГЭЛ

№	Нярайн түүх №	Эхийн талаарх мэдээлэл				Хүүхэд				Вакцин хийсэн		Сүрьеэ		Халдварт саа 0		В гепатит		Вакцинд хамрагдаагүй шалтгаан	Иммуноглобулин		
		Овог нэр, регистер				Утас (2 утасны дугаар)	Үндсэн хаяг	Одоо амьдарч байгаа хаяг	Төрсөн сар, өдөр	Төрсөн цаг минут	Хүйс	Жин (Грам)	Сар, өдөр	Цаг, минут	Тун (мл)	Сери №	Тун			Сери №	Тун (мл)	Сери №
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					

Вакцинаторын нэр: _____

ЭС, ЭД, ЭРХТЭН ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Реципиентийн мэдээлэл

Эцэг /эх/-ийн нэр		Өөрийн нэр	Нас	Хүйс <input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм	Регистр ийн дугаар	Тогтмол хаяг
Төрсөн .....он сар..... өдөр	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	Үндсэн захиргаа..... Аймаг/хот..... Сум/дүүрэг..... Утас:..... ... Шаардлагатай үед холбоо барих хүний нэр, утас, болох.....			Биеийн жин..... Биеийн өндөр..... Цусны бүлэг..... Эдийн тохироо..... Вируссын маркер..... Бусад	
Ажлын газар, албан тушаал: _____						
Мэргэжил: _____						
Хүлээх жагсаалтанд анх бүртгэгдсэн: он сар өдөр			Хүлээх жагсаалтанд бүртгэгдэж хүлээсэн хугацаа: _____		Хүлээх жагсаалтанд байх хугацаанд хяналтанд байсан эмнэлгийн нэр: _____	
Эс, эд, эрхтэн шилжүүлэн суулгах мэс засал хийлгэхээр сонгогдсон байдал <input type="checkbox"/> Эд нийцэл тохирсон <input type="checkbox"/> Цусны бүлэг тохирсон <input type="checkbox"/> Яаралтай журмаар						
Үндсэн онош:						ӨОУА
Дагалдах онош:						
Хүндрэлийн онош:						
Ямар эрхтэн шилжүүлэн суулгахаар төлөвлөсөн:				Хийх мэс заслын нэр:		
Мэс засал хийсэн он сар өдөр				Мэс заслын хүндрэл бий эсэх:		
Мэс заслын дараах онош:				Эмнэлгээс гарсан он сар өдөр		
Эмнэлгээс гарах үеийн мэдээлэл:						
Эмчлэгч эмчийн нар, гарын үсэг: _____				Тасгийн эрхлэгч, дарга: _____ он сар өдөр		

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 едрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-10Б

**ЭС, ЭД, ЭРХТЭН ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АНХАН ШАТНЫ
 БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ**

Донорын мэдээлэл

Эцэг /эхийн/ нэр:	Өөрийн нэр:	Нас ____	Хүйс: Эр <input type="checkbox"/> Эм	Регистрийн дугаар:	Тогтмол хаяг
Төрсөн .....он сар.....өдөр.....	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	Үндсэн захиргаа..... Аймаг/хот..... Сум/дүүрэг..... Утас:..... Шаардлагатай үед холбоо барих хүний нэр, утас, болох.....		Биеийн жин..... Биеийн өндөр..... Цусны бүлэг..... Эдийн тохироо..... Вирусын маркер..... Бусад.....	
Ажлын газар, албан тушаал Мэргэжил					
Үндсэн онош					ӨОУА
Дагалдах онош:			Реципиенттэй ураг төрлийн холбоотой эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
Ямар эс, эд, эрхтэн өгөхөөр /авахаар/ шийдвэрлэсэн			Донорын төрөл: <input type="checkbox"/> Төрөл садангийн амьд донор <input type="checkbox"/> Тархины үхэлтэй донор		
Тархины үхэлтэй донор бол өмнө нь донор болохыг зөвшөөрч гарын үсэг зурсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			Ар гэрээс зөвшөөрөл авсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
Мэс заслын үед авсан биопси шинжилгээний хариу			Мэс заслын үед авч хадгалсан зүйлс		
Мэс заслын хүндрэл бий эсэх:					
Эмчлэгч эмчийн нар, гарын үсэг			Тасгийн эрхлэгч, дарга он сар өдөр		

НЯРАЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

- Мэдээлсэн: _____ он ____ сар ____ өдөр
- Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____

Б. ЭХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

- Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
- Эхийн регистрийн дугаар

- Төрөх үеийн эхийн нас

--	--
- Байнгын оршин суудаг хаяг: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
- Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)

--	--
- Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)

- Өмнөх жирэмслэлтүүдийн төгсгөл: (тоогоор бичих)
 - Зулбалт

 - Үр хөндөлт

 - Өсөлтгүй жирэмсэн

 - Умайн гаднах жирэмсэн

 - Амьгүй төрөлт

 - Амьд төрөлт

В. НЯРАЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

- Хүүхдийн төрсөн _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут
- Хүүхдийн регистрийн дугаар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Төрөх үеийн тээлтийн нас долоо хоног

--	--

 хоног

--
- Төрөх үеийн жин: _____ (гр)
- Хүйс: 1. Эр 2. Эм 3. Тодорхойгүй
- Хүүхэд ихэр эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
хэрэв тийм бол: 1. 2 ихэр 2. 3 ба түүнээс дээш 3. Мэдээлэлгүй
- Ихэр хүүхэд бол хэдэн хүүхэд нь гажиг илэрсэн бэ?
1. Нэг 2. Хоёр 3. Гурав ба түүнээс дээш 4. Мэдээлэлгүй
- Хүүхэд амьдарсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Амьгүй
- Үгүй бол хүүхэд эндсэн _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Г. ОНОШИЛГОО

- Оношлогдсон хугацаа: 1. Эхийн умайд пренаталь оношилгоогоор 3. Төрсний дараах эхний 7 хоногт
2. Төрөх үед 4. 8-28 хоногтойд
- Пренаталь оношилгоогоор хөгжлийн гажиг оношлогдох үеийн ургийн нас:
долоо хоног

--	--

 хоног

--
- Пренаталь оношилгооны шинжилгээгээр анх илэрсэн бол:
 - Жирэмсний 14 долоо хоногтойгоос бага хугацаанд Эхо-гоор
 - 14-21 долоо хоногтойд Эхо-гоор
 - 22 долоо хоног ба түүнээс дээш хугацаанд Эхо-гоор
 - Эхо-гоор оношлогдсон боловч хугацаа мэдээлэлгүй
 - Бусад _____

6. Эхо ба бусад шинжилгээ хийгдээгүй
4. Задлан шинжилгээгээр оношлогдсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
5. Оношлогдсон гажиг мэс заслын аргаар эмчлэгдэх боломжтой эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
6. Нярайд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгийн хэлбэрийг эрхтэн, тогтолцоогоор нэг бүрчлэн оношийг бичнэ үү?

1. Мэдрэлийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
2. Нүд, чих, нүүр ба хүзүүний төрөлхийн гажиг _____
3. Цусны эргэлтийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
4. Амьсгалын тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
5. Сэтэрхий уруул ба тагнай _____
6. Хоол боловсруулах тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
7. Бэлэг эрхтний төрөлхийн гажиг _____
8. Шээс ялгаруулах тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
9. Яс-булчингийн тогтолцооны төрөлхийн гажиг _____
10. Бусад төрөлхийн гажиг _____
11. Хромосомын гажиг _____
12. Олон эрхтний хавсарсан гажиг _____

7. Хүүхдийн зураг, лабораторийн ба дүрс оношилгооны нэмэлт материал дагалдсан эсэх:

1. Тийм 2. Үгүй

8. Нярай ба ургийн кариотип тодорхойлох шинжилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

Тийм бол кариотипийг нь бичнэ үү _____

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	4. Мэргэжлийн ба техникийн
2. Бага	5. Дээд
3. Дунд	6. Мэдээлэлгүй
5. Эхийн 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	
6. Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор тамхи татсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
Хэрэв тийм бол: 1. Өдөрт 1-20 ширхэг 2. Өдөрт 21 ширхэгээс их
7. Ойр дотны хамт амьдардаг хүмүүс нь эхийн жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор

- дэргэд нь тамхи татсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй
Хэрэв тийм бол: 1. Өдөрт 1-20 ширхэг 2. Өдөрт 21 ширхэгээс их
8. Эх нь жирэмсний эхний 16 долоо хоногийн дотор архи уусан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
Хэрэв тийм бол: 1. Бага зэрэг 2. Дунд зэрэг 3. Их
9. Эх нь архаг эмгэгтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
хэрэв тийм бол: 1. Чихрийн шижин 2. Эпилепси 3. Бамбай булчирхайн эмгэг
4. Системийн өвчин 5. Бусад _____
10. Хэрэв дээрх өвчний улмаас эмчилгээ хийлгэсэн бол эмийг бичнэ үү _____

11. Жирэмсний эхний 16 долоо хоног дотор эх нь халуурсан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
12. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт 38°C-аас дээш халуурсан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
13. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт халдварт өвчин туссан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
Тийм бол шалтгаан нь: 1. Вирусийн гаралтай (зур) (улаанууд, цитомегаловирус, улаанбурхан,
бусад _____)
2. Вирусийн бус гаралтай (зур) (тэмбүү, бусад _____)
3. Мэдээлэлгүй
14. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт архаг эмгэгээс бусад өвчний үед эм хэрэглэсэн эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
Тийм бол нэрлэнэ үү _____
15. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
Хэрэв тийм бол бичнэ үү _____
16. Жирэмсний эхний 16 долоо хоногт цус алдсан эсэх:
1. Тийм 2. Үгүй
17. Жирэмсэлсэн хэлбэр: 1. Жамаараа 2. Үр суулгасан 3. Мэдээлэлгүй
18. Жирэмсний эхний 12 долоо хоногийн дотор фолийн хүчил уусан эсэх:
1. Дор хаяж 0.4мг фолийн хүчил тогтмол уусан
2. Тогтмол биш уусан, тун мэдэгдэхгүй
3. Уугаагүй
4. Фолийн хүчил уусан эсэх талаар мэдээлэлгүй

Е. УДАМШИЛ

1. Хүүхдэд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ах, эгч, дүү байгаа эсэх:
1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй
2. Эхийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүн байсан эсэх:
1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй
3. Эцгийн төрөл садан дотор төрөлхийн хөгжлийн гажиг тодорхойлогдож байсан эсэх:
1. Ижил гажиг 2. Өөр гажиг 3. Ижил болон өөр гажиг 4. Үгүй 5. Тодорхойгүй

НЯРАЙН СОНСГОЛЫН СКРИНИНГИЙН АСУУМЖ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
2. Гэрийн хаяг: _____
3. Ээжийн утасны дугаар: _____
4. Хүүхдийн төрсөн сар, өдөр: _____
5. Хүүхдийн жин: _____
6. Хүүхдийн хүйс: _____
7. Хүүхэд дутуу төрсөн бол тээлтийн нас, долоо хоногоор
8. Үзлэгийн огноо: _____
9. Сонсголын скринингийн хариу:
Баруун чих: _____
а. тэнцсэн (pass), в. давтах (refer), с. шалгуулаагүй (not measured)
Зүүн чих: _____
а. тэнцсэн (pass), в. давтах (refer), с. шалгуулаагүй (not measured)

НЯРАЙН ТҮНХНИЙ ДУТУУ ХӨГЖЛИЙН ХЭТ АВИАН СКРИНИНГИЙН АСУУМЖ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____
2. Төрсөн газар: _____
3. Эхийн утасны дугаар: _____
4. Хүүхдийн төрсөн сар, өдөр: _____
5. Хүүхдийн хүйс: Эрэгтэй Эмэгтэй
6. Үзлэгийн огноо: _____

7. Түнхний хэлбэр:

Баруун түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

Зүүн түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

8. Эмчилгээ:

а. Гаргах в. Хяналт с. Эмчилгээ

Давтан үзлэг

9. Үзлэгийн огноо: _____

10. Түнхний хэлбэр:

Баруун түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

Зүүн түнх: а. А хэлбэр в. В хэлбэр с. С хэлбэр с. D хэлбэр

11. Эмчилгээ:

а. Гаргах в. Хяналт с. Эмчилгээ

НЯРАЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Мэдээлсэн огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут
2. Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Эмнэлгийн нэр _____
Эмчийн овог, нэр _____
Албан тушаал _____

Б. ЭХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Эхийн регистрийн дугаар:
2. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____
3. Эхийн нас:
4. Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
5. Ам бүл: _____
6. Боловсрол: 1. Боловсролгүй 3. Дунд 5. Дээд
2. Бага 4. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Тодорхойгүй
7. Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч 7. Бусад _____
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Хувиараа ажил эрхэлж байгаа
8. Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)
9. Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
10. Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
11. Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа: _____ долоо хоног
12. Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн: _____
13. Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин:
1. Эх барих эмэгтэйчүүд 3. Эх баригч
2. Өөр мэргэжлийн их эмч (өрх) 4. Бага эмч
14. Жирэмсэн үеийн хүндрэлтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
15. Тийм бол жирэмсний хүндрэлийг сонгоно уу:
1. Эрт үеийн хордлого 8. Ураг орчмын шингэний ихдэлт
2. Манас таталтын урьдал 9. Ураг орчмын шингэний багадалт
3. Манас таталт 10. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
4. Цус алдалт 11. Хавсарсан өвчин
5. Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж 12. Хориоамнионит
6. Ихэс түрүүлэлт 13. Дутуу төрөхийг завдах
7. Хэвийн байрласан ихсийн цагаас 14. Бусад _____
урьтаж ховхрох
16. Жирэмсэн үед хавсарсан эмгэг байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
17. Тийм бол эхийн эмгэгийг сонгоно уу:
1. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин (тэмбүү, 6. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
улаанбурхан, элэгний вирусийн үрэвсэл, бусад) 7. Амьсгалын тогтолцооны өвчин
2. Хавдар 8. Хоол шингээх эрхтний өвчин
3. Цус, цус бүтээх эрхтний өвчин 9. Шээс, бэлгэсийн тогтолцооны өвчин
4. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба 10. Бусад _____
бодисын солилцооны өвчин
5. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин
18. Антенаталь үеийн эмийн хэрэглээ: 1. Дексаметазон 2. Бусад _____

- 19 . Төрсөн газар :
- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| 1. ЭХЭМҮТ | 6. Хувийн эмнэлэг |
| 2. Хотын амаржих газрууд | 7. Гэрт |
| 3. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ | 8. Тээвэрлэх үед |
| 4. Дүүргийн эрүүл мэндийн төв | 9. Бусад _____ |
| 5. Сумын эрүүл мэндийн төв | |

- 20 . Төрөлтийн хэлбэр:
- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| 1. Төрөх замаар: | 2. Хагалгаа |
| a. Хэвийн | |
| b. Сэдээсэн: окситоцин, мезопростол | |
| c. Төрөлтийг эрчимжүүлсэн | |
| d. Вакуум | |
| e. Хавчуур | |

- 21 . Хагалгаа хийсэн заалт:
- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. Манас таталтын урьдал | 6. Ихэс ховхрох |
| 2. Манас таталт | 7. Ургийн талын заалт |
| 3. Давтан кесеров хагалгаа | 8. Эхийн хавсарсан өвчин |
| 4. Төрөх замын саатал | 9. Бусад _____ |
| 5. Ихэс түрүүлэлт | |

- 22 . Түрүүлсэн хэсэг: 1. Толгой 2. Өгзөг 3. Хөл 4. Хөндлөн 5. Бусад _____

- 23 . Төрөлтийн үеийн хүндрэл:
- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Төрөлтийн саатал | 3. Төрөх хүчний 2-р үеийн сулрал |
| 2. Төрөх хүчний 1-р үеийн сулрал | 4. Бусад _____ |

- 24 . Ургийн хүндрэл:
- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Дутуу төрөлт | 5. Төрөлхийн хөгжлийн гажиг: онош _____ |
| 2. Зунгагаар хахах хам шинж | |
| 3. Өсөлт хөгжлийн саатал | 6. Бусад _____ |
| 4. Ургийн бүтэлт | |

В. НЯРАЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

1. Нярайн регистрийн дугаар:
2. Нярайн төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
3. Энэ төрөлтөөр түрүүлсэн хүүхдийн тоо (амьд амьгүй хүүхдийн тоо)
4. Энэ нярай ихэр хүүхдийн хэд дэх хүүхэд вэ? _____
5. Нас баралтын ангилал: 1 Эрт нярайн эндэгдэл / 0-6х 23ц 59мин/
2 Хожуу нярайн эндэгдэл / 7-28хоног/
6. Хүйс: 1. Эр 2. Эм 3. Хүйс тодорхойгүй
7. Биеийн жин: (гр)
8. Өндөр: (см)
9. Төрөх үеийн тээлтийн нас _____ долоо хоног хоног
10. Хэрэв амьд төрсөн бол Алгарын үнэлгээ: 1 мин 5 мин
11. 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 |
12. Сэхээн амьдруулалт хийгдсэн эсэх:
- | | | | |
|---|---------|---------|----------------|
| 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: | 1. Тийм | 2. Үгүй | 3. Мэдээлэлгүй |
| 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 ,эерэг даралтат хиймэл амьсгал хавсарч хийсэн эсэх: | 1. Тийм | 2. Үгүй | 3. Мэдээлэлгүй |
| 7. Мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьсан эсэх: | 1. Тийм | 2. Үгүй | 3. Мэдээлэлгүй |
| 8. Эмийн эмчилгээ хийсэн эсэх: | 1. Тийм | 2. Үгүй | 3. Мэдээлэлгүй |

13 . Сэхээн амьдруулалтыг үзүүлсэн:

- | | |
|--------------------------------|----------------|
| 1. Нярайн эмч | 5. Эх баригч |
| 2. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч | 6. Сувилагч |
| 3. Хүүхдийн эмч | 7. Бусад _____ |
| 4. Ерөнхий мэргэжлийн эмч | |

14 . Нярайн өвчний улмаас эмнэлэгт хэвтсэн: _____он _____сар _____өдөр _____цаг _____минут

15 . Хэвтэх үеийн нярайн нас: хоног цаг минут

16 Нярайг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

17 Нярай аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ?

1. 1-р шатлал (сум/өрх) — 2-р шатлал (аймаг, дүүрэг, хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал — 3-р шатлал
3. 2-р шатлал — 3-р шатлал
4. 3-р шатлал — 1-р шатлал/ 2-р шатлал
5. Хувийн эмнэлэг— Улсын эмнэлэг
6. Бусад _____

18 Нярай шилжиж ирэх үеийн биеийн байдал:

1. Дунд
2. Хүндэвтэр
3. Хүнд
4. Маш хүнд

19 . 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. Судсаар дусал шингэн залгасан | 1. Тийм | 2. Үгүй |
| 8. Ямар нэгэн мэс ажилбар: | 1. Тийм | 2. Үгүй |
| 9. Цус цусан бүтээгдэхүүн: | 1. Тийм | 2. Үгүй |

20 . Гипогликеми илэрсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

21 . Тийм бол эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй

22 . Эмнэл зүйн онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

23 . Нярайн эндсэн газар:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| 1. ЭХЭМҮТ | 6. Хувийн эмнэлэг |
| 2. Хотын амаржих газрууд | 7. Гэрт |
| 3. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ | 8. Тээвэрлэх үед |
| 4. Дүүргийн эрүүл мэндийн төв | 9. Бусад _____ |
| 5. Сумын эрүүл мэндийн төв | |

24 . Нас барах үеийн нярайн нас:

хоног цаг минут

25 . Ор хоног: хоног цаг минут

26 . Нярайн нас барсан _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

27 . Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

28 . Эмгэг судлалын онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

29 . Онош тохирсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

30 . Тохироогүй бол: 1. Үндсэн оношоор 2. Хүндрэлээр 3. Дагалдах оношоор

АМЬГҮЙ ТӨРӨЛТИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

- 1 . Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
- 2 . Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
Эмнэлгийн нэр _____
Эмчийн овог, нэр _____
Албан тушаал _____

Б. ЭХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

- 1 . Эхийн регистрийн дугаар:
- 2 . Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____
- 3 . Эхийн нас
- 4 . Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____ Сум/дүүрэг _____
- 5 . Ам бүл: _____
- 6 . Боловсрол: 1. Боловсролгүй 3. Дунд 5. Дээд
2. Бага 4. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Тодорхойгүй
- 7 . Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч 7. Бусад _____
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Хувиараа ажил эрхэлж байгаа
- 8 . Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)
- 9 . Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
- 10 . Өмнө нь амьгүй ураг төрүүлж байсан эсэх 1. Тийм 2. Үгүй
- 11 . Тийм бол хэдэн удаа
- 12 . Жирэмсэн үед тамхи татсан эсэх 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
- 13 . Хэрэв тийм бол Өдөрт хэдэн ширхэг _____
- 14 . Тамхи татдаг хүнтэй хамт байдаг эсэх 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
- 15 . Жирэмсний хяналтанд байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдээлэлгүй
- 16 . Жирэмсний хяналтанд орсон хугацаа: долоо хоног
- 17 . Нийт хэдэн удаа үзүүлсэн
- 18 Жирэмсний хяналтанд байсан газар:
1 ЭХЭМҮТ
2 Дүүргийн эрүүл мэндийн төв
3 Сумын эрүүл мэндийн төв
4 Аймагийн эмнэлэг/БОЭТ
5 Аймаг нийслэлийн Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
6 Хувийн эмнэлэгт
7 Багт
- 19 . Жирэмсний хяналтын эмчийн мэргэжлийн түвшин:
1. Эх барих эмэгтэйчүүд 3. Эх баригч
2. Өөр мэргэжлийн их эмч (өрх) 4. Бага эмч
- 20 . Жирэмсэн үеийн хүндрэлтэй эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- 21 . Тийм бол жирэмсэн үеийн хүндрэлийг сонгоно уу.
1. Эрт үеийн хордлого 8. Ураг орчмын шингэний ихдэлт
2. Манас таталтын урьдал 9. Ураг орчмын шингэний багадалт
3. Манас таталт 10. Ураг орчмын шингэний эрт гаралт
4. Цус алдалт 11. Хавсарсан өвчин
5. Судсанд цус түгмэл бүлэгнэх хам шинж 12. Хорионамнионит
6. Ихэс түрүүлэлт 13. Дутуу төрөхийг завдах
7. Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох 14. Бусад _____
- 22 . Жирэмсэн үед эхийн хавсарсан эмгэг байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

Дагалдах онош: _____

10 . Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

11 . Эмгэг судлалын онош: /ӨОУА-10 кодлоно уу/

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

Ихсийн онош: _____

Хүйн эмгэг: _____

12 . Онош тохирсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

13 . Тохироогүй бол: 1. Үндсэн оношоор 2. Хүндрэлээр 3. Дагалдах оношоор

_____ 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 _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭСЭН ПРОТОКОЛ - ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Өвчтөний биеийн байдлын хяналт	Сэлбэлт дууссанаас хойш	1 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		2 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		3 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
		24 цагийн дараа	Судасны цохилт					
			Цусны даралт					
			Биеийн хэм					
			Хүчилтөрөгчийн хангамж					
			Хянасан эмчийн гарын үсэг					
			Сувилагчийн гарын үсэг					
Сэлбэсэн ЦЦБ-ий хэмжээ /мл/нэгж/								
Сэлбэлтийн дараах анхны шээсний өнгө ба хэмжээ								
ЦЦБ сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэл								
ЦЦБ сэлбэлттэй холбоотой урвал хүндрэл илэрсэн	тийм	Хөнгөн						
		Хүндэвтэр						
		Хүнд						
	үгүй							
Үр дүн	Эмнэл зүй							
	Лаборатори: хемоглобин	улаан эс						
		хематокрит						
		ялтас эс						
бусад								
Сэлбэлт хийсэн эмчийн нэр								
Сэлбэлт хийсэн эмчийн гарын үсэг								

Тайлбар: Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн эмч, сувилагч сэлбэлт хийх бүрт хөтөлнө.

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ЗАХИАЛАХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____
 Захиалсан: _____ он _____ сар _____ өдөр, сэлбэлт хийх _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____
 Өвчний түүхийн № _____ Регистрийн дугаар: _____
 Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
 Хүйс /зур/: Эрэгтэй, Эмэгтэй **Биеийн жин:** _____
Онош: _____

ЦЦБ сэлбэх заалт: _____

Цусны бүлэг /дугуйлна уу/:
 О
 А
 В
 АВ

Резус фактор RhD /зур/: _____ Эерэг Сөрөг
Өмнө нь цус сэлбүүлсэн /зур/: _____ Тийм Үгүй
Урвал илэрсэн /зур/: _____ Тийм Үгүй
Эсрэгбие илэрсэн /зур/: _____ Тийм Үгүй
Жирэмслэлт: _____ удаа

Захиалга:

ЦЦБ-ний нэр	Шууд хүлээн авах						Захиалгат ЦЦБ /24-48 цаг/																		
	Бүхэл цус	Даршилсан улаан эс	Улаан эсийн өтгөрүүлэг	Хөлдөөсөн шинэ сийвэн	К сийвэн	Эмгэгтгүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Угаасан улаан эс	ЦЭУЭ-Бүхэл цус	ЦЭУЭ-Даршилсан улаан эс	ЦЭУЭ-Улаан эсийн өтгөрүүлэг	Туяагаар шарсан ДУЭ	Туяагаар шарсан УЭӨ	Хөлдөөж угаасан улаан эс	Криопреципитат	Ялтас эсийн өтгөрүүлэг	Цитоферезээр бэлдсэн ЯЭӨ	Туяагаар шарсан ЯЭӨ/Бүхэл цус/	Туяагаар шарсан ЯЭӨ/Цитоферез/	Эмгэгтгүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Эмгэгтгүүлэгчийг идэвхгүйжүүлсэн	Нэгтгэж савласан Криопреципитат /4,6,10	Нэгтгэж савласан Ялтас эсийн өтгөрүүлэг /4,6,10/	Ст-Стандарт ийлдэс	Ст-Стандарт улаан эс	
Хэмжээ																									
Нэгж																									

Захиалсан эмчийн овог нэр: _____ **Гарын үсэг:** _____
 _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

Захиалга хүлээн авсан Цусны нөөц зохицуулах нэгжийн ажилтны нэр: _____
Гарын үсэг: _____
 _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

Шинжилгээний сорьцыг авсан сувилагчийн нэр: _____

Сорьц авсан он сар өдөр _____ **Өвчтөний нэр:** _____

Гуурсны код /Хүүдийний код/ _____

Лабораторид өгсөн ажилтны нэр: _____ **Гарын үсэг:** _____

Лабораторт өвчтөний сорьц, хувийн тохирооны гуурсыг хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг минут _____

Цусны хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээний хариу илгээх маягт

Шинжилгээний сорьц хүлээн авсан: . . . он . . . сар . . . өдөр . . цаг . . минут

Өвчтөний цусны АВО бүлэг **Резус бүлэг: /зур/** эерэг, сөрөг Фенотип

Сэлбэх ЦЦБ-ний мэдээлэл					Шинжилгээний хариу
ЦЦБ-ний нэр	Цус өгөлтийн код	Цуврал савлалтын №	Хүүдийний код	АВО, резус бүлэг	

Шинжилгээ хийсэн лаборант:

Шинжилгээг хянасан эмч:

Шинжилгээг хийсэн: он . . . сар . . . өдөр . . цаг . . минут

Тайлбар: Захиалгын маягтны эхний хэсгийг сэлбэлт хийх эмч, Бүлэг хувийн тохирооны хэсгийг сорьц авсан сувилагч нар, Хувийн тохирооны шинжилгээний хариуг лабораторийн эмч, лаборант нар тус тус хөтөлнө.

ЦУСНЫ АЛБАНД ШИНЖИЛГЭЭНИЙ СОРЬЦ ХҮРГҮҮЛЭХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр/тасаг _____
Эмчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өвчний түүхийн № _____
Эмчлүүлэгчийн нэр _____ Нас _____ Хүйс _____
Регистрийн дугаар _____
Үндсэн онош _____

Цусны сорьц авсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
Цусны сорьц авсан ажилтны нэр, гарын үсэг _____
Ямар шинжилгээ хийлгэх:

Кумбсын урвал /зур/: Шууд, Шууд бус

Эргэлзээтэй бүлэг: АВО
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: _____

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг нэгжид сувилагч, тусгай мэргэжилтэн авч бөглөн цусны албанд илгээнэ.

Эмнэлгийн нэр: _____

Тасгийн нэр: _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ, ХҮНДРЭЛИЙГ БҮРТГЭН МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
2. Нас: _____ Хүйс /зур/: Эрэгтэй, Эмэгтэй 3. Өвчний түүх № _____
4. Цусны бүлэг /зур/: O A B AB Резус фактор RhD /зур/: _____ Эерэг Сөрөг
5. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэх заалт: _____
6. Бүлэг тодорхойлсон ажилтны нэр: _____
7. Хувийн тохироо /зур/: Тохирсон, Тохироогүй
8. Биологийн тохироо /зур/: Тохирсон, Тохироогүй
9. Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний нэр төрөл: _____ Хэмжээ: _____
10. Сэлбэсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний ABO, резус бүлэг: _____ Цуврал, савлалтын дугаар: _____
11. Донорын цус өгөлтийн код: _____
12. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг эмнэлэгт хүлээн авч хадгалсан хугацаа:сар.....өдөр.....цаг.....минут
13. Цус, цусан бүтээгдэхүүнийг эмнэлэгт хүлээн авч хадгалсан нөхцөл /зур/:
Хөргөгчинд +2 - +6C Сэгсрэгчинд +22 - +24C
Хөлдөөгчинд -25C буюу түүнээс илүү хүйтэнд Тасалгааны хэмд
14. Урвал хүндрэл эхэлсэн:сар.....өдөр.....цаг.....минут
15. Урвал, хүндрэлийн төрөл: _____
16. Сэлбэлтийг зогсоосон хугацаа:.....сар.....өдөр.....цаг.....минут

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

17. Авсан арга хэмжээ: _____

18. Өвчтөнд сэлбэсэн цус цусан бүтээгдэхүүний үлдэгдлийг илгээсэн:
Эмчийн эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____
19. Үлдэгдэл ЦЦБ-ийг хүлээн авсан:сар.....өдөр.....цаг.....минут
20. Үлдэгдэл ЦЦБ-ийг хүлээн авсан ажилтны нэр: _____ Гарын үсэг: _____

Тайлбар:

1. Сэлбэлт хийхийн өмнө хувийн тохироо тодорхойлсон ийлдсийн үлдэгдэл
2. Сэлбэлт хийсэн протоколын хуулбар
3. Урвал өгсөн өвчтөнд сэлбэлт хийсний эсрэг талын гараас шинжилгээний сорьц уусмалгүй хуруу шилэнд 7мл, ЭДТА бүхий хуруу шилэнд 7мл-ийг тус тус авч, цусны албаны лабораторид яаралтай хүргүүлнэ.

4. Цус, цусан бүтээгдэхүүний сэлбэлт хийсэн эмч ноцтой урвал хүндрэл илэрсэн тохиолдолд хөтөлнө.

Тайлбар: Сэлбэлт хийсэн эмч, сувилагч бөглөж цусны нөөц зохицуулах нэгж, цусын салбар төвд тус тус илгээнэ.

НОЦТОЙ ХҮНДРЭЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:

Эмч, мэргэжилтний /зур/: Эцэг/эх/-ийн нэр: Өөрийн нэр:

Огноо (он/сар/өдөр/цаг/минут):

Сэлбэлт хийсэн (он/сар/өдөр/цаг/минут):
.....

Сэлбэлт хийлгэсэн өвчтөний Нас: Хүйс /зур/: Эрэгтэй Эмэгтэй

Ноцтой хүндрэл өгсөн огноо (он/сар/өдөр/цаг/минут):
.....

Сэлбэсэн бүтээгдэхүүн:
Улаан эсийн бүтээгдэхүүн

.....

Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн

.....

Эсийн бүтээгдэхүүн

.....

Цусны бүлэг, резус үл тохирлоос шалтгаалсан дархлалын гаралтай цус задрал
Өөрөө эсрэг бие үүссэнтэй холбоотой дархлалын бус цус задрал
Дархлалын бус цус задрал
Сэлбэлттэй холбоотой үүссэн нянгийн халдвар
Анафилакси/ Хэт мэдрэгжилт
Цус сэлбэлтээс үүдсэн уушгины гэмтэл
Цус сэлбэлтээр дамжсан В гепатит вирусийн халдвар (HBV)
Цус сэлбэлтээр дамжсан С гепатит вирусийн халдвар (HCV)
Цус сэлбэлтээр дамжсан ХДХВ вирусийн халдвар (HIV-1/2)
Цус сэлбэлтээр дамжсан тэмбүүгийн халдвар
Цус сэлбэлтээр дамжсан бусад вирусийн халдвар (тодорхой нэрлэж бичих)
Цус сэлбэлтээр дамжсан бусад ын халдвар (тодорхой нэрлэж бичих)
Цус сэлбэлтийн дараах цусархаг тууралт
Сэлбэсэн эс, эзэн биеийн эсрэг урвал (GVHD)

Тайлбар: Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэлт хийсэн эмч, мэргэжилтэн бөглөж, Цусны салбар төв, ЦССҮТ-д тухай бүр мэдээлнэ.

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН СЭЛБЭХ ЗӨВШӨӨРӨЛ АВАХ МАЯГТ

Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____

Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй Нас _____ Тасгийн нэр _____

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)

Ач холбогдол, давуу тал:	<input type="checkbox"/> Улаан эсийн бүтээгдэхүүнийг сэлбэснээр цус багадалтыг эмчилнэ, хүчилтөрөгчийн тээвэрлэлтийг нэмэгдүүлнэ, толгой эргэх, ядрах, амьсгал давхцах зовиурыг багасгана.
	<input type="checkbox"/> Ялтаст эсийн өтгөрүүлгийг сэлбэснээр цус алдалтаас сэргийлж, цус тогтоолтонд оролцдог эсийн тоо нэмэгдэнэ.
	<input type="checkbox"/> Шинэ хөлдүү сийвэн болон сийвэнгийн бусад бүтээгдэхүүнүүдийг /криопреципитат/ сэлбэснээр цус алдалтаас сэргийлж, цусны бүлэгнэлтэнд оролцдог уургийн хэмжээг нэмэгдүүлнэ.

Гарч болох урвал, эрсдэл, хүндрэл:

Улаан эсийн бүтээгдэхүүн сэлбэлт:

- Цус задралын урвал /эрт болон хожуу үеийн/: 35000-д 1 тохиолдох бөгөөд бөөрний дутагдал, судсанд цус түгмэл бүлэгнэх хам шинжээр хүндэрч нас баралтад хүргэж болно.
- Цус задралын бус халууралт: 200-д 1 тохиолдоно.
- Харшлын урвалууд: арьсны тууралт 100-д 1, харшлын гаралтай шок 50000-д 1 тохиолдоно.
- Уушгины цочмог гэмтэл: 12000-д 1 тохиолдох эрсдэлтэй. Цус сэлбэснээс хойш 2-8 цагийн дараа уушгины хаван, цусны хүчилтөрөгчийн хэмжээ буурдаг. Үүсэн тохиолдолд нас баралт 5-25% байна.
- Халдварын эрсдэл: нянгийн халдвар 500000-д 1, элэгний В вирусын халдвар 220000-д 1, элэгний С вирусын халдвар 1,6 саяд 1, ХДХВ-ын халдвар 1,6 саяд 1 тохиолдоно.
- Цусны бүлэгнэлтийн алдагдал үүсэх: Их хэмжээний цус сэлбэснээс цусны бүлэгнэлтийн хүчин зүйлүүдийн харьцаанд өөрчлөлт ордог.
- Бусад хүндрэл: биед шингэний хэмжээ ихсэх, цусны калийн хэмжээ ихсэх, цитратын хордлого, цусны кальци, магнийн хэмжээ буурах, биеийн халуун буурах.

Ялтаст эсийн өтгөрүүлэг сэлбэлт:

- Халдварын эрсдэл: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнтэй харьцуулахад халдварын эрсдэл 2000-3000-д 1 тохиолдоно. Үжил үүсгэх эрсдэл 5000-д 1 гэж бүртгэгдсэн.
- Цус задралын бус халууралт: 200-д 60 тохиолдол буюу 30% хүртэл тохиолдож болно.
- Харшлын урвалууд: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнүүдтэй харьцуулахад их буюу 0,09-21% тохиолддог.
- Уушгины цочмог гэмтэл: Улаан эсийн бүтээгдэхүүнтэй харьцуулахад тохиолдын хувь бага, 60000-д 1 тохиолддог.

Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн сэлбэлт:

- Цус задралын урвал /эрт болон хожуу үеийн/: Цусны бүлгийн тохирооноос хамаарч цус задрах урвал үүснэ. 35000-д 1 тохиолдоно.
- Халдварын эрсдэл: харьцангуй бага, элэгний В вирусын халдвар 900000-д 1, элэгний С вирусын халдвар 3 саяд 1, ХДХВ-ын халдвар 8 саяд 1 тохиолдоно.
- Харшлын урвалууд: харьцангуй тохиолдол их буюу 17000 сэлбэлтэнд 1 тохиолддог.
- Уушгины цочмог гэмтэл: 12000 нэгж сэлбэлтэнд 6,9 тохиолдож болох эрсдэлтэй судалгааны үр дүн байдаг.

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 Надад хийсэн шинжилгээ, эмнэл зүйн тоо баримтыг судалгаа шинжилгээний материалд нэргүйгээр

Өвчтөний эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр, гарын үсэг _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Өвчтөн эрх зүйн чадамжгүй байгаа бол:

Насанд хүрээгүй, ухаангүй, сэтгэцийн эмгэгтэй (доогуур зур)

Бусад _____

Зөвшөөрсөн асран хамгаалагчийн эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр /гарын үсэг/ _____ / _____ /

Өвчтөнтэй ямар холбоотой болох: _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Хэрэв өвчтөн болон асран хамгаалагч нь зөвшөөрөөгүй тохиолдолд:

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

Татгалзсан хүний эцэг/эх/-ийн нэр, өөрийн нэр, гарын үсэг _____

Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Тайлбар: Сэлбэлт хийх эмч бөглөнө.

УРВАЛ, ГАРАХ ШАХСАН ТОХИОЛДОЛ, ҮЛ ТОХИРЛЫГ БҮРТГЭХ МАЯГТ

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:.....

Тасгийн нэр:.....

Эмч, мэргэжилтний (зур) Эцэг/эх/-ийн нэр Өөрийн нэр.....

Огноо (он/сар/өдөр):.....

Сэлбэсэн бүтээгдэхүүн:.....

Улаан эсийн бүтээгдэхүүн:

Сийвэнгийн бүтээгдэхүүн:

Эсийн бүтээгдэхүүн:

Урвалын хэлбэр

.....

Үл тохирол, алдаа гарах шахсан тохиолдол

.....

Үл тохирол

.....

Бүртгэсэн огноо (он/сар/өдөр):.....

Тайлбар: Энэ маягтыг сөрөг урвал, гарах шахсан тохиолдол, үл тохирлыг илрүүлсэн эмч,
мэргэжилтэн бөглөнө.

Эмнэлгийн нэр _____

Тасгийн нэр _____

ЦУС, ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮНИЙ ХЭРЭГЛЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Он сар өдөр	ЦЦБ-ний нэр	ЦЦБ-ий хэмжээ	Нөөц	Өвчтөний овог нэр	ЦЦБ сэлбэх заалт	Онош	Мэс заслын нэр	Сэлбэх ЦЦБ нэр	ЦЦБ хэмжээ	Хувийн тохироо үзсэн нэгжийн тоо	Сэлбэсэн нэгжийн тоо	Цусны ABO, RhD бүлгээр							
													O, RhD+	A, RhD+	B, RhD+	AB, Rh+	O, RhD-	A, RhD-	B, RhD-	AB, RhD-

Тайлбар: Эмнэлгийн тасаг, нэгж дээр хөтөлнө.

ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС №

Дуудлага авсан он сар өдөр

Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр
Дуудлага өгсөн утасны дугаар

Яаралтай

Яаралтай бус

Өвчтөний эцэг/эх/-ийн нэр:

Нэр

Нас

Хүйс

Оршин суугаа хаяг

Хаягын тодотголын

Дуудлага өгсөн хүний нэр

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: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд <input type="checkbox"/> Агональ <input type="checkbox"/> Клиник үхэл	Ухаан санаа: <input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Дөжрөн балартах <input type="checkbox"/> Ухаангүй комын Орчиндоо: <input type="checkbox"/> Харьцаатай <input type="checkbox"/> Харьцаагүй	Байрлал: <input type="checkbox"/> Идэвхтэй <input type="checkbox"/> Идэвхгүй <input type="checkbox"/> Хагас суугаа <input type="checkbox"/> Албадмал Үг яриа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ойлгомжгүй <input type="checkbox"/> Огт ярихгүй	Биеийн галбир: <input type="checkbox"/> Улайсан <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Толботой <input type="checkbox"/> Тарган <input type="checkbox"/> Тууралттай <input type="checkbox"/> Х өөнгө <input type="checkbox"/> Цэлхэгэр Нүүр царай: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Цонхигор <input type="checkbox"/> Хөхөрсөн
---	---	--	--

Арьсны уян хатан чанар: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Халуун <input type="checkbox"/> Хүйтэн Арьсны чийглэг байдал: <input type="checkbox"/> Чийглэг <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Хуурай	Захын тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй Хүчилтөрөгчийн хангамж: Мэдрэлийн үзлэг: Хүзүүний хөшингө (-) (+) Хүүхэн хараа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийссан <input type="checkbox"/> Өргөссөн Гэрлийн урвал:(-) (+) Эвэрлэгийн рефлекс:(-) (+)	Таталт: <input type="checkbox"/> Хэсгийн <input type="checkbox"/> Нэлэнхүйдээ <input type="checkbox"/> Тасралтгүй <input type="checkbox"/> Хүчдэлийн <input type="checkbox"/> Чичирхийлсэн Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Атони <input type="checkbox"/> Чангарсан Симптомууд: Мэнэнгийн шинж: <input type="checkbox"/> Симптом кернига (-) (+) <input type="checkbox"/> Брудзинский(-) (+)	Зүрх судасны эрхтэн тогтолцоо: Зүрхний авиа: <input type="checkbox"/> Тод <input type="checkbox"/> Бүдэг <input type="checkbox"/> Акценттай <input type="checkbox"/> Шуугиантай Судасны цохилтын тоо _____ <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Булгилсан <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй Экг-д: P___ PQ___ QS___ QRS___ ST___ T___ QT___
---	--	--	---

Артерийн даралт: D___ S___ Давтан үзэхэд D___ S___ Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо: Амьсгалын тоо: 1 минутанд ___ Амьсгал: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Өнгөц <input type="checkbox"/> Гүн Амьсгалд: <input type="checkbox"/> Цээжний <input type="checkbox"/> Хүзүүний туслах булчингууд оролцоно	Амьсгалын зам: <input type="checkbox"/> Чөлөөтэй <input type="checkbox"/> Хэл унасан <input type="checkbox"/> Эрүүгүй <input type="checkbox"/> Амны хөндийд бөөлжистэй <input type="checkbox"/> Салсттай <input type="checkbox"/> Цустай <input type="checkbox"/> Гулгилт <input type="checkbox"/> Бөглөрөлттэй <input type="checkbox"/> Амьсгаадалт гаргалтын авалтын <input type="checkbox"/> Холимог	Цээжний хэнхэрцэг эмзэглэлтэй: (-) (+) Хэлбэр өөрчлөгдсөн:(-) (+) Уушиг: тогшилтоор: <input type="checkbox"/> Хэнхэргэн <input type="checkbox"/> Дүлий <input type="checkbox"/> Дууны доргион(-) (+) Чагналтаар: <input type="checkbox"/> Цулцангийн <input type="checkbox"/> Ширүүн <input type="checkbox"/> Гуурсан хоолойн <input type="checkbox"/> Суларсан амьсгалтай	Хэржигнүүр: <input type="checkbox"/> Сонсогдоно <input type="checkbox"/> Сонсогдохгүй <input type="checkbox"/> Хялтнасан <input type="checkbox"/> Шажигнасан Гялтангийн шүргэлцэх чимээ:(-) (+) Хөөмий гүйлсэн булчирхай: <input type="checkbox"/> Хэл <input type="checkbox"/> Чийглэг <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөртэй <input type="checkbox"/> Өнгөргүй
--	---	---	---

Хэвлий: <input type="checkbox"/> Зөв хэлбэртэй <input type="checkbox"/> Цардгар <input type="checkbox"/> Татагдсан <input type="checkbox"/> Амьсгалд оролцоно <input type="checkbox"/> Оролцохгүй	Хэвлий тэмтрэлтээр: <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Эмзэглэлгүй <input type="checkbox"/> Зөөлөн <input type="checkbox"/> Хатуу Хэвлийн хөндийд <input type="checkbox"/> Шингэнтэй <input type="checkbox"/> Шингэнгүй	Хэвлийн хөндийн цочмог шинж тэмдэг (-) (+) Симптомууд: _____ Шээс ялгаруулах тогтолцоо: Шээсний гарц: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Багассан <input type="checkbox"/> Цустай	Симптом пастернацкий: D (-)(+) ___ S ___ (-)(+) ___ Хөл шилбээр: Хавантай: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм
---	--	--	---

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

Урьдчилсан онош:

Нэмэлт тэмдэглэл:

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

Үзүүлсэн тусламж:

Зүрхний цахилгаан бичлэг	
Шарх цэгцэлсэн	
Ариун боолт/тампонад/	
Чангалуур тавьсан	
Чиг	
Зүрх судасны сэхээн амьдруулалт	
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	

Эмнэлгийн хүлээн авахад

Онош _____
 өвчтэй учир хэвтүүлэв.
 Картын дугаар _____

Огноо _____

Өвчтөний эцсийн онош:	ӨОУА код

Эмчийн _____ Сувиллагчийн нэр _____
 Жолоочын нэр: _____ Ээлжийн ахлагчийн _____

Дуудлага авсан _____ он _____ сар _____ өдөр

ХҮҮХДИЙН ТҮРГЭН ТУСЛАМЖИЙН ДУУДЛАГЫН ХУУДАС№

Дуудлага хүлээн авсан хүний нэр: _____

Яаралтай

Дуудлага өгсөн утасны дугаар: _____

Яаралтай бус

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____

Нас: _____ Хүйс: /зур/ Эрэгтэй, Эмэгтэй

Оршин суугаа хаяг: _____

Хаягийн тодотгол: _____

Дуудлага өгсөн хүний нэр ба ажлын газар: _____

Дуудсан шалтгаан: _____

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: _____

Бодит үзлэгийн хэсэг:			
Биеийн ерөнхий байдал: <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Хүндэвтэр <input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Маш хүнд <input type="checkbox"/> Агналь <input type="checkbox"/> Клиник үхэл	Ухаан санаа: <input type="checkbox"/> Саруул <input type="checkbox"/> Бүдгэрсэн <input type="checkbox"/> Дөжрөн балартах <input type="checkbox"/> Оворго <input type="checkbox"/> Бусад _____	Орчиндоо: <input type="checkbox"/> Харьцаатай <input type="checkbox"/> Харьцаагүй Байрлал: <input type="checkbox"/> Идэвхтэй <input type="checkbox"/> Идэвхгүй <input type="checkbox"/> Хагас суугаа <input type="checkbox"/> Албадмал <input type="checkbox"/> Хэвтрийн бусад _____	Хөдөлгөөн: <input type="checkbox"/> Идэвхтэй <input type="checkbox"/> Идэвхгүй Биеийн галбир: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Тарган <input type="checkbox"/> Туранхай <input type="checkbox"/> Туранхайвтар
Арьсны өнгө: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Цайвар <input type="checkbox"/> Цайвар ягаан <input type="checkbox"/> Шар <input type="checkbox"/> Саарал <input type="checkbox"/> Бусад _____	Уян чанар: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буурсан <input type="checkbox"/> Алдагдсан <input type="checkbox"/> Арьсны чийглэг байдал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ихэссэн <input type="checkbox"/> Хуурайшсан	Тууралт: <input type="checkbox"/> Цэвэр <input type="checkbox"/> Тууралтгүй <input type="checkbox"/> Тууралттай: <input type="checkbox"/> Улаан <input type="checkbox"/> Толбон <input type="checkbox"/> Гүвдрүүт <input type="checkbox"/> Цэврүүт <input type="checkbox"/> Бэлцрүүт <input type="checkbox"/> Зангилаат <input type="checkbox"/> Цусархаг <input type="checkbox"/> Хөхрөлт <input type="checkbox"/> Бусад _____	Тууралтын байршил: _____ _____ _____
Захын тунгалагийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> Тэмтрэгдэнэ _____	Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Ердийн <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Хүчдэлгүй <input type="checkbox"/> Ихэссэн	Мэдрэлийн үзлэг: Дагзны хөшингө илэрсэн эсэх + - См Керниг + - См Брузенский + -	Таталт: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хэсгийн <input type="checkbox"/> Нилэнхүйдээ <input type="checkbox"/> Шилжимхий <input type="checkbox"/> Чичирхийлсэн <input type="checkbox"/> Хүчдэлийн

Толгойн хэлбэр: _____ Гавлын ясжилт: /зур/ хэвийн, зөөлөн

Зулай: <input type="checkbox"/> Битүүрсэн <input type="checkbox"/> Битүүрээгүй /тайван, хонхор, дүүрэнгэ, лугшилттай/ Зулай хэмжээ: _____ см	Хүүхэн хараа: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Нарийн <input type="checkbox"/> Өргөссөн <input type="checkbox"/> 2 талд ижил биш	Гэрлийн урвал: + - Эвэрлэгийн рефлекс: + -	Чих:Өвдөлт: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> См Трагус +- /баруун,зүүн/
Гүйлсэн булчирхай: <input type="checkbox"/> Үрэвсээгүй <input type="checkbox"/> Үрэвссэн <input type="checkbox"/> Бусад _____	Хэл: <input type="checkbox"/> Чийглэг <input type="checkbox"/> Хуурай <input type="checkbox"/> Өнгөртэй <input type="checkbox"/> Өнгөргүй	Зүрхний авиа: Тод, бүдэг Хэм: <input type="checkbox"/> Жигд <input type="checkbox"/> Жигд бус <input type="checkbox"/> Түргэссэн <input type="checkbox"/> Удааширсан <input type="checkbox"/> Хэм алдагдсан <input type="checkbox"/> Акцент _____, Эмгэг шуугиан + - хүчдэл, дүүрэлт	Амьсгалын тогтолцоо: Хамар сарталзах шинж: <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй

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

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

Урьдчилсан онош: _____ _____	ӨОУА код _____

Хийсэн эмчилгээ: _____ _____

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			
Зүрхний цохилтын тоо				
Амьсгалын 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 олдооүй
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 авсан _____ он _____ сар _____ өдөр
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

- Бодит үзлэг хийсэн, үгүй (зур)
- Эмчилгээ хийсэн, үгүй (зур)
Эм тарианы нэр, тун хэмжээ _____
- Хэрэглэсэн зүү шиприц, бусад зүйл _____
- Халдварын судалгаа хийсэн, үгүй (зур)
- Зөвөлгөө яриа хийсэн хүний тоо _____
- Шинжилгээ авбал зохих хүний тоо _____
Үүнээс шинжилгээ авсан хүний тоо _____
- Халдваргүйтгэл хийсэн, үгүй (зур)
Хийсэн бодисын нэр, тун хэмжээ _____
Хийгээгүй шалтгааныг тодорхой бич _____
- Халдварын клиник эмнэлэгт тусгаарлагдсан, үгүй (зур)
Хэвтээгүй шалтгааныг тодорхой бич _____
- Онош үгүйсгэсэн аль эмнэлэг _____
Эмчийн нэр _____
Буцаасан онош _____

Та манай үйлчилгээний талаар санал хүсэлтээ бичнэ үү?

Хангалттай, хангалтгүй (зур). Тайлбар _____
Хүний нэр _____

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, нарийн 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. Шийдвэрлэсэн байдал /албан тушаал, овог, нэр/ _____
14. Телемедицинээр зөвлөгөө өгч шийдэх /18-ыг бөглөх/
15. Газар дээр нь очиж эмчилгээ, үйлчилгээ үзүүлэх /
16. Эмч, мэргэжилтний явсан тээвэр /зур/ машин, галт тэрэг, онгоц, бусад _____
Машинаар явсан тохиолдолд машины марк _____ дугаар _____
Жолоочийн: Овог: _____ Нэр: _____
17. Дуудлагад явсан эмчийн нэр, албан тушаал _____

В. Тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн байдал

18. Телемедицинээр зөвлөгөө өгсөн /зур /
 - а) Эмчилгээг хэвээр үргэлжлүүлсэн
 - б) Эмчилгээний тактикийг өөрчилсөн
 - в) Мэргэжлийн зөвлөгөө өгсөн
 - г) Бусад _____
19. Эмч очиж тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн /зур /
 - а) Эмчилгээг хэвээр үргэлжлүүлсэн
 - б) Эмчилгээний тактикийг өөрчилсөн
 - в) Мэс засал хийсэн
 - г) Давтан мэс засал хийсэн
 - д) Мэргэжлийн зөвлөгөө өгсөн
 - е) Бусад _____
20. Тусламж үзүүлсэн эмчийн онош: _____
21. Онош зөрсөн бол түүний шалтгаан _____
22. Дуудлага шаардлагатай, шаардлагагүй байсан _____
23. Эмчилгээний үр дүн / зур /
 - а) Сайжирсан
 - б) Хэвэндээ
 - в) Дордсон
 - г) Нас барсан
24. 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
 - ё) Бусад _____
25. Дуудлагаар үйлчүүлсэн байгууллагын тэмдэг _____
26. Дуудлагад явсан эмчийн гарын үсэг _____

_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /НАСАНД ХҮРЭГЧИД/ №.....

Эмнэлгийн нэр: _____

Яаралтай тусламжийн тасагт ирсэн.....он.....сар.....өдөр

Ерөнхий мэдээлэл																																																																
Эцэг /эх/-ийн нэр:	РЕГИСТРИЙН ДУГААР	ХҮЙС <input type="checkbox"/> ЭР <input type="checkbox"/> ЭМ	НАС	ЭМДД																																																												
ИРГЭНИЙ ХАРЬАЛАЛ:	ХОЛБОГДОХ УТАС	ДАВТАН ИРСЭН ХУГАЦАА:он....сар....өдөр <input type="checkbox"/> 24 цаг <input type="checkbox"/> 48 цаг <input type="checkbox"/> 72 цаг																																																														
ЯТТ-т ирсэн цагцагминут	Эрэмбэлсэнцагминут	ЯТТ-ийн эмч үзсэнцагминут	Шийдвэрлэсэнцагминут	ЯТТ-т байсан нийт цагцаг....минут																																																												
ОСОЛ ГЭМТЭЛ <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй	ЦАГДААД МЭДЭГДСЭН ЭСЭХ: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	ГЭМТСЭН ШАЛТГААН:		Он, сар өдөр цаг минут																																																												
ЯТТ-т ирсэн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> Амбулаториос <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлгээс <input type="checkbox"/> 13А			Хэн авчирсан:	Асуумж өгсөн хүн:..... Утас:.....																																																												
Ирэх үеийн зовиур:		Биеийн жин.....кг Өндөр.....см	Сүүлийн сарын тэмдэг:сар....өдөр																																																													
		Цусны бүлэг: Rh:	<input type="checkbox"/> Жирэмсэн <input type="checkbox"/> долоо хоног <input type="checkbox"/> Цэвэршсэн																																																													
Анхны үзлэг		Эрт сэрэмжлүүлэх үнэлгээ		Урьд өвчилсөн байдал																																																												
Амьсгалын зам <input type="checkbox"/> чөлөөтэй <input type="checkbox"/> саадтай Амьсгал <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Цус эргэлт <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Арьсны өнгө <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Пульс <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Хялгасан судасны дүүрэлт <input type="checkbox"/> 2 сек <input type="checkbox"/> >2 сек		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Хугацаа</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Үзүүлэлт</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ухаан санааны байдал (AVPU)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Амьсгалын тоо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Зүрхний цохилтын тоо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Артерийн даралт</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Биеийн хэм</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO₂ %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fi O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нийт оноо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Хугацаа						Үзүүлэлт						Ухаан санааны байдал (AVPU)						Амьсгалын тоо						Зүрхний цохилтын тоо						Артерийн даралт						Биеийн хэм						SpO ₂ %						Fi O ₂						Нийт оноо						Амьсгалын эрхтэний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Зүрх судасны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Хоол боловсруулах эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Цусны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Бөөрний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Мэдрэлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Удамшил тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Гэмтэл тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Мэс заслын эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Дотоод шүүрлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Хавдар тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>
Хугацаа																																																																
Үзүүлэлт																																																																
Ухаан санааны байдал (AVPU)																																																																
Амьсгалын тоо																																																																
Зүрхний цохилтын тоо																																																																
Артерийн даралт																																																																
Биеийн хэм																																																																
SpO ₂ %																																																																
Fi O ₂																																																																
Нийт оноо																																																																
Булчингийн хүч <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Суларсан <input type="checkbox"/> Чангарсан <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Дээд мөч <input type="checkbox"/> Доод мөч																																																																
Байнга хэрэглэдэг эм	Харшил																																																															
Өвдөлтийн зэрэг		Өвдөлт		Эрэмбэлэн ялгалт																																																												
		Өвдөлт <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Цочмог <input type="checkbox"/> Архаг Өвдөлтийн хугацаа <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> ХАР <input type="checkbox"/> УЛААН <input type="checkbox"/> ШАР <input type="checkbox"/> НОГООН Эрэмбэлэх мэргэжилтэн																																																												
Тархвар судлалын асуумж																																																																
Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй		Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																														
Гадаад оронд зорчсон эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй		Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																														
Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн үзлэг																																																																
Үндсэн зорь: _____		Одоогийн өвчний түүх: _____																																																														
Шийдвэрлэсэн байдал																																																																
<input type="checkbox"/> АЖИГЛАЛТ <input type="checkbox"/> ЭЭТ <input type="checkbox"/> БУСАД ТАСАГ <input type="checkbox"/> БУЦСАН <input type="checkbox"/> НАС БАРСАН <input type="checkbox"/> БУСАД ЭМНЭЛЭГРҮҮ ШИЛЖСЭН <input type="checkbox"/> ЭМЧИЛГЭЭ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН ШИЙДВЭРЛЭСЭН.....ОН.....САР.....ӨДӨР.....ЦАГ.....МИНУТ ШИЙДВЭРЛЭСЭН ЯТТ-Н ЭМЧ /...../																																																																
<input type="checkbox"/> ЭМИЙН ҮНЭ:..... /...../																																																																

Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн анхны үзлэг

Үндсэн зовиур: _____	Одоогийн өвчний түүх: _____
----------------------	-----------------------------

Бодит үзлэг	Шинжилгээний төлөвлөгөө
--------------------	--------------------------------

Биеийн байдал _____ Ухаан санаа: глазго үнэлгээ <input type="checkbox"/> нүд <input type="checkbox"/> хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> яриа <input type="checkbox"/> Арьс салст _____ Тунгалагийн булчирхай _____ Хүүхэн хараа _____ Зүрх _____ Уушиг _____ Хэвлийн тойм үзлэг _____ Хэсэг газрын үзлэг _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад </td> <td style="width:66%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td style="width:50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td style="width:50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td></td> </tr> </table>	Биохимийн шинжилгээ		<input type="checkbox"/> Нийт билирубин	<input type="checkbox"/> Шууд билирубин	<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин	<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат	<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин	<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот	<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ	<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ	<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад	
<input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td style="width:50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td></td> </tr> </table>	Биохимийн шинжилгээ		<input type="checkbox"/> Нийт билирубин	<input type="checkbox"/> Шууд билирубин	<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин	<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат	<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин	<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот	<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ	<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ	<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад			
Биохимийн шинжилгээ																	
<input type="checkbox"/> Нийт билирубин	<input type="checkbox"/> Шууд билирубин																
<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин	<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат																
<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин	<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот																
<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ	<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ																
<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg																
<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад																	

Мэс заслын эмчийн үзлэг, онош	Дүрс оношилгооны эмчийн дүгнэлт
-------------------------------	---------------------------------

Эмчилгээ	Эмчилгээ
----------	----------

Урьдчилсан онош: _____	ӨОУА код
------------------------	----------

Шийдвэрлэсэн байдал: /ЯТТ-ийн эмч/ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Эмчилгээ: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--

Шийдвэрлэсэн байдал: <input type="checkbox"/> Ажиглалт <input type="checkbox"/> Тасагт хэвтсэн <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн	<input type="checkbox"/> Буцсан <input type="checkbox"/> Нас барсан <input type="checkbox"/> Бусад
--	---

Шийдвэрлэсэн он сар өдөр..... цаг минут Шийдвэрлэсэн ЯТТ-ийн эмч.....

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 Эмчийн нэр _____ / _____ /

Эх баригчийн нэр _____ / _____ /

Төрөлжсөн мэргэжлийн эмчийн үзлэг ба шинжилгээ	Зөвлөгөө, эмчилгээ:
Огноо: Зовиур: Үзлэгт: Толины үзлэг: Үтрээний үзлэг: КТГ: Чанд авиа: Сүүлийн сарын тэмдэг: Шинжилгээ: Онош:	
Шийдвэрлэсэн байдал	

Ажиглалт ЭЭТ Бусад тасаг _____

Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн: _____

Харьяа хяналтанд

Шийдвэрлэсэн он сар өдөр..... цаг минут

Шийдвэрлэсэн ЯТТ-н эмч _____ / _____ /

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-33

Үйлчлүүлэгчийн Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн 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 /кJ/ давталт/ FIO2%																	
Адреналин 1мг/1мл																	
Атропин 1мг/1мл																	
Амиодарон 150 мг/3 мл																	
MgSO4 25% /10 мл																	
Допамин 200 мг/5 мл * ----амп																	
Содийн уусмал 4 % / 100 мл																	
Лидокайн 2%/2 мл																	
Преднизолан 30мг/1мл																	
Дусал тариа																	

Амилуулах тусламжийн тэмдэглэгээ _____

Амилуулах тусламж зогсоосон цаг _____ минут _____

Эмчийн нэр _____ Сувилагчийн нэр _____ Туслах _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СТ-34

ГЕМОДИАЛИЗ ХЯНАЛТЫН КАРТ

Эмнэлгийн нэр, лого

		РД	
		ЭМД	
		Өвчний түүх нээсэн	/ / Он сар өдөр
Эцэг /эх/-ийн нэр		Тасгийн нэр	
Төрсөн он сар өдөр / /		Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	Өөрийн нэр:
		Гэрлэлтийн байдал: 1. Огт гэрлээгүй 2. Батлуулсан гэр бүлтэй 3. Батлуулаагүй гэр бүлтэй 4. Тусгаарласан 5. Цуцалсан 6. Бэлбэсэн	Биеийн өндөр: Биеийн жин: Цусны бүлэг Вирусны маркер: ... Вакцинжуулалт: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Үндсэн захиргаа: Аймаг/хот: Сум/дүүрэг: Утас:		Хөдөлмөр эрхлэлт: Ажлын газар <input type="checkbox"/> Мэргэжил <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан <input type="checkbox"/>	Боловсролын ангилал: Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор <input type="checkbox"/>
ТӨГСГӨЛИЙН ЭПИКРИЗ			
Үндсэн онош			ӨОУА код
Дагалдах онош			
Хүндрэл			
Үйлдлийн онош			ҮОУА-9
Бөөр шилжүүлэн суулгасан: он сар өдөр / /		Өвчин эхэлсэн: _____ он ____ сар ____ өдөр БАД эхэлсэн: _____ он ____ сар ____ өдөр Гемодиализ эхэлсэн: _____ он ____ сар ____ өдөр АВ фистул: _____ он ____ сар ____ өдөр	
Нас барсан: он сар өдөр / /			
Нийт сеансын тоо			
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:

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
/ /

HD/HDF дугаар

Эхэлсэн ба дууссан цаг

Диализатор

Диализатор хэрэглэсэн
давтамж

Диализатор ө/жин

Диализатор д/жин

Нэмэгдсэн/жин

УФ (кг) /ИУФ (кг)

Гепарин

АД/пульс д/өмнө

АД/ пульс 1 цаг

АД/ пульс 2 цаг

АД/ пульс 3 цаг

АД/ пульс 4 цаг

АД/ пульс 5 цаг

Клиник шинж тэмдэг

Эмийн эмчилгээ

Эмч

Сувилагч

АВ ФИСТУЛЫН ТУХАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД			
		Тасгийн нэр			
Эцэг /эх/-ийн нэр		Өөрийн нэр:			
Хүйс <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> 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	Гарсан	Үгүй
	R..... L	R..... L	R.... L.....		
Жич: Тийм; R – баруун, L-зүүн; Хүндрэл гарсан бол доор бичнэ үү.					
Тусгай тэмдэглэл					
Мэс засал хийсэн эмч			Сувилагч		

A1. Эмнэлгийн нэр: _____

ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААНТАЙ ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ НЭМЭЛТ ХУУДАС

A2.Эцэг/эх/-ийн нэр _____ A3. Нэр _____ A4.РД _____

A5. Нас

--	--	--

A11. Асран хамгаалагч /сахиур/	
Эцэг, эх	1
Нөхөр, эхнэр	2
Өвчтөн өөрөө	3
Ах, эгч, дүү	4
Бусад _____	98

A12. Үйлчлүүлэгч 10-с доош настай бол түлэгдэх үед хэнтэй хамт байсан бэ?	
Ганцаараа	1
Эцэг, эх	2
Насанд хүрсэн боловч асран хамгаалагч нь биш	3
Насанд хүрсэн бусад асран хамгаалагч	4
18 нас хүрээгүй өөр хүүхэдтэй хамт	5
Тодорхойгүй	99

A13.Түлэгдэлтэнд өртсөн хүний тоо	
1 хүн	1
2 хүн	2
3-5 хүн	3
6-9 хүн	4
10 ба түүнээс дээш	5
Тодорхойгүй	99

A6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

A7. Тогтмол хаяг: _____

A8. Утас: _____

A9. Ажлын газар, албан тушаал _____

A10. Боловсрол: _____

A14.Түлэгдсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

A15. Үзүүлсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

A16.Хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут

A17. Түлэгдэлд өртөхөд нөлөөлсөн хүчин зүйл	Байхгүй	1
	Согтууруулах мансууруулах бодис	2
	Эм, эмийн бодис	3
	Уналт /таталт	4
	Оюуны хомсдол	5
	Сэтгэцийн өвчин	6
	Биеийн, оюуны хөгжлийн бэрхшээл	7

A18. Бусад эрхтний талаас хавсарсан гэмтэл	Байхгүй	1
	Хэвлийн гэмтэл	2
	Цээжний гэмтэл	3
	Нүдний гэмтэл	4
	Ясны хугарал	5
	Нугасны гэмтэл	6
	Тархины гэмтэл	7
	Бусад	98

A19.Түлэгдсэн газар, байршил /Хот, аймаг, сум, дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/ 	

Б. ТҮЛЭГДЛИЙН БАЙРШИЛ

B1. Биеийн хэдэн хувь түлэгдсэн бэ?		1
B2. Амьсгалын зам гэмтсэн эсэх	Тийм	1
	Үгүй	2

B4. Толгой, хүзүү	Хуйх	1
	Нүд	2
	Хүзүү	3
	Нүүр	4

B6. Хөл	Ташаа	1
	Өвдөг	2
	Шагай	3
	Тавхай	4

B3.Их бие	Цээж	1
	Хэвлий	2
	Нуруу	3
	Өгзөг	4
	Бэлэг эрхтэн	5

B5. Гар	Мөр	1
	Бугалга	2
	Тохой	3
	Шуу	4

B7. Сарвуу	Бугуй	1
	Алга	2
	Гарын ар	3
	Хуруу	4

В. Түлэгдсэн зүйл	В1. Халуун гадаргуу	Хоол хийх хэрэгсэл	1
		Гэр ахуйн халаалтын хэрэгсэл	2
		Гэрэлтүүлэх хэрэгсэл	3
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	4
	В2. Халуун хий, шингэн	Уур болон хий	1
		Хоол хүнсний зүйл /Г хэсэг рүү/	2
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	3
		Ус	4
	В3. Цахилгааны	Гэр ахуйн цахилгааны хэрэгсэл	1
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	2
		Өндөр хүчдэл	3
		Бага хүчдэл /<1000 хүчдэл/	4
	В4. Химийн	Гэр ахуйн химийн бодис	1
		Мэргэжлийн ажилтай холбоотой	2
	В5. Үрэлтийн	Амьсгалах	1
		Цацраг	2
		Бусад	98
	В6. Гэр ахуйн орчны галд өртөх	Хоол хийх, халаах үед галд өртөх	1
		Халаалт /Д хэсэг рүү/	2
		Гэрэлтүүлэг /Е хэсэг рүү/	3
		Санамсаргүй гал алдах /Гал түлэх, хог шатаах/	4
		Санаатайгаар гал гаргах /Ж хэсэг рүү/	5
	Бусад	98	
	В7. Мэргэжлээс шалтгаалсан галд өртөх	Хоол үйлдвэрлэл	1
Нефть химийн		2	
Нэхмэл		3	
Барилга		4	
ХАА		5	
Салют		6	
Үйлдвэр		7	
Бусад	98		
В8. Олон нийтийн үйл ажиллагааны үед галд өртөх	Зам тээврийн осол	1	
	Түүдэг гал	2	
	Асгарсан шингэн	3	
	Гал түймэр	4	
	Салют, бусад зугаа цэнгэлийн галт хэрэгсэл	5	
	Танхай үйлдэл, терроризм	6	
Бусад	98		
ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААН			

ТҮЛЭГДЛИЙН ШАЛТГААН /В-Ж/

Г1. Хоол хийх, бэлтгэх үед юунд түлэгдсэн бэ?	Зуух	1
	Буцалгагч	2
	Халуун тогоо	3
	Халуун сав	4
	Битүү чанагч	5
	Түлш	6
	энгийн тогоо, сав суулга	7
Бусад	98	
Г3. Саванд байсан зүйл	Хоол, цай, тос, сүү	1
	Буцалсан ус	2
	Бусад	98

Г5. Хоол хийдэг газар нь амьдрах хэсгээс тусдаа эсэх	Тийм	1
	Үгүй	2
	Тодорхойгүй	99

Д1. Гэрийн халаалтын улмаас гал гарах		
Халаалт орчмын материал	1	
Халаалтыг хөдөлгөхөөр хүрэх	2	
Халаалтанд санаандгүй хүрэх	3	
Халаалт залгасан утас, кабель, залгуур	4	
Бусад	98	

Е1. Гэрийн гэрэлтүүлгийн улмаас гал гарах		
Гэрэл, дэнлүү орчмын материал	1	
Гэрэл, дэнлүүг хөдөлгөхөөр оролдох	2	
Гэрэл, дэнлүүнд санаандгүй хүрэх	3	
Гэрэлтүүлэг залгасан утас, кабель, залгуур	4	
Бусад	98	

Ж. Санаатай болон учир битүүлэг үйлдэл					
Ж1. Санаатайгаар түлсэн шалтгаан	Өөрийгөө хорлох	1	Ж2. "Учир битүүлэг" бол санаатайгаар түлсэн байх эмнэлзүйн шинж байна уу?	Өндөр	1
	Бусдыг хорлох	2		Дунд зэрэг	2
	Учир битүүлэг	3		Бага зэрэг	3
	Бусад	98		Байхгүй	4
			Мэдэхгүй	99	

Ж3. Түлэгдэлтэд хүргэсэн шалтгааны эх үүсвэр					
Этанол	1	Шингэрүүлсэн нефтийн хий	4	Мод	7
Керосин	2	Нарны эрчим хүч	5	Аргал	8
Нүүрс	3	Цахилгаан эрчим хүч	6	Бусад	98

ТҮЛЭГДЛИЙН ОНОШ			АВСАН АРГА ХЭМЖЭЭ		

Г2. Хоол хийх бэлтгэхтэй холбоотой түлэгдсэн бол үйл явц	Дэлбэрэх	1
	Дотор нь унах	2
	Өөр лүүгээ татах	3
	Асгарах	4
	Бусад	98

Г4. Хоол хийх талбайн өндөр	
Нэг түвшинд /шалан дээр, газар/	1
0.9 метр хүртэл /ширээ, сандал, тавиур гм/	2
0.9 метрээс дээш /ширээ, сандал, тавиур гм/	3
Мэдэхгүй	99

Д2. Халаалтын эх үүсвэр	Мод, нүүрс, аргал	1
	Керосин	2
	Шингэрүүлсэн нефтийн хий	3
	Байгалийн хий	4
	Цахилгаан эрчим хүч	5
	Бусад	98
Тодорхойгүй	99	

Е2. Гэрэлтүүлгийн хэрэгслийн төрөл	Лаа	1
	Цахилгаан эрчим хүч	2
	Нарны эрчим хүчээр	3
	Керосин	4
	Бусад	98
Тодорхойгүй	99	

СУВИЛУУЛАГЧИЙН ТҮҮХ

Сувилалын нэр, Лого _____

НДД № _____

ЭМД № _____

РД:

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

Сувилуулах бичгийн № _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Өөрийн нэр: _____

2. Нас: _____ 3. Эрэгтэй, эмэгтэй /зур/

4. Яс, үндэс _____

5. Тогтмол хаяг: _____

6. Ажлын газар: _____

7. Албан тушаал: _____

8. Мэргэжил: _____ 9. Боловсрол /зур/: Боловсролгүй, Бага, Бүрэнд дунд,
Мэргэжлийн болон техникийн, Дипломын, Бакалавр, Магистр, Доктор

10. Утас: _____, Яаралтай үед холбоо барих утас: _____

11. Хэвтсэн: 20__он__сар__өдөр__цаг

12. Гарсан, шилжсэн, хугацаанаас өмнө буцсан /зур/ 20__он__сар__өдөр

13. Ор хоног

Өрөө № _____

Эмчлэгч эмч _____

Сувилалд ирүүлсэн эмнэлгийн нэр: _____

Сувилалд ирүүлсэн онош: _____

Сувиллын онош: _____

20__оны__сарын__өдөр__цаг__мин

Хэвтэх үеийн зовиур: _____

Өвчний түүх: _____

Амьдралын түүх: _____

Эпид анамнез: сүрьеэ / /, гепатит / /, салхин цэцэг / /, гахай хавдар / /, гэдэсний халдвар / /
хавьтсан эсэх / /

Сүүлийн 3 сард гадаад оронд зорчсон эсэх / /

А) Үзлэг:

Биеийн байдал: /зур/ хөнгөн, дунд зэрэг, хүндэвтэр, хүнд

Байрлал: /зур/ идэвхитэй, идэвхигүй, албадмал

Арьс, салстын өнгө: /зур/ хэвийн, улаан, шарангуй, хөхөлбөр

Чийглэг: /зур/ хэвийн, ихэссэн, багассан

Арьс: /зур/ тууралттай, тууралтгүй

Шархны байдал: /status localis/ _____

Марианы байдал: /зур/ ердийн, таргандуу, тарган, туранхайвтар, туранхай, хэт туранхай

Хаван: /зур/ ерөнхий, нүүр, зовхи, хэвлий, шилбээр

Захын тунгалагийн булчирхай: /зур/ хэвийн, томорсон

Амьсгалын эрхтэний тогтолцоо

Цээжний хэлбэр: зөв, зөв бус, амьсгалын хэм 2 талд: жигд, жигд бус, амьсгалын тоо: 1 мин __ удаа
Үндсэн шуугиан: цулцангийн, гуурсан хоолойн; эмгэг шуугиан: _____
хэрчигнүүр: хуурай, нойтон, хэрчигнүүргүй

Цусны эргэлтийн тогтолцоо

Зүрхний авиа: тод, бүдэг, бүдгэвтэр, хэм: жигд, жигд бус, хэм алдалт хэлбэр _____
Судасны цохилтын тоо: 1 мин __ удаа хүчдэл дүүрэлт _____: АД _____

Хоол шингээх эрхтэн тогтолцоо

Хэлний өнгө _____, өнгөр _____
Хэвлийн тэмтрэлтээр /зур/: а) хэвийн б) томорсон
Цөсний өвдөлтийн үед илрэх шинж _____
Нойр булчирхайн өвдөлтийн үед илрэх шинж _____
Өтгөн /зур/: хэвийн, суулгана, хатна _____

Шээс ялгаруулах тогтолцоо

Пастернацкии шинж баруун / /, зүүн / /: хоногийн шээсний гарц: хэвийн, ихэссэн, багассан:
өнгө: _____, шөнө шээдэг, үгүй, шээхэд өвддөг, үгүй, тасалддаг, үгүй, дүлүүлж гардаг, үгүй

Үе мөч, багана нуруу

Хэлбэр /зур/: өөрчлөгдсөн, хавдсан өвдөлттэй, булчин чангарсан /аль үе, хэсэгт/ _____

Хөдөлгөөн: идэвхтэй, чөлөөтэй, идэвхгүй, хязгаарлагдмал /аль үенд/ _____

Мэдрэлийн тогтолцоо /өөрчлөлтийг бич/ _____

Бусад: _____

Шинжилгээ: _____

Онош: _____

Сувилуулагчийн биеийн байдал, тэмдэглэл	Заалт
	1. Хоол № _____ 2. Дэглэм _____ _____ 3. Рашаан уух: хоолноос _____ минутын өмнө, _____ мл-ээр, өдөрт ____ удаа, шимж, балгаж, залгилж /зур/ ууна.

Сувилуулагчийн биеийн байдал, тэмдэглэл	Заалт

Гарах үеийн эпикриз: Эмнэлэгт шилжсэн; хугацаанаас өмнө гарсан /зур/
20__ оны __ сарын __ өдөр __ цаг __ мин

Сувилуулагч _____ овогтой _____
20__ оны __-р сарын __ өдрөөс 20__ оны __-р сарын __ өдөр хүртэл ____ хоног сувилуулав.

Хийгдсэн эмчилгээ, тоо / /; рашаан уух __, рашаан орох __, иллэг __, бумба __, биеийн тамир __,
физик эмчилгээ: _____

Эмчилгээний үр дүн: Биеийн байдал: илт сайжирсан, сайжирсан хэвдээ, дордсон /зур/

Гарах үед өгсөн зөвлөмж:

Эмчилгээний дараах гам сахих / /, АД-г хянах / /, Зөв хооллох / /, Давтан шинжилгээ хийлгэх / /,
эмчийн хяналтанд байх, бусад: _____

А. Гарах үеийн сувиллын онош: _____

Б. Дагалдах онош: _____

В. Хүндрэл: _____

Эмчлэгч эмч: _____
Тасгийн эрхлэгч: _____
Хүлээн авсан статистикч эмч _____

ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

1 дүгээр хэсэг												
Эцэг/эхийн нэр	Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Утасны дугаар.								
Регистрийн дугаар		Боловсролын байдал:		Ажлын хаяг:								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь боловсрол 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор		
Оршин суугаа хаяг												
Аймаг / Хот: _____ Сум / Дүүрэг: _____												
Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____												
Газар / Гудамж / Байр: _____ Тоот: _____												
Хөдөлмөр эрхлэлт		Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо		Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх								
				Өвчтөн нас барсан эсэх								
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал		_____ /он/ _____ /сар/ _____ /өдөр/ _____ /цаг мин/		<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____								
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан				<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____								
Эмнэлзүйн мэдээлэл (хамшинж тэмдгийг бичнэ)												
Хамшинж:		Эмнэл зүйн шинж тэмдгийг онцлон бичнэ үү.		Илэрсэн огноо:								
Тархвар судлалын холбогдол												
Халдварын эх уурхай		Дамжих зам		Халдварт өртсөн байж болзошгүй огноо:								
<input type="checkbox"/> Хүн <input type="checkbox"/> Мал (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Амьтан (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Тогтоогдоогүй		Ахуйн: <input type="checkbox"/> Шууд хавьтал /ам мөр <input type="checkbox"/> Ус <input type="checkbox"/> Хүнс <input type="checkbox"/> Хөрс <input type="checkbox"/> Бусад: _____ <input type="checkbox"/> Агаар / дусал <input type="checkbox"/> Дам халдвар <input type="checkbox"/> Цусаар <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Эмнэлэгт хандахаас өмнөх эмчилгээ												
Хэрэглэсэн эмийн нэр	Хэдэн ширхэг, хэдэн удаа	Эмчилгээ эхэлсэн хугацаа	Үргэлжилсэн хугацаа	Сорьц авахаас өмнө хэрэглэсэн эмийн нэр, тун, хэмжээ								
Урьдчилсан онош (ОУӨА-10)												
Мэдээлсэн байгууллага												
Мэдээлсэн байгууллага	Мэдээлсэн эмч / мэргэжилтэн / албан тушаалтны нэр	Мэдээлсэн хэлбэр	Мэдээлсэн хугацаа									
		<input type="checkbox"/> Утсаар <input type="checkbox"/> Цахимаар <input type="checkbox"/> Цаасаар										
2 дугаар хэсэг												
Лабораторийн шинжилгээ												
Сорьцын нэр	Сорьц авсан огноо	Шинжилгээний төрөл	Шинжилгээний дүн	Лабораторийн нэр								
Батлагдсан онош (ОУӨА-10)		Эмнэлзүйгээр	Тархвар холбогдлоор									
		Лаборатороор										
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой халдвар			Тийм	Үгүй								
Онош батлагдсан огноо:												

Эмнэлгийн нэр

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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-3

БЗДХ-ЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ 2. Нэр: _____ 3. РД:

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

4. Нас:

--	--

 5. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй 6. Жирэмсэн эсэх:

--

 тийм

--

 үгүй

7. Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

8. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дидломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
	Доктор	9

9. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

11. Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир амбулаторт	2
	Хяналт	3
	Тандалт /хавьтлаар/	4
	Дуудлага	5

10. Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

12. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

13. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1
	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3
	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1
	Гомосекс	2
	Бисекс	3
	Трансжендер	4
	Тодорхой бус	5

15. Үндсэн онош:	1	2	3	4	5	6
------------------	---	---	---	---	---	---

16. Халдвар дамжсан зам

Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1А
	Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1В
	Мэс ажилбар	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүн	МБСТХ	3
	Бохир зүү тариур	4
	Цус сэлбүүлсэн	5
Эхээс хүүхдэд халдварласан		6
Тодорхой бус		7

17. Онош баталгаажилт

Хурдавчилсан сорил	1	Полимеразын гинжин урвал /PCR/	7
RPR	2	Нойтон түрхэц	8
TPHA	3	Наац	9
ФХЭБУ/ ELISA/	4	Өсгөвөр	10
FTA-abs	5	Эмнэл зүй	11
Бараан талбайд шууд харах	6	Бусад	12

Эмчид үзүүлсэн: он _____ сар _____ өдөр _____

Мэдээлсэн их эмч:

/албан тушаал/

/гарын үсэг/

/нэр/

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____ Мэдээлсэн огноо: ____/____/____

Тохиолдлын тодорхойлолт: <input type="checkbox"/> Шинэ <input type="checkbox"/> Дахилт <input type="checkbox"/> Эмчилгээ үр дүнгүй болсны дараах <input type="checkbox"/> Хяналт алдагдсаны дараах <input type="checkbox"/> Эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй		Тохиолдлын илрүүлсэн арга: <input type="checkbox"/> Өвчний учир амбулаториор /идэвхигүй/ <input type="checkbox"/> Идэвхитэй илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Хавьтлын илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр <input type="checkbox"/> Бусад /задлан шинжилгээ-нас барсан Огноо: ____/____/____																			
Эцэг, эхийн нэр:	Өөрийн нэр:	Регистрийн дугаар:	Нас Хүйс																		
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Хаяг: _____ тоот _____		Огноо: Өвчин эхэлсэн: ____/____/____ Эмчид үзүүлсэн: ____/____/____ Оношлогдсон: ____/____/____ Бүртгэлд авсан: ____/____/____ Эмчилгээ эхэлсэн: ____/____/____																			
Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал: 1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> 2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: <input type="checkbox"/>		Боловсролын ангилал: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Боловсролгүй</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>Бага</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>Суурь боловсрол</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>Бүрэн дунд</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>Мэргэжлийн болон техникийн</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>Дидломын</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>Бакалавр</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>Магистр</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>Доктор</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> </table>		Боловсролгүй	01	Бага	02	Суурь боловсрол	03	Бүрэн дунд	04	Мэргэжлийн болон техникийн	05	Дидломын	06	Бакалавр	07	Магистр	08	Доктор	09
Боловсролгүй	01																				
Бага	02																				
Суурь боловсрол	03																				
Бүрэн дунд	04																				
Мэргэжлийн болон техникийн	05																				
Дидломын	06																				
Бакалавр	07																				
Магистр	08																				
Доктор	09																				
Гэр бүлийн байдал:	Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн <input type="checkbox"/>	Ханиалгах шинж тэмдэг: <input type="checkbox"/> Илэрсэн _____ хоног <input type="checkbox"/> Илрээгүй	Онош баталгаажилт: Нян судлалаар батлагдсан: <input type="checkbox"/> Түрхэцээр <input type="checkbox"/> Бусад шинжилгээгээр Эмнэлзүйгээр оношлогдсон																		
Ажлын газар, албан тушаал:	Мэргэжил:	БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Сүрьеэгийн хэлбэр: <input type="checkbox"/> Уушгины <input type="checkbox"/> Уушгины бус																		
Онош:		ӨОУА: А1 ____																			
Цээжний рентген зургийн дүгнэлт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийгүй <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийтэй <input type="checkbox"/> Хийгдээгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Эрсдэлт хүчин зүйлс: <input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал <input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин <input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ <input type="checkbox"/> Орон гэргүй <input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан <input type="checkbox"/> Уул уурхай <input type="checkbox"/> Жирэмслэлт <input type="checkbox"/> Гэр хороолол <input type="checkbox"/> Дархлал дарангуйлах эмчилгээ <input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах <input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх	Халдварын эх уурхай: <input type="checkbox"/> Өрхийн хавьтал <input type="checkbox"/> Ойрын хавьтал <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй Өрхийн хавьтлын тоо: ____ Насанд хүрэгчид: _____ Хүүхэд /0-15 нас/ _____																			
Эмэнд тэсвэржилт:																					
ЭМЧТ шинжилгээнд хамрагдсан эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Тийм бол, ЭМЧТШ дугаар: Огноо: ____/____/____	Тэсвэртэй эмүүд: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Am <input type="checkbox"/> OfI <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> FQ																			

Тамга Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ /

ХОРТ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эмнэлгийн нэр, лого		РД		
		Тохиолдлын дугаар:		
Бүртгэлийн байдал:		Эрт илрүүлэг	Идэвхтэй хайлт	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр
Эцэг, эхийн нэр:		Өөрийн нэр:		
Төрсөн: он сар өдөр	Нас [] Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	Ажлын газар, албан тушаал		
Яс үндэс:		Мэргэжил:		
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот _____ Холбоо барих утасны дугаар: _____		Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Гэр бүлийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн
Хавдар оношлогдсон огноо: он сар өдөр		Өвчтөний одоогийн байдал: <input type="checkbox"/> Амьд – 1 <input type="checkbox"/> Нас барсан -2 <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй - 3		
Анхдагч хавдрын байрлалын онош /ICDO-3 /:				С ____/____
Бүтэц зүйн онош				М ____/____
Торонтогийн хүүхдийн хавдрын ангилал				С ____/____
Хорт хавдар Toronto Tier үе шатны ангиллаар: Toronto Tier – 1, Toronto Tier - 2				
Хүүхдийн хавдрын ангилал / ICCS-3/				____/____

Хорт хавдар TNM үе шатны ангиллаар: T – is, 1, 2, 3, 4, X N – 0, 1, 2, 3, X M – 0, 1, X				
Хавдрын төлөв: <input type="checkbox"/> Байран өмөн – 2 <input type="checkbox"/> Хортой – 3 <input type="checkbox"/> Үсэрхийлсэн - 6				
Эсийн ялгарал:		Лимфома, лейкогийн эсийн ялгарал:		
<input type="checkbox"/> Өндөр ялгаралтай-1 <input type="checkbox"/> Дунд ялгаралтай-2 <input type="checkbox"/> Бага ялгаралтай-3 <input type="checkbox"/> Ялгаралгүй-4 <input type="checkbox"/> Ялгарлын зэрэг тодорхойгүй-9		<input type="checkbox"/> T-эсийн – 5, <input type="checkbox"/> B-эсийн /pre-B,B-precursor/ -6 <input type="checkbox"/> Null эсийн / non-T, non-B/ -7 <input type="checkbox"/> Киллер эсийн /natural/-8, <input type="checkbox"/> эсийн төрөл тодорхойгүй-9		
Хэрвээ 0-19 насны хүүхдийн хавдрын тохиолдол бол				
<input type="checkbox"/> Хурц лимфобласт лейкеми <input type="checkbox"/> Хурц миелоид лейкеми <input type="checkbox"/> Ходжкины лимфом <input type="checkbox"/> Ходжкины бус лимфом <input type="checkbox"/> Нейробластом <input type="checkbox"/> Вильямсын хавдар <input type="checkbox"/> Рабдомиосарком <input type="checkbox"/> Рабдо бус миосарком, зөөлөн эдийн сарком <input type="checkbox"/> Остеосарком <input type="checkbox"/> Ивингийн сарком <input type="checkbox"/> Ретинобластом <input type="checkbox"/> Гепатобластом <input type="checkbox"/> Өндгөвчний хавдар <input type="checkbox"/> Медуллобластом, бусад хөврөлийн, төв мэдрэлийн системийн хавдар <input type="checkbox"/> Эпендимом				
Анхдагч олон байрлалын хавдар мөн эсэх:		Хос эрхтнийг хамарсан эсэх:		
<input type="checkbox"/> Анхдагч ганц байрлалын хавдар-1 <input type="checkbox"/> Анхдагч олон байрлалын хавдрын нэг тохиолдол- 2 <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй- 9		<input type="checkbox"/> Баруун-1 <input type="checkbox"/> Зүүн-2 <input type="checkbox"/> 1 талыг хамарсан боловч ялгаж тусгаагүй-3 <input type="checkbox"/> Хоёр талын хамарсан-4 <input type="checkbox"/> Хос эрхтэн бус-5		
Бичил харуурын бус		Бичил харуурын		
<input type="checkbox"/> 1- Нас баралтын гэрчилгээгээр <input type="checkbox"/> 2- Эмнэл зүйн бүрдэл шинжээр <input type="checkbox"/> 3- Дүрс оношилгоо /КТГ, дуран, рентген, ЭХО, MRI, оношлогооны лапротоми аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих..... <input type="checkbox"/> 4-Лабораторийн оношлуур /цус, хавдрын өвөрмөц маркер, иммунологи аль нь болохыг доогуур нь зурж өөрчлөлт, хэмжээг тавих.....		<input type="checkbox"/> 5-Эсийн шинжилгээ <input type="checkbox"/> 6-Эдийн шинжилгээ үсэрхийлсэн эдээс /задлан шинжилгээний эд хамаарна/ <input type="checkbox"/> 7 - Эдийн шинжилгээ анхдагч эдээс /задлан шинжилгээний эд, ясны эд хамаарна/ <input type="checkbox"/> 8- Мэдэхгүй Эд, эсийн шинжилгээ хийсэн эмнэлгийн нэр: _____ Эд, эсийн шинжилгээний баримтын дугаар: _____		
Хавдрын эмнэл зүйн бүлэг: Ia, Ib, II, IIa, III, IV ба үүнээс өөрөөр бичигдэх бол: _____				
Хийгдсэн эмчилгээ	Мэс засал	1	Хими+даавар эмчилгээ	10
	RPA	2	Дурангийн мэс засал	11

	PEI	3	Даавар эмчилгээ	12
	Туяа	4	Хөнгөвчлөх мэс засал	13
	Хими	5	TACE / эрт үе шатанд хийгдсэн, хөнгөвчлөх зорилгоор / аль нь болохыг зур	14
	Мэс засал+туяа	6	Хөнгөвчлөх хими	15
	Мэс засал+хими	7	Хөнгөвчлөх туяа	16
	Туяа+хими+мэс засал	8	Бусад хөнгөвлөх эмчилгээ ба тусламж /эмийн эмчилгээ /	17
	Хими+туяа	9	Эмчилгээнээс татгалзсан	18
Хийгдсэн мэс заслын нэр:			<u>/Үйлдлийн ОУ-9 ангиллаар тавих, кодлох/</u>	
Мэс засал хийгдсэн:		он сар өдөр	Мэс засал хийсэн эмнэлгийн нэр:	
Хагалгаа хийсэн эмчийн нэр:		эмчийн утасны дугаар: _____		
Эмчлэгч эмчийн нэр:		Мэдээлсэн огноо: он сар өдөр		
Тамга	Мэдээлсэн албан тушаалтан: / /			

ЭМГЭГ СУДЛАЛААС ХОРТОЙ ХАВДРЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. ХУВЬ ХҮНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

1. Ургын овог: _____ 2. Эцэг /эхийн/ нэр: _____
3. Өөрийн нэр: _____ 4. РД: _____
5. Төрсөн: _____ он _____ сар _____ өдөр 6. Нас: ____ 7. Хүйс: эрэгтэй [1], эмэгтэй [2]
8. Тогтмол хаяг: _____ аймаг, хот _____ сум,
дүүрэг _____ хороолол, _____ хороо, баг _____ байр, тоот
_____ утас

Б. ХАВДРЫН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

1. Сорьц илгээсэн эмнэлэг: _____ тасаг _____ эмчийн нэр _____
2. Сорьц авсан эрхтэн: _____
Хос эрхтэн бол: зүүн [] баруун [] хоёр тал []
3. Сорьцын төрөл: хагалгааны материал эд [], арчдас [], анхдагч хавдрын эд [],
Үсэрхийллийн эд [], задлангийн эд []
4. Сорьцын шинжилгээний дүгнэлт: _____
5. Бүтэц зүйн онош: _____
6. Хавдрын төлөв: [] хоргүй [] хортой [] байран өмөн [] мэдэхгүй

1. Эсийн ялгарал: өндөр ялгаралтай [1], дунд ялгаралтай [2], бага ялгаралтай [3],
ялгаралгүй [4]

В. МЭДЭЭНИЙ ЭХ СУРВАЛЖ:

1. Эмнэлгийн нэр: _____ 3. Баримтын дугаар: _____
2. Эмгэг судлалын лабораторийн нэр: _____
4. Шинжилгээний дугаар: _____

Г. БҮРТГЭЛИЙН ХЭСЭГ:

1. Мэдээлсэн : _____ он _____ сар _____ өдөр
2. Мэдээлсэн мэргэжилтний нэр : _____ гарын үсэг _____
_____ холбоо барих утас: _____
3. Хүлээн авсан бүртгэлийн эмчийн нэр: _____ гарын үсэг _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

<i>Эмнэлгийн нэр лого</i>															
Эцэг/эхийн нэр:.....	Нэр:.....	Хүйс: <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Эрэгтэй				РД:.....	нас								
Төрсөн өдөр, сар, он	Ө | Ө | С | С | Ж | Ж | Ж | Ж	Нас барсан огноо				Ө | Ө | С | С | Ж | Ж | Ж | Ж									
Гэрийн хаяг:															
А хэсэг :															
1 Үхэлд шууд хүргэсэн өвчин ба эмгэг /а/	↻ ↻ ↻ ↻		Нас баралтын шалтгаан:				Өвчин эхэлснээс хойш нас барах хүртэлх хугацаа	ӨОУА-10							
		А													
		Б	Улмаас												
		В	Улмаас:												
		Г	Улмаас:												
Үндсэн онош:															
2 Нас барахад хүргэсэн бусад нөхцөл, шалтгаан															
В хэсэг:															
Сүүлийн 4 долоо хоногт мэс засал хийлгэсэн эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Хэрэв тийм бол мэс засал хийлгэсэн огноо															
Мэс заслын шалтгааныг тодруулж бичих (өвчин ба шалтгаан)										ҮОУА-9					
Асуумжаар дүгнэлт шинжилгээ (VA WHO 2016 standard) хийсэн эсэх ?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Хэрэв тийм бол онош баталгаажуулахад ашигласан эсэх?										<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Нас барсан хэлбэр:															
<input type="checkbox"/> Өвчин				<input type="checkbox"/> Амиа хорлосон				<input type="checkbox"/> Бусад осол							
<input type="checkbox"/> Зам тээврийн осол				<input type="checkbox"/> Бусдад хорлогдсон				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрийн осол							
<input type="checkbox"/> Хордлого				<input type="checkbox"/> Шалтгаан тогтоогдоогүй байгаа				<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй							
Гадны шалтгаант болон хордлогын шалтгаант бол:						Гэмтсэн өдөр, сар, он		Ө | Ө | С | С | Ж | Ж | Ж | Ж							
Гадны шалтгааныг тодорхойлон бичих (Хэрэв хордлогын шалтгаант бол хордсон бодисыг бичих)						..... .....								
Нас барсан газар:															
<input type="checkbox"/> Эмнэлэгт		<input type="checkbox"/> Гэртээ		<input type="checkbox"/> Амьдрах зориулалттай тусгай байр				<input type="checkbox"/> Сургууль, бусад олон нийтийн ба засаг захиргааны газрууд							
<input type="checkbox"/> Гудамж ба зам		<input type="checkbox"/> Биенийн тамир, спортын талбай		<input type="checkbox"/> Худалдаа үйлчилгээний газрууд				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрлэл ба барилгын газар							
<input type="checkbox"/> Бусад (тодорхойлж бичих):		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй													
Эмнэлэгт нас барсан бол:						Эмнэлгээс гадуурх нас баралт бол: Нас барахаас өмнө эмнэлэгт хэвтсэн эсэх?									
Ор хоног .....өдөр .....цаг.....минут						<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хэрэв тийм бол: өдөр..... сар жил							
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдсоноос хойш амьдарсан хугацаа						<input type="checkbox"/> Жил [] <input type="checkbox"/> сар [] <input type="checkbox"/> хоног []									
Ураг болон нярайн эндэгдэл															
Ихэр эсэх?						<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Амьгүй төрөлт?						<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Хоног болоогүй нас баралт бол хугацааг бичих /цагаар/						Төрөх үеийн жин (гр)									
Жирэмсний хугацаа /7 хоногоор/						Эхийн нас									
Перинаталь эндэгдэлд нөлөөлсөн эхийн эрүүл мэнд болон жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэл /тодорхойлж бичих/						ӨОУА-10									
Эхийн эндэгдэл мөн эсэх?						<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрөх, төрсний дараах үе						<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрсний дараа 42 хоногийн дотор									
<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт, төрөлтийн дараа 42 хоногоос 1 жилийн дотор						<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй									
Жирэмслэлт нь нас баралтын шалтгаан болсон эсэх?						<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Гэрчилгээ олгосон огноо						Ө | Ө		С | С		Ж | Ж | Ж | Ж					
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/					Нэр:				Гарын үсэг					
	Гэрчилгээ олгосон эмч:					Нэр:				Гарын үсэг					

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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.

Энгийн эмийн жорын маягт

Энгийн эмийн жор			
..... оны .....сарын			
Өвчтөний овог, нэр: _____			
Нас: _____ Хүйс: _____ Онош: _____			
Регистрийн № _____			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____			
Эмнэлгийн нэр: _____			

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			
2			
3			

Урд тал

Энгийн эмийн жорын маягтад 3-аас илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмчийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.
Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Гарын үсэг, огноо:

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.
Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягт

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Rp:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягтад 2-оос илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Мансууруулах эмийн жорын маягт

Мансууруулах эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Мансууруулах эмийн жорын маягтад 1 эм бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-9D

Уламжлалт эмийн жорын маягт

Уламжлалт эмийн жор		
..... оны ....сарын		
Өвчтөний овог, нэр: _____		
Нас: _____ Хүйс: _____		
Уламжлалт анагаахын онош: _____		
Эмийн нэр	Хэмжээ	Эм уух арга
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Rp:	Тун:	1. Буцалгаж уух
		2. Буцалсан усаар уух
	Цаг:	3. Залгиж уух
		4. Бүрж уух
Эмнэлгийн нэр: _____		
Эмчийн хувийн тэмдэглэл: _____		
Хаяг, харилцах утас: _____		

Ар тал				
Анхаарах зүйл:				
1. Буцалгаж уухдаа 1-2 ширхэг эмийг 200-250мл усанд 3/1-ыг ширгэтэл зөөлөн буцалгаж /халуун, бүлээн, хүйтэн/ ууна				
2. Буцалсан усаар бүрж уухдаа 200-250 мл халуун устай аяганд эмээ хийж таглаад бүлээсгэж ууна.				
3. Шимт 3 ясны /Далны маяа, борви тойг/, хонины бор махны шөлөөр даруулж ууна.				
4. Буцалсан усанд бурам, зөгийн бал, мөсөн чихрийг найруулж, эмийг даруулж ууна.				
5. Эмийн зөвхөн эмчийн зааврын дагуу ууж хэрэглэнэ.				
6. Эм уух явцад сөрөг нөлөө илэрвэл эмчид хандана уу				
7. Энэхүү жор бичигдсанаас хойш 10 хоногийн дотор хүчинтэй.				
8. Жир бичсэн эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан тохиолдолд хүчингүйд тооцно.				
9. Жорыг дамжуулах, эмийг илүүдэл хэмжээгээр хадгалах нь эмийг зүй бусаар хэрэглэх эрсдэлийг нэмэгдүүлж Таны болон бусдын эрүүл мэндэд халтай.				
Гарын үсэг, огноо: _____				
Гарын үсэг, огноо:				
Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13Б

Бүртгэлийн код

РД

ЭМД

ЭМНЭЛГЭЭС ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм

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

ЭМНЭЛЭГТ ИРГЭНИЙГ ИЛГЭЭХ ЦАХИМ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Паспортын хэсэг

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр _____ Нас _____

РД															
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЭМД															
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Цахим №															
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Хүйс (сонго) 1. эрэгтэй 2. эмэгтэй
3. Иргэний утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
4. Иргэний (асран хамгаалагчийн) утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
5. Иргэний гэрийн /тогтмол/ хаяг: _____

“Илгээх” хэсэг

6. Илгээж байгаа байгууллагын нэр (сонго).....код /автоматаар гарч ирнэ/
7. Илгээсэнон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
8. Эмчлэгч эмчийн нэрхувийн дугаар
9. Хүлээн авах байгууллагын нэр (сонго).....
10. Иргэнийг илгээж байгаа шалтгаан (сонго)
- Онош тодруулах /сонго/
- Урьдчилан сэргийлэх үзлэг /сонго/
- Эмчилгээ /сонго/
- Эмчилгээний дараах хяналт /сонго/
- Жирэмсний болон төрөх үеийн тусламж, үйлчилгээ
- Хөнгөвчлөх эмчилгээ
- Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ
- Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ
- Давтан хяналт
- Бусад: /тодорхой бичих/
11. Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ) _____ /сонго/
 Хавсарсан онош /сонго/ _____
 Хавсарсан онош /сонго/ _____
 Хавсарсан онош /сонго/ _____
 Хавсарсан онош /сонго/ _____
 Тайлбар /бичих/ _____
12. Шилжүүлэх болсон шалтгааныг үндэслэх шинжилгээ (програмын өгөгдлийг бөглөнө)
 ЦЕШ /сонгох/ _____

 Биохими /сонгох/ _____

 ШЕШ /сонгох/ _____

_____Рентген _/эмчийн хариуг
бичих/_____
Бусад /MRI, KTG/ _/эмчийн хариуг бичих/ _____

“Цаг товлох” хэсэг

13. Хүлээн авах эсэх шийдвэр (сонго) 1.тийм 2.үгүй
14.Хэрэв тийм бол үзлэгийн кабинетын нэртасгийн нэр /сонго/
15.Хэрэв үгүй бол тайлбар, үндэслэл (сонго)
- тухайн эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ авах боломжгүй
- бусад /бичих/
16. Шийдвэр гаргасанон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
17.Товлосонсар.....өдөр.....цаг

“Хүлээн авах” хэсэг

18. Хүлээн авсан сар.....өдөр.....цагХүлээн авах эмчийн нэр
.....
19. Хүлээн авсан: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
____Хавсарсан онош
/сонго/_____
.....Хавсарсан онош /сонго/_____
20. Эмчлүүлсэн: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
____Хавсарсан онош
/сонго/_____
.....Хавсарсан онош /сонго/_____
21.Эмнэлэгт хэвтсэн ор хоног /сонго/

22.Эмнэлгээс гарсан огноо, цаг
(сонго)_____
23.Эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлт
(эпикриз)_/бичих/_____
24.Эмчлэгч эмчийн нэр.....утасны дугаар....., цахим
хаяг.....

“Эргэх холбоо тогтоох” хэсэг

25. Илгээсэн байгууллагад өгөх зөвлөмж /бичих/
26. Зөвлөмжийг хүлээн авсан огнооон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
27. Иргэнийг хяналтад авсан эсэх (сонго) 1.тийм 2. үгүй
28. Иргэнийг хяналтад авсан эмчийн нэр утасцахим хаяг

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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 _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур):
 - 1.1 Хүндэрсэн
 - 1.2 Эндсэн
2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар
 - 2.1 Гэрт
 - 2.2 ӨЭМТ/СЭМТ
 - 2.3 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 2.4 Хувийн эмнэлэгт
 - 2.5 Амаржих газар
 - 2.6 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
 - 2.7 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 2.8 Бусад
3. Нас _____
4. Ам бүл: _____
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: (ӨОУА-10 кодлоно уу)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____
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.	Каогулограмм:	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 жирэмсний төгсгөл:
- 18.1 Эрт үеийн зулбалт
 - 18.2 Хожуу үеийн зулбалт(халдварлагдсан,халдварлагдаагүйг зурах)
 - 18.3 Үр хөндөлт
 - 18.4 Умайн гадуурх жирэмсэн
 - 18.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
 - 18.6 Дутуу төрөлт
 - 18.7 Гүйцэд төрөлт
 - 18.8 Илүү тээлттэй төрөлт
 - 18.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
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, ЭХЭМҮТ
 - 23.2 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн нэгдэл
 - 23.3 Улаанбаатар хот, Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 23.5 Аймаг сумын Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.6 Хувийн эмнэлэгт
 - 23.7 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
 - 26.11 Бусад _____
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 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 28.3 Амаржих газар
 - 28.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ

- 28.5 ӨЭМТ/СЭМТ
28.6 Хувийн эмнэлэг
28.7 Бусад (нэрлэ) _____
29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
29.1 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
29.2 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
29.3 Амаржих газар
29.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
29.5 ӨЭМТ/СЭМТ
29.6 Хувийн эмнэлэг
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 хугацаа (долоо 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 гадуурх жирэмсэн
32.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
32.6 Дутуу төрөлт
32.7 Гүйцэд төрөлт
32.8 Илүү тээлттэй төрөлт
32.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн 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 гадуурх 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 Давтан 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 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг үтрээн дээгүүр авах хагалгаа
- 40.10 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг бүхэлд нь авах хагалгаа
- 40.11 Кесар хагалгааг өргөтгөн хийгдсэн умайг тайрах/авах хагалгааны заалт
- 40.12 Давтан хийгдсэн хагалгааны нэр
- 40.13 Давтан хийгдсэн хагалгааны заалтыг бичих
- 40.14 Давтан хагалгаа хийгдсэн _____он____сар____өдөр
- 40.15 Умайн гадуурх жирэмсний улмаас хийгдсэн хагалгаа, нэр _____
- 40.16 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 гадуурх 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
- 45.6 Умайн урагдал
- 45.7 Ихэс түрүүлэлт
- 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 гадуурх 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 нарийсгагч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
49.3 Зүрх зогсох
49.4 Хүнд хэлбэрийн гипоперфузи(лактат>5 ммоль/л эсвэл 45мг/дл)
49.5 Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (рН<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 (РаО₂/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 диалез 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 (5нэгжээс 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 кодлоно уу/
Үндсэн онош: _____
Хүндрэл: _____
Дагалдах онош: _____
57. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан (зур)
58. Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн:
1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр
60. Ор хоног: _____ хоног _____ цаг _____ минут
61. Эх эндсэн үед: Эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн эсэх
1. Хийгдсэн 2. Хийгдээгүй

62.1 Эхийн эндэгдэл

Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (ӨОУА-10 кодлох)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

62.2 Эхийн ноцтой хүндрэл

Ихэс, умай, дайврыг гистологи шинжилгээнд илгээсэн эсэх

1. Илгээсэн 2. Илгээгээгүй

Ихэс, умай, дайврын гистологи шинжилгээний дүгнэлт:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

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 1: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 2: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 3: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

3 _____

67. Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

68. Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

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

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

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

70. Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

71. Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1 Эмч дуудсан хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.2 Төрсөн хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.3 Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа

72.4 Эмч очсон хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Мэдээлсэн

Огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Аймаг /хот: _____ сум/дүүрэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмчийн нэр: _____

Албан тушаал: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХ

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

Нас: _____

РД

Тогтмол хаяг: _____ _____	
Утас _____	Ажлын газар _____
Мэргэжил _____	
Хөдөлмөр эрхлэлт:	
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	<input type="text"/>
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	<input type="text"/>

Боловсрол:

01	Боловсролгүй
02	Бага
03	Суурь боловсрол
04	Бүрэн дунд
05	Мэргэжлийн болон техникийн
06	Дипломын
07	Бакалавр
08	Магистр
09	Доктор

Эмнэлэг	Он	Сар	Өдөр	Цаг
Хэвтсэн				
Үр хөндүүлсэн				
Гарсан				

Ор хоног

Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

Онош	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 _____

Жирэмсний хяналтад орсон эсэх: Хэд дэх жирэмслэлт _____

1. Тийм 2. Үгүй

Үр хөндүүлсэн удаа _____ Үүнээс гүйцэд төрсөн хүүхэд _____ зулбасан _____

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:

Гадна бэлэг эрхтэнг _____ уусмалаар халдваргүйтгэж, үтрээнд толь тавьж, үтрээ болон умайн хүзүүг ариутгав. Ажилбарын үед өвдөлт намдаалтыг: /зур/ умайн хүзүүний орчны эдэд хориг хийх, бүсчилсэн мэдээгүйжүүлэг, ерөнхий мэдээгүйжүүлэг хийв.

Мэдээгүйжүүлгийн уусмал, тун хэмжээ: _____

Сэтгүүрийг умайн хүзүүгээр болгоомжтой оруулахад умайн байрлал _____, чиглэл _____, умайн хөндийн хэмжээ _____ см байв.

Умайн хүзүүг тэлсэн эсэх: Тийм Үгүй

Тийм бол /бичих/: Гигарын тэлэгч № _____, соруурын хошуу № _____

Умайн хөндийн агууламжийг № _____ хошуугаар соруулан, умайн хөндий хоосорсон эсэх /зур/: улаан ягаан цусархаг хөөс гарах, хүржигнэх чимээ сонсогдох, соруурт эд дахин орж ирээгүй-г шалгаж хавхлагыг хаасны дараа хошууг умайд үлдээж, соруурыг салгаж авав.

Умайгаас авсан эд /зур/: бүрэн, бүрэн бус

Умайгаас соруурын хошуу, суман хавчуур, үтрээний толийг авч ажилбарыг дуусгав.

Алдсан цус _____ мл. Ажилбарын үргэлжилсэн хугацаа _____

Хүндрэл гарсан эсэх: Үгүй Тийм бол бичих: _____

Ажилбарын дараах үе: _____

Жирэмснээс сэргийлэх эм, хэрэгсэл хэрэглүүлсэн эсэх: Тийм, Үгүй

Тийм бол /бичих/: _____

Эмчлэгч эмч _____

_____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-18 Хавсралт 01

ҮР ХӨНДӨЛТИЙН ТҮҮХИЙН ХАВСРАЛТ /ЭМИЙН/

Нэмэлт хийгдсэн шинжилгээ: _____

Онош: _____

Мифепристоны тун: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

Давтан үзлэгт ирэх хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

ҮЗЛЭГ 2. Илэрсэн зовиур, өөрчлөлт _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Мизопростолын тун хэмжээ _____

Эмийг хаана хэрэглэхээр олгосон /зур/: гэрт, эмнэлэгт

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

ҮЗЛЭГ 3. Үзлэгт ирсэн хугацаа: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Үйлчлүүлэгчид илэрсэн шинж тэмдэг: _____

Ажилбар дууссан тухай тэмдэглэл: _____

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө, заавар: _____

Хэрэв ажилбар дуусаагүй бол авсан арга хэмжээ, зөвлөгөө: _____

Эмчийн нэр: _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28А

Эмнэлгийн код:

ЗҮҮ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД:

ЭМД:

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний зарчим _____

5. Зүү эмчилгээний төрөл: /зур/

Их биеийн зүү

Цахилгаан зүү

Усан зүү _____ Эмийн бодис

Гарын зүү

Чихний зүү

6. Жор: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Зүү эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

**Маягтын ар тал
Б тал**

№	Он сар өдөр	Зүү засал	Хавсран хийгдэх эмчилгээ	Засал хийсэн эмчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-28Б

Эмнэлгийн код:

ТӨӨНӨ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

РД:

ЭМД:

Нэр _____

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Төөнө заслын төрөл: /зур/

Цахилгаан төөнө

Монгол төөнө

Шовгон төөнө

Хайрцаган төөнө

Харандаан төөнө

5. Төөнө хийх бэлчир орон: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Төөнө эмчилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн гарын үсэг: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Төөнө засал	Засал хийсэн эмчийн нэр
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29А

Эмнэлгийн код:

ДЭВТЭЭЛГЭ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний №

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
 - Сувдан ванн
 - Бусад
6. Ороолт: _____
- Эмийн бодис: _____
- Бэлчир орон: _____
- Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Маягтын ар тал

Б тал

№	Он сар өдөр	Дэвтээлгийн төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29Б

Эмнэлгийн код:

БАРИА ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД:

ЭМД:

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

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

3. Үндсэн онош: _____

- | | | |
|-------------------|------------------------------|---|
| 4. Барианы төрөл: | Бүтэн биеийн бариа : | Хэсэгчилсэн бариа: |
| | 1. Бүтэн биеийн зөөлөн бариа | 1. Толгой, хүзүү, нуруу |
| | 2. Халуун тосон бариа | 2. Нүүрний хэсэг |
| | 3. Сүүн бариа | 3. Гарын /мөр, бугалга, шуу, тохой, сарвууны хэсэг/ |
| | 4. Шөлөн бариа | 4. Сээр бүсэлхий ууц нуруу |
| | 5. Арвайн бариа | 5. Хөлийн /түнх, гуя, өвдөг, шилбэ, тавхайн хэсэг/ |
| | 6. Бусад бариа | 6. 4 тольтын бариа |
|  | ..... | 7. Даран бариа |
| | | 8. Бусад бариа |

5. Анхаарах зүйл: _____

Эмчийн нэр: _____

**Маягтын ар тал
Б тал**

№	Он сар өдөр	Барианы төрөл	Хийгдсэн хугацаа	Сувилагчийн нэр
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-29В

Эмнэлгийн нэр _____

Эмнэлгийн код:

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

ХАТГАХ ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ КАРТ

Өрөөний № _____

РД:

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

ЭМД:

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

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____

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

3. Үндсэн онош: _____

4. Эмчилгээний төрөл, талбай, байрлал: _____

Ханасан судасны нэр: _____

Самнуур: _____

Шивүүр: _____

Түрэм: _____

5. Эмчилгээний талаар зөвлөгөө өгсөн эсэх: _____ тийм _____ үгүй

6. Гарсан хүндрэл: _____

7. Авсан арга хэмжээ: _____

Эмчилгээ хийсэн эмчийн нэр: _____

Хатгах засал хийхийг зөвшөөрсөн өвчтөний нэр: _____

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Ерөнхий мэдээлэл:

- Эцэг, эхийн нэр: _____
- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар:
- Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____
Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
- Эхийн боловсрол: 1. Боловсролгүй 4. Мэргэжлийн ба техникийн
2. Бага 5. Дээд
3. Дунд 6. Мэдээлэлгүй
- Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Бусад _____
- Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй; 3. Мэдээлэлгүй
- Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?
 - Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
 - Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
 - Өрх толгойлсон эх/эцэг
 - Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг
 - Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

- Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
- Нас: нас сар хоног
- Хүйс: 1. Эрэгтэй 2. Эмэгтэй
- Хүүхдийн төрсөн газар : 1. ЭХЭМҮТ 6. Хувийн эмнэлэг
2. Хотын амаржих газрууд 7. Тээвэрлэх үед
3. Аймагийн нэгдсэн эмнэлэг, БОӨТ 8. Сумын эмнэлэг
4. Дүүргийн эмнэлэг 9. Бусад _____
5. Гэрт
- Төрөх үеийн биеийн жин: (гр)
- Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:
 - Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор
 - Төрсний дараах эхний 1 хоногт
 - 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд
 - Амлуулаагүй
- Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?
 - Тийм; 2. Үгүй
- Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: (гр)
- Одоогийн биеийн өндөр: (см)
- Айлын хэд дэх хүүхэд вэ:
- Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):
 - БЦЖ 1 тун
 - Тавт вакцин 1 тун 2 тун 3 тун
 - УГУ (улаанууд, гахайн хавдар, улаанбурхан) вакцин 1 тун 2 тун
 - В гепатит 1 тун
 - Халдварт саа 1 тун 2 тун 3 тун 4 тун
 - Сахуу татран 1 тун 2 тун
 - Бусад _____

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

20. Хүүхдийн нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

21. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугацааг бичнэ үү
1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ үү _____ _____ _____	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног

22. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй

23. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?

1. Өрхийн эмнэлэгт
2. Сумын эмнэлэгт
3. Хувийн эмнэлэгт
4. Аймгийн эмнэлэгт
5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
6. Гэрт:
 - o Эмчийн заавраар
 - o Өөрсдөө

24. Хүүхэд эндсэн газар:

1. эмнэлэгт
2. гэрт
3. хээр, гадаа
4. тээврийн хэрэгсэлд
5. бусад _____

25. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

26. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?

1. Тийм;
2. Үгүй

27. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:

1. 1-р шатлал (сум/өрх)→2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал (сум/өрх)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)→1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)
5. Хувийн эмнэлэг→Улсын эмнэлэг
6. Бусад: _____

28. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:

1. дунд;
2. хүндэвтэр;
3. хүнд;
4. маш хүнд

29. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:

1. Сэхээн амьдруулалт
2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
3. Судсаар дусал шингэн залгасан
4. Антибиотик
5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд

- 8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
- 9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
- 10. Стеройдууд
- 11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
- 12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
- 13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
- 14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
- 15. Мэс засал
- 16. Бусад _____

30. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: хоног цаг минут

31. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:

- 1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
- 2. Яаралтай тусламжийн тасаг
- 3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____

32. Эмнэлзүйн онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу): _____

33. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

34. Эмгэг судлалын онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

35. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

36. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

• 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн) _____

• 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____

• 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн) _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

A/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-32

29 ХОНОГ - 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Ерөнхий мэдээлэл:

- Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
- Мэдээлсэн эмнэлгийн нэр: _____
- Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____
- Мэдээлсэн огноо: ____ он ____ сар ____ өдөр

Гэрийн хаяг:

- Хүүхдийн гэрийн хаяг: Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
Баг/хороо: _____
- Холбоо барих утас:

Эцэг, эхийн мэдээлэл:

- Эцгийн овог, нэр: _____
- Эцгийн нас:

--	--
- Эхийн овог, нэр: _____
- Эхийн нас:

--	--
- Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)
- Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
- Эцэг, эх нь ураг төрлийн холбоотой эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- Хэрэв тийм бол тодруулна уу.
 - Төрсөн ах дүүс
 - Төрсөн ах дүүсийн хүүхдүүд
 - Бусад _____

Хүүхдийн мэдээлэл:

- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Хүүхдийн нас:

--	--
- Хүйс: 1. Хүү 2. Охин 3. Тодорхойгүй
- Хүүхдийн төрөх үеийн жин: _____ (гр)
- Хүүхдийн төрөх үеийн өндөр: _____ (гр)
- Хүүхэд дутуу төрсөн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- Хэрэв тийм бол төрсөн үеийн тээлтийн нас: _____ долоо хоног

--	--
- Хүүхэд ихэр эсэх: 1. Нэг 2. Хоёр ихэр 3. Гурав ба түүнээс олон ихэр

Төрөлхийн хөгжлийн гажгийн мэдээлэл:

- Төрөлхийн хөгжлийн гажиг оношлогдсон: ____ он ____ сар ____ өдөр
- Оношлогдсон төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

- _____
- _____
- _____
- _____

e
f
g
h
i
j

20. Хүүхэд эндсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

21. Хэрэв тийм бол хүүхэд эндсэн: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

22. Эндсэн шалтгаан:

23. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

24. Эмгэг судлалын шинжилгээнд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

a
b
c
d
e
f
g
h
i
j

25. Нэмэлт тайлбар:

A1. Эмнэлгийн нэр:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-33

ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ ХУУДАС

Эрэмбэлэн ангилал

A	B	C	D
---	---	---	---

A2. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ A3. Нэр _____ A4. РД

A5. Нас

A6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

A10. Боловсролын байдал	
Боловсролгүй	01
Бага	02
Суурь боловсрол	03
Бүрэн дунд	04
Мэргэжлийн болон техникийн	05
Дипломын	06
Бакалавр	07
Магистр	08
Доктор	09

A14. Өөр эмнэлэгт хандсан эсэх	
Өрх ЭМТөв	1
Сум, тосгон, сум дундын ЭМТ	2
Аймаг, Дүүргийн НЭ	3
БОЭТ	4
Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг	5
Бусад	98

A7. ТОГТМОЛ ХАЯГ:

A8. УТАС _____

A9. АЖЛЫН ГАЗАР, АЛБАН ТУШААЛ

A11. Эмнэлэгт яаж ирсэн	
Өөрөө	1
Түргэн тусламжаар	2
Бусад _____	98

15. Гэмтсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			
16. Үзүүлсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			

A12. Гэмтэл авах үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>Тийм</td><td>1</td></tr> <tr><td>Үгүй</td><td>2</td></tr> </table>	Тийм	1	Үгүй	2	A13. Гэмтэл авах үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>Тийм</td><td>1</td></tr> <tr><td>Үгүй</td><td>2</td></tr> </table>	Тийм	1	Үгүй	2	A17. Осол болсон газар, байршил /дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/ <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Тийм	1									
Үгүй	2									
Тийм	1									
Үгүй	2									

Б 1. ОСОЛ ГАРАХ ҮЕИЙН БАЙРШИЛ			
Гэртээ	1	Ажлын байранд	8
Сургууль, цэцэрлэг	2	Барилга	9
Биеийн тамир, спортын талбай	3	Уурхай	10
Гудамж, зам	4	Албан тасалгаа	11
Худалдаа үйлчилгээний газар	5	Бусад / бичих / _____	98
Хөдөө аж ахуй ба ферм	6	Тодорхойгүй	99
Олон нийтийн газар (бар, диско)	7		

Б 2. ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ШАЛТГААН					
Зам тээврийн осол /V00-V99/	1	Амьтат механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах	17		
Хүчирхийлэл /X85-Y09/	2	Нохойд хазуулах	18		
Амиа хорлохыг завдах /X60-X84/	3	Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____	19		
Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах	Цас, мөсөн дээр хальтарч унах	4	Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/ _____	20	
	Явганаас унах	5	Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/ _____	21	
	Тэшүүр, цанаар гулгаж үед унах	6	Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/ _____	22	
	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхэгдэн унах	7	Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/	23	
	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/	8	Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах	Цахилгаан гүйдэл	24
	Спортын хэрэгслээс унах	9		Гал, дөлд	25
	Шат, гишгүүрээс унах	10		Халуун цай, хоол, тосонд	26
	Барилга, байгууламжаас унах	11		Халуун усанд	27
	Бусад уналт /бичих/ _____	12		Халуун уур, агаар, хийнд	28
	Тодорхойгүй уналт	13		Ахуйн халуун хэрэгсэлд	29
Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/ бүлгээс харах	Хурц зүйл /бичих/ _____	14		Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур	30
	Мохоо зүйлд /бичих/ _____	15		Бусад түлэгдэл _____	31
	Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, сальют гэх мэт бичих/ _____	16		Тодорхойгүй	98
		Бусад осол /бичих/ _____		99	
		Тодорхойгүй осол _____	99		

ХӨДӨЛГӨӨН ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/
 Гэрийн хаяг: _____
 Амьдралын нөхцөл: _____
 Ажил эрхлэлт, ажлын нөхцөл: _____
 Зовуурь: _____
 Өвчин эхэлсэн шалтгаан: _____
 Шинжилгээний дүгнэлт /MRI, CP, X-Ray/: _____
 Үндсэн онош (ICD-10): _____ РТ/онош (ICF): _____
 Өвчин эхэлсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр Эмнэлэгт хэвтсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр
 Үнэлгээ хийсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр ХЗЭ дууссан: _____ он _____ сар _____ өдөр
 Эмнэлгээс гарсан:он.....сар.....өдөр

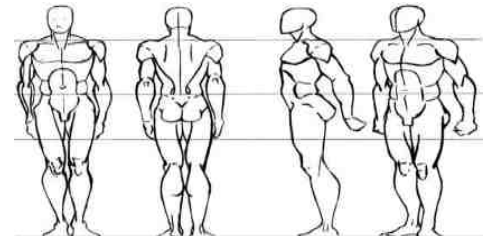
/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭӨ/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 0-өвдөлтгүй
- 1-2 маш бага өвдөлт
- 3-4 бага өвдөлт
- 5-6 дунд зэргийн өвдөлт
- 7-8 их өвдөлт
- 9-10 маш их өвдөлт

/Өвдөлтийн үнэлгээ-ЭД/

0 1 3 4 5 6 7 8 9 10



Өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар /Modified Barthel Index/

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Нилээд тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөх уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэнцвэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15
Нийт оноо/хувь					

Төрх байдлын анализ:

.....

Алхааны анализ:

.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч	Үений далайц	Үе холбоос	Далайц	Булчингийн хүч	Үений далайц
Баруун				Зүүн	
		Мөрний үе	Нугалах	0-180	
			Тэнийлгэх	0-60	
			Холдуулах	0-180	
			Ойртуулах	0-45	
			Гадагш эргүүлэх	0-90	
			Дотогш эргүүлэх	0-90	
		Тохойн үе	Нугалах	0-150	
			Тэнийлгэх	0-10	
		Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90	
			Алга дээш харуулах	0-80-90	
		Бугуйн үе	Нугалах	0-80	
			Тэнийлгэх	0-70	
		Түнхний үе	Нугалах	0-120	
			Тэнийлгэх	0-30	
			Холдуулах	0-45	
			Ойртуулах	0-30	
			Гадагш эргүүлэх	0-45	
			Дотогш эргүүлэх	0-35	
		Өвдөгний үе	Нугалах	0-135	
			Тэнийлгэх	0	
		Шагайн үе	Ээтиллгэх	0-20	

Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах: _____

Богино хугацааны зорилго: _____

Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа: _____

Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө: _____

Хийгдсэн эмчилгээ: _____

ХӨДӨЛМӨР ЗАСЛЫН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: Эрэгтэй, Эмэгтэй /зур/
Үндсэн онош (ICD-10): _____ Хөдөлмөр засалчийн онош (ICF): _____

Modified Barthel Index (өдөр тутмын үйл ажиллагааны чадвар)

	Гүйцэтгэж чадахгүй	Их тусламжтай	Дунд зэргийн тусламжтай	Бага зэргийн тусламжтай	Бүрэн бие даасан
Хувийн ариун цэвэр	0	1	3	4	5
Усанд орох	0	1	3	4	5
Хооллох	0	2	5	8	10
Бие засах	0	2	5	8	10
Шатаар өгсөж уруудах	0	2	5	8	10
Хувцаслах	0	2	5	8	10
Шээх үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Баах үйл ажиллагааг хянах	0	2	5	8	10
Алхах	0	3	8	12	15
Тэргэнцэртэй явах	0	1	3	4	5
Шилжих хөдөлгөөн хийх	0	3	8	12	15

Нийт оноо:.....

Үений далайц, булчингийн хүчний хэмжилт

Булчингийн хүч	Үений далайц	Үе холбоос	Далайц	Булчингийн хүч	Үений далайц
Баруун		Мөрний үе	Нугалах	0-180	Зүүн
			Тэнийлгэх	0-60	
			Холдуулах	0-180	
			Ойртуулах	0-45	
			Гадагш эргүүлэх	0-90	
			Дотогш эргүүлэх	0-90	
			Тохойн үе	Нугалах		0-150
			Тэнийлгэх	0-10	
		Шуу	Алга доош харуулах	0-80-90	
			Алга дээш харуулах	0-80-90	
		Бугуйн үе	Нугалах	0-80	
			Тэнийлгэх	0-70	
		Түнхний үе	Нугалах	0-120	
			Тэнийлгэх	0-30	
			Холдуулах	0-45	
			Ойртуулах	0-30	
			Гадагш эргүүлэх	0-45	
			Дотогш эргүүлэх	0-35	
		Өвдөгний үе	Нугалах	0-135	
			Тэнийлгэх	0	
		Шагайн үе	Ээтийлгэх	0-20	
			Жийх	0-50	

1. Бэрхшээлтэй асуудлыг тодорхойлж жагсаах:

.....
.....
.....
.....

2. Богино хугацааны зорилго:

.....
.....
.....
.....

3. Урт хугацааны дараа хүрэх үр дүнгийн зорилго, хугацаа:

.....
.....
.....
.....
.....

4. Хөдөлмөр засал эмчилгээний төлөвлөгөө:

.....
.....
.....
.....
.....

5. Хийгдсэн эмчилгээ:

.....
.....
.....
.....

Хөдөлмөр засалч /Ахуй засалч/: _____

20 оны сарын өдөр

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-36

**БҮХ НИЙТЭЭР ТЭМДЭГЛЭХ БАЯР, ТЭМДЭГЛЭЛТ ӨДРИЙН АМРАЛТЫН ҮЕИЙН ЭМНЭЛГИЙН
 ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭГ МЭДЭЭЛЭХ БҮРТГЭЛ**

№	Үзүүлэлт		№	Өрх сумын	Аймаг,	Төв эмнэлэг,	Бусад	Нийт дүн			
				эрүүл мэндийн төв	дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	тусгай мэргэшлийн төвүүд					
А	Б		В	1	2	3	4	5			
1	Төрсөн эхийн тоо		1								
2	Амьд төрсөн нярай		2								
3	Амьгүй төрсөн хүүхэд		3								
4	Нас барсан хүний тоо		4								
5	Үүнээс: эмнэлэгт		5								
6	Хоног болоогүй нас баралт		6								
7	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл		7								
8	1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл		8								
9	Осол гэмтлийн улмаас нас барсан хүний тоо		9								
10	Үүнээс	Зам тээврийн ослоор		10							
		Хөлдөлт, осголт		11							
		Хордлогоор	Архины шалтгаант		12						
			Хоолны		13						
			Бусад		14						
Бусад ослоор		15									
11	Амбулаторын нийт үзлэг		16								
12	Үүнээс: Томуу, томуу төст өвчний учир		17								
13	Хүлээн авах, яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлсэн иргэдийн тоо	Насанд хүрэгчид	Нийт		18						
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		19					
				Хордлого	Архи		20				
					Хоол		21				
			Осол гэмтэл	Авто осол		22					
				Түлэгдэлт		23					
				бусад гэмтэл		24					
			Буцаасан		25						
			Нас барсан		26						
		Хүүхэд	Нийт		27						
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		28					
				Томуу, томуу төст өвчин, амьсгалын замын өвчлөл		29					
				Хордлого		30					
			Осол гэмтэл	Авто осол		31					
				Түлэгдэлт		32					
				бусад		33					
			Буцаасан		34						
Нас барсан			35								
Томуу, амьсгалын замын өвчний амбулаторийн үзлэгт эзлэх хувь		36									
14	Түргэн тусламжийн	Нийт		37							
		Хүүхэд	0-5 насны хүүхдийн томуу, амьсгалын замын өвчлөл		38						
			Хордлого		39						
			Халдварт өвчин		40						
		Нийт		41							
		ИД	ОЛ	ЛГЭ	Архи	42					

	дуудлагын тоо	Насанд хүрэг	ᠣ	ᠪ	Хоол	43					
					Төрөх	44					
					Халдварт өвчин	45					
					Бусад	46					
					Эмч очихоос өмнө нас барсан	47					
15	Орон нутаг гарсан олныг хамарсан аюулд өртсөн хүний тоо			Осол, гэмтэл	48						
				Хордлого	49						
				Түлэгдэл	50						
				Үер, усны аюул	51						
				Нас баралт	52						
16	Зоонозын өвчний сэжигтэй тохиолдол				53						

Мөрийн дагуу: 9= (10+11+12+13+14+15)

СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ, ХЯНАЛТЫН КАРТ (СҮ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Үргэлжлэх шатны эмчилгээний горим, тун

Бүлэг 1,3				Бүлэг 2				Өвөрмөц горим					
(2)H	R	E	Z	(3)H	R	E	Z	(2)S	()H	R	E	Z	S

Эмнэлзүйн үечилсэн дүгнэлт:

Эмчилгээний 2 дахь сард	Эмчилгээний 3 дахь сард	Эмчилгээний 5 дахь сард	Эмчилгээний төгсгөлд

Үргэлжлэх шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл:

Сар	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	Гаж нөлөөний илрэл	Тэмдэглэл

X- хяналттай уулгасан O- хяналтгүй T- эм уугаагүй

Хавьтлын талаарх мэдээлэл: Өрхийн хавьтлын тоо ____

Хэн болох	Эцэг, эхийн нэр, өөрийн нэр	РД	Нас Хүйс	БЦЖ Сорви	Рентгений дүгнэлт	Сорил /мм/	Цэрний шинжилгээ

Эмчилгээний үр дүн	Огноо
Эдгэрсэн	
Эмчилгээ дуусгасан	
Нас барсан (сүрьеэгээр, бусад шалтгаанаар)	
Үр дүнгүй	
Хяналт алдагдсан	
Дүгнэгдээгүй	
ЭТС-д шилжсэн	
Онош өөрчлөгдсөн	
Эм тохиороогүй	

Хяналтаас хассан огноо: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмчийн гарын үсэг: _____

СУРЬЕЭГИЙН ҮҮСГЭГЧИЙГ ТҮРХЭЦ, ХPERT АРГААР ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Илгээсэн эмнэлгийн нэр: Огноо: он.....сар.....өдөр

Эцэг /эх/-ийн нэр:..... Өөрийн нэр:..... Нас:..... Хүйс:.....

Оршин суугаа хаяг:

РД:

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

 Утасны дугаар:/.....

<input type="radio"/> Оношилгооны шинэ	<input type="radio"/> Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдсэн		<input type="radio"/> Эмчилгээний хяналт
<input type="radio"/> ЭТС-ийн хавьтал	<input type="radio"/> Бүлэг I <input type="radio"/> Бүлэг II <input type="radio"/> Бүлэг IV	<input type="radio"/> Эдгэрсэн <input type="radio"/> Эмч дуусгасан <input type="radio"/> Үр дүнгүй <input type="radio"/> Хяналт алдагдсан <input type="radio"/> Дүгнэгдээгүй <input type="radio"/> Үр дүн тооцоогүй	<input type="radio"/> Бүлэг I <input type="radio"/> Бүлэг II <input type="radio"/> Бүлэг IV Хяналтын сар:..... Бүртгэлийн дугаар:.....

Шинжлэгдэхүүний төрөл: Цэр Цэрнээс бусад:.....

Цэр бол: Шүлс Салсархаг Идээрхэг Цустай

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо: он..... сар.... өдөр Шинжлэгдэхүүн илгээсэн огноо: он..... сар.... өдөр

Шинжилгээний хүсэлт: Түрхэц Хpert MTB/RIF

Илгээсэн эмчийн нэр:.....

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо: он..... сар.....өдөр Гарын үсэг:.....

Шинжилгээний дугаар:

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

Түрхэцийн шинжилгээний хариу:

Шинжлэгдэхүүн	Шинжилгээний хариу					Огноо	Гарын үсэг
	Сөрөг	Цөөн эерэг	+	++	+++		
1							
2							

Хpert MTB/RIF шинжилгээний хариу:

Хариу	M.tuberculosis илэрсэн байдал	Рифампицинд тэсвэржилт	Огноо	Гарын үсэг
Илэрсэн	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Илрээгүй	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

СҮРЬЕЭГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ, ЭМЭНД МЭДРЭГ ЧАНАР ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Илгээсэн эмнэлгийн нэр:.....

Огноо: он.....сар.....өдөр

Эцэг /эх/-ийн нэр:..... Өөрийн нэр:..... Нас:..... Хүйс:.....

Оршин суугаа хаяг:

РД:

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

Утасны дугаар:/.....

<input type="radio"/> Оношилгооны шинэ	<input type="radio"/> Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдсэн	<input type="radio"/> Эмчилгээний хяналт
<input type="radio"/> ЭТС-ийн хавьтал	<input type="radio"/> Бүлэг I <input type="radio"/> Бүлэг II <input type="radio"/> Бүлэг IV	<input type="radio"/> Эдгэрсэн <input type="radio"/> Эмч.дуусгасан <input type="radio"/> Үр дүнгүй <input type="radio"/> Хяналт алдагдсан <input type="radio"/> Дүгнэгдээгүй <input type="radio"/> Үр дүн тооцоогүй
		<input type="radio"/> Бүлэг I <input type="radio"/> Бүлэг II <input type="radio"/> Бүлэг IV Хяналтын сар:..... Бүртгэлийн дугаар:.....

Шинжлэгдэхүүний төрөл: Цэр Цэрнээс бусад:.....

Цэр бол: Шүлс Салсархаг Идээрхэг Цустай

Шинжлэгдэхүүн цуглуулсан огноо:/...../..... Шинжлэгдэхүүн илгээсэн огноо:/...../.....

Шинжилгээний хүсэлт	<input type="checkbox"/> Түрхэц	<input type="checkbox"/> Өсгөвөр	<input type="checkbox"/> ЭМЧТ	<input type="checkbox"/> Эгнээ 1
	<input type="checkbox"/> Хpert MTB/RIF	<input type="checkbox"/> Хатуу	<input type="checkbox"/> Шингэн	<input type="checkbox"/> Эгнээ 2

Илгээсэн эмчийн нэр:.....

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Хүлээн авсан огноо:/...../.....

Гарын үсэг:.....

Шинжилгээний дугаар:

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

Түрхэцийн шинжилгээний хариу:

Шинжлэгдэхүүн	Шинжилгээний хариу					Огноо	Гарын үсэг
	Сөрөг	Цөөн зэрэг	+	++	+++		
1							
2							

Хpert MTB/RIF шинжилгээний хариу:

Хариу	M.tuberculosis	Риф.тэсвэржилт	Тооцох боломжгүй	Огноо	Гарын үсэг
Илэрсэн	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Илрээгүй	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Өсгөвөрлөх шинжилгээний дүн:

Шингэн тэжээлт

Хатуу тэжээлт

Огноо	Сорьц	Сөрөг	Цөөн зэрэг	+	++	+++	Бохирдсон	Огноо	Гарын үсэг
	1								
	2								

Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний хариу

Шингэн тэжээлт

Хатуу тэжээлт

LPA (HAIN)

Огноо	H	R	E	S	Am	Km	Cpm	Of	FQ	Km/Am/Cp m	Km/Cpm/V IO	Km/Am/VO	Low/level Km	Тооцох боломжгүй

ЭМЧТШ хариу гарсан огноо:он.....сар.....өдөр

Эмчийн гарын үсэг:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СУ-13

ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН КАРТ

..... Сүрьеэгийн диспансерт

Өвчний түүхийн №: _____

Өвчтөний РД:

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

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Өөрийн нэр: _____

Нас: ___ Хүйс: Эр Эм

Гэрийн хаяг: _____

Ажил, албан тушаал: _____

Үндсэн онош: _____

_____,

А	1		
---	---	--	--

Хавсарсан онош: _____

Тохиолдлын тодорхойлолт:

- Шинэ
- Дахилт
- Эмчилгээ үр дүнгүй болсоны дараах
- Хяналт алдагдсаны дараах
- Бусад /Өмнөх эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй/
- Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй

Сүрьеэгийн хэлбэр:

- Уушгины
- Уушгины бус



Огноо

Он/сар/өдөр

Өвчний шинж тэмдэг
анх илэрсэн: ____/____/____

Эмчид анх үзүүлсэн ____/____/____

ХДХВ-ийн халдварын байдал

Шинжилгээнд хамрагдсан эсэх?

- Тийм Үгүй Тодорхойгүй

Огноо: ____/____/____ Хариу:

Рентген шинжилгээний дүгнэлт

Шинжилгээний хариу ба биеийн жин:

Эмчилгээний (эрчимт шат) горим, тун

Бүлэг 1,3					Бүлэг 2					Өвөрмөц бүлэг					12 сарын		
(2)Н	Н	Е	З	(Е)	ЗН	Н	Е	З	С	()Н	Н	Е	З	С	2Н	Н	С

Сар	Түрхэц			Өсгөвөр			ЭМЧШ	Жин
	Огноо	Дугаар	Хариу	Огноо	Дугаар	Хариу		
0								
2								
3								

СҮРЬЕЭГИЙН ЛАБОРАТОРИЙН ГАДААД ЧАНАРЫН ХЯНАЛТЫН ЭРГЭХ ХОЛБООНЫ ХУУДАС

Лабораторийн нэр: _____

Тайлант хугацаа:оны-р улирал

Лаборантын нэр: _____

Тайланг илгээсэн огноо: ____/____/____

Шалгагчийн дүн	Лаборантын дүн					Нийт шалгасан түрхцийн тоо
	0	Цөөн эерэг	1+	2+	3+	
0						
Цөөн эерэг						
1+						
2+						
3+						
Нийт шалгасан түрхцийн тоо						

Алдааны ангилал		Тоо	Алдаатай түрхцийн дугаар
Том алдаа	ХТ(+)		
	ХТ(-)		
Жижиг алдаа	ХЖ(+)		
	ХЖ(-)		
	Тоон алдаа		
Дүн			

Бүх тохирсон түрхцийн хувь	
Эерэг түрхцийн тохироо	
Сөрөг түрхцийн тохироо	

Хуурамч сөрөг түрхцийн хувь	
Хуурамч эерэг түрхцийн хувь	

Түрхцийн техник үзүүлэлтүүд

Нийт шалгасан түрхцийн тоо					
Үүнээс		Сайн		Муу	
		Түрхэцийн тоо	%	Түрхэцийн тоо	%
Сорьцын чанар					
Будалт				Дууту	
Цэвэр байдал					
Зузаан, нимгэн				Нимгэн	
Хэмжээ				Том	
Жигдлэлт					

Шинжилгээг сайжруулах талаар өгсөн зөвлөмж:

Тайлан гаргасан эмчийн нэр, албан тушаал:

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ

Карт нээсэн эмнэлэг: _____

Бүртгэлийн дугаар: _____

Бүртгэлийн огноо: ____/____/____

Эмчилгээ эхэлсэн огноо: ____/____/____

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____

Өөрийн нэр: _____

Нас: ____ Хүйс: Эр Эм

РД: _____

Утасны дугаар: _____

Гэрийн хаяг: _____

Ажил, албан тушаал: _____

Үндсэн онош: _____

, ОУӨА: А1 _____

Хүндрэл: _____

Хавсарсан онош: _____

Тохиолдлын тодорхойлолт:

- Шинэ
- Дахилт
- I бүлгийн эмчилгээ үр дүнгүй
- II бүлгийн эмчилгээ үр дүнгүй
- 2,3 дахь сард сөрөгт шилжээгүй
- ЭТС-ийн эмчилгээ үр дүнгүй
- ЭТС-ийн дахилт
- Бусад

Биеийн жин: _____ өндөр: _____ БЖИ: _____

I эгнээний эмэнд мэдрэг чанар тодорхой шинжилгээ

Хариу гарсан огноо	Лаб. дугаар	Хариу

ЭТС-ийн хавьтал эсэх:

Тийм Үгүй



Өмнөх эмчилгээний түүх

№	Эмчилгээ эхэлсэн огноо	Бүлэг/горим	Үр дүн

Өмнө II эгнээний эмийг 1 сараас дээш хугацаагаар хэрэглэсэн эсэх? Тийм / Үгүй / Мэдэхгүй
 Хэрэв тийм бол хэрэглэсэн эмийн доогуур зур

Эмийн нэр, товчлол

H=Изониазид Pto=Протионамид Bdq=Бедаквилин
 R=Рифампицин Eto=Этионамид Clr=Кларитромицин
 E=Этамбутол Lfx=Левофлоксацин Cfz=Клофазамин
 S=Стрептомицин Mfx=Моксифлоксацин Dlm=Деламанид
 Z=Пиразинамид Ofx=Офлоксацин Imp=Имипенем
 Am=Амикацин Gfx=Гатифлоксацин Lzd=Линезолид
 Km= Канамицин Cs=Циклосерин Mpm=Мерипенем
 Cm=Капреомицин Pas=Паск

Шилжиж ирсэн эсэх:	Хаанаас?
<input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй	

Зөвлөгөөний шийдвэр

Огноо	Шийдвэр

ХДХВ-ийн тухай мэдээлэл

ХДХВ-ийн шинжилгээ хийлгэсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/, Мэдэхгүй
Шинжилгээ хийсэн огноо: ____/____/____ Хариу:
РВЭЭ хийсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/ Огноо: 20 ____/____/____
КС хийсэн эсэх: / /Тийм/, /Үгүй/ Огноо: 20 ____/____/____

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СҮРЬЕЭТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ (ЭТС-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Эмчилгээний горим /өдрийн тун/

Огноо	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Pto	Eto	Cs	Pas	Imp	Cfz	Lzd	Bdq	Dlm	Amx/Cv		

Эм уулгасан тэмдэглэл

Эмчилгээний сар	Хуанлийн огноо	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	Жин	Хянасан хүний гарын үсэг					
0																																							
1																																							
2																																							
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							
11																																							
12																																							
13																																							
14																																							
15																																							
16																																							
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							
21																																							
22																																							
23																																							
24																																							

Эм уулгасан тэмдэглэл: Х-Шууд хяналттай, О-Хяналтгүй, Т-Эм уугаагүй

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-4

**Шинжилгээний хариуны маягт
ТЭМБҮҮГИЙН ҮҮСГЭГЧ ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН**

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх						
Төрөл	ФХЭБУ		Наалдуулах			ПГУ	
Аргачлал	Үйлдвэрлэгчийн заавар		Үйлдвэрлэгчийн заавар			Үйлдвэрлэгчийн заавар	
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр	нас		эрэгтэй		эмэгтэй		
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх		үгүй тийм
Тасаг	Өвчний түүхийн дугаар						
Үзлэгийн төрөл/код	Хүн амын бүлэг/код						
Онош							
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан				
Төрөл	Цус				Ийлдэс		
Дугаар			Хэмжээ				
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо		20... он...сар ...өдөр		

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	RPR	negative		
2.	RPR титр	-		
3.	ТРНА	negative		
4.	Anti-syphilis IgG	negative		
5.	Anti-syphilis IgM	negative		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо:

Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:

Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-5

Шинжилгээний хариуны маягт
ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	ХДХВ ½-н халдвар илрүүлэх						
Төрөл		Хурдавчилсан		Наалдуулах		ФХЭБУ	
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог				Нэр			
Регистр		нас		эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ өгөлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг				Өвчний түүхийн дугаар			
Үзлэгийн төрөл/код				Хүн амын бүлэг/код			
Онош							
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага				Хүлээн авсан байгууллага			
Төрөл	Цус				Ийлдэс		
Дугаар			Хэмжээ				
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр			Лабораторит сорьц хүлээн авсан огноо		20... он...сар ...өдөр	

Шинжилгээний дүн:

№	Шинжилгээний төрөл	Лавлах хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1.	Anti HIV1/2	Сөрөг		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо:..... Дууссан огноо:

Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:

Хянасан: Лабораторийн эмч:.....

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт БЗДХ-6

Шинжилгээний хариуны маягт
Нян судлалын лабораторийн шинжилгээний дүн

Шинжилгээний мэдээлэл							
Зорилго	БЗДХ-ын үүсгэгч илрүүлэх						
Төрөл	Наац		Өсгөвөр		Ньюжентийн шалгуур		
Аргачлал				Үйлдвэрлэгчийн заавар			
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл							
Овог			Нэр				
Регистр			нас	эрэгтэй		эмэгтэй	
Шинжилгээ егэлт	анх		давтан		Жирэмсэн эсэх	үгүй	тийм
Тасаг	13 А маягтын дугаар						
Үзлэгийн төрөл/код				Хүн амын бүлэг/код			
Сорьцын мэдээлэл							
Илгээгч байгууллага			Хүлээн авсан				
Төрөл	Ялгадас			Бусад			
Сорьцын дугаар							
Сорьц авсан огноо	20... он...сар ...өдөр		Лабораторид сорьц хүлээн авсан огноо		20... он...сар ...өдөр		
Онош							

Наацын шинжилгээний дүн:

Шинжлэгдэхүүн	Эрэгтэй шээсний сүв	Эмэгтэй	
		Үтрээнд	Умайн хүзүүний суваг
Хучуур эс			
Цагаан эс			
Грам /-/ диплококк			
Трихомонад			
Кокк			
Мөөгний эс			
Савханцар			
Түлхүүр эс			

Ньюжентийн шалгуур:

Элементүүд	Тоо
Лактобацилл	
Гарднерелла	
Мобилункус	
Нийт дүн	
Хариу	

Өсгөвөр шинжилгээний дүн:

№	Үзүүлэлт	Лавлах хэмжээ	Үр дүн
1	Neisseria gonorrhoeae	Сөрөг	
2	Candidas	Сөрөг	

Антибиотик мэдрэг чанар:

Үүсгэгч:					
Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн	Антибиотик	Дүн
Azithromycin		Cefotaxime		Ofloxacin	
Benzyl Penicillin		Ciprofloxacin		Spectinomycin	
Ceftriaxone		Nalidixic Acid		Tetracycline	

Тайлбар: S-мэдрэг, I- дунд мэдрэг, R- тэсвэртэй

Шинжилгээ хийсэн: Техникч Хариу гарсан огноо:.....

Баталгаажуулсан: Эмнэл зүйн эмгэг судлаач эмч

Эмнэлгийн нэр:.....

БЗДХ-ЫН ХЯНАЛТЫН КАРТ №

Код: _____ Регистрийн дугаар: _____ Карт нээсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

Хүйс /зур/: эрэгтэй / эмэгтэй _____ Төрсөн он..... _____ Нас..... _____

Гэрлэлтийн байдал /код бичих/ _____

Боловсрол /код бичих/ _____

Хөдөлмөр эрхлэлт /код бичих/: _____

Хөдөлмөр эрхэлдэггүй шалтгаан /код бичих/: _____

Гэрийн хаяг: Утас:

Эмэгтэйд:		
Үйлчлүүлэгч ямар нэгэн зовиуртай эсэх:	тийм / үгүй	
Бодит үзлэг		
Үтрээнээс хэвийн бус ялгадас гардаг эсэх:	тийм / үгүй	
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:	тийм / үгүй	
Ялгадас нь үнэртэй эсэх:	тийм / үгүй	
	Тууралт байгаа бол: толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
	Бэлэг эрхтэний үзлэг:	
	Бэлэг эрхтэний орчим улайж, хавагнасан эсэх: тийм / үгүй	
Бэлгийн их бага уруул үрэвссэн эсэх:	тийм / үгүй	
Бэлэг эрхтэн орчимд хорсох:	тийм / үгүй	
Бэлэг эрхтэн орчимд загатнах:	тийм / үгүй	
		Үтрээний ялгадасны байдал
Хэвлийн доод хэсгээр өвддөг эсэх:	тийм / үгүй	
Тууралт байгаа бол:	толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
Бусад	Хаана:	
Бэлэг эрхтэн дээр шарх гарсан эсэх:	тийм / үгүй	
Шарх байгаа бол:	зөв дугуй, зуйван, зөв бус хэлбэртэй, зовиуртай, зовиургүй	
Шархны шинж:	зовиуртай, зовиургүй	
Зах ирмэг:	тэгш, тэгш бус	
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:	тийм / үгүй	
Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:	тийм / үгүй	
Томорсон бол:	хөдөлгөөнтэй, хөдөлгөөнгүй, эмзэглэлтэй	
Тогтоц:	зөөлөн, хатуу, хатуувтар	
Орчны эдтэй наалдсан эсэх:	тийм / үгүй	
Тууралт гарсан бол хаана?	Толины үзлэг:	
Тууралтын шинж:	зовиуртай, зовиургүй	
Үтрээний хана улайж үрэвссэн эсэх:	тийм / үгүй	
Бусад: (үс унах, арьс цайх)	Арын хүнхрээ улайж үрэвссэн эсэх:	
Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:	тийм / үгүй	
Эрсдэлийн үнэлгээ:	Умайн хүзүүний байдал	
		Улайж үрэвссэн эсэх:
		Шалбархай үүссэн эсэх:
Гарч буй ялгадасны байдал:	тийм / үгүй	
Хэвлийн доод хэсгийг тэмтрэхэд хөндүүртэй эсэх:	тийм / үгүй	
Жирэмсэн бол:	Жирэмсний хугацаа: _____ Төрөх хугацаа: _____	
Эрэгтэйд:		
Үйлчлүүлэгч ямар нэгэн зовиуртай эсэх:	тийм / үгүй	
Бодит үзлэг		
Шээсний сүвнээс ялгадас гарч байгаа эсэх:	тийм / үгүй	
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:	тийм / үгүй	
Шээсний сүвнээс бусад хэсгээс ялгадас гарч байгаа эсэх:	тийм / үгүй	
Тууралт байгаа бол:	толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад	
Ялгадас нь үнэртэй эсэх:	тийм / үгүй	
		Бэлэг эрхтэний үзлэг:
		Шээсний сувгаас ялгадас гарч байгаа эсэх:
Шээсний сувгийн амсар улайж хавагнасан эсэх:	тийм / үгүй	
Шээсний сувгийн ялгадас	Өнгө	
Шээхэд хорсож өвдөх:	тийм / үгүй	
Бэлгийн хавьтлын дараа хорсох:	тийм / үгүй	
		Шинж чанар
	Хэмжээ	

Шээс ойр ойрхон хүрэх:	тийм / үгүй	Тууралт байгаа бол:	толбо, гүвдрүү, цэврүүнцэр, шарх, шалбархай, ургацаг, бусад
Төмсөг хавдаж хөндүүрлэсэн эсэх:	тийм / үгүй	Шарх байгаа бол:	зөв дугуй, зуйван, зөв бус хэлбэртэй, зовиуртай, зовиургүй
Бусад		Хаана?	
Бэлэг эрхтэн дээр шарх гарсан эсэх:	тийм / үгүй	Зах ирмэг:	тэгш, тэгш бус
Шархны шинж:	зовиуртай / зовиургүй	Тогтоц:	зөөлөн, хатуу, хатуувтар
Арьс салстаар тууралт гарсан эсэх:	тийм / үгүй	Төмсөг, төмсөгний дайвар хавдаж томорсон эсэх:	тийм / үгүй
Тууралт гарсан бол хаана?		Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:	тийм / үгүй
Тууралтын шинж:	зовиуртай / зовиургүй	Томорсон бол:	хөдөлгөөнтэй, хөдөлгөөнгүй, эмзэглэлтэй
Бусад: (үс унах, арьс цайх)		Тогтоц:	зөөлөн, хатуу, хатуувтар
Тунгалагийн булчирхай томорсон эсэх:	тийм / үгүй	Орчны эдтэй наалдсан эсэх:	тийм / үгүй
Эрсдэлийн үнэлгээ:		Шулуун гэдэсний үзлэг:	

Өмнөх өвчлөлийн түүхтэй холбоотой мэдээлэл

Урьд нь БЗДХ-аар өвдсөн эсэх:	тийм / үгүй
Хэрэв өвдсөн бол: Эмчид үзүүлсэн	тийм / үгүй
Шинжилгээ хийлгэсэн	тийм / үгүй
Эмчилгээ хийлгэсэн	тийм / үгүй
Үр дүн гарсан эсэх	тийм / үгүй

Эмэнд харшилтай эсэх: тийм / үгүй

Тийм бол ямар эм:

Шинжилгээ.....

Онош /ӨУА-10/

Эмчилгээ
.....
.....
.....

Хавьтал судлал

Хавьтагчийг илрүүлсэн эсэх: тийм / үгүй

Үйлчлүүлэгчид бэлгийн хавьтагчийн хамт эмчилгээ хийлгэхийг санал болгосон эсэх: тийм / үгүй

Шаардлагатай тохиолдолд үйлчлүүлэгчийг дээд шатны эмч, эмнэлэгт илгээсэн эсэх: тийм / үгүй

Хаана:.....

Эмчийн гарын үсэг..... /Эцэг/эхийн нэр,өөрийн нэр/

Хяналт:

Он сар	Шинжилгээний хариу /RPR,TPHA/	Тэмдэглэл	Онош	Эмчийн гарын үсэг

Эмнэлгийн нэр

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

ТӨРӨЛХИЙН ТЭМБҮҮГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ, ХЯНАХ ХУУДАС

Мэдээлсэн байгууллага	Огноо	Мэдээлсэн эмчийн нэр	Албан тушаал
А хэсэг. Эхийн мэдээлэл			
Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр			Утасны дугаар
Регистрийн дугаар			Ажилгүй
Эхийн нас	Боловсрол: /код/ / /	Ажилтай	Ажилгүй
Гэрлэлтийн байдал: /код/ / /	<input type="checkbox"/> нөхөртэй, <input type="checkbox"/> нөхөргүй	<input type="checkbox"/> байнгын бэлгийн хавьтагчтай	<input type="checkbox"/> байнгын бэлгийн хавьтагчгүй
Үндсэн хаяг			
Оршин суугаа хаяг			
Эх барихын асуумж	Жирэмслэлтийн тоо		
	Хэд дэх төрөлт		
	Зулбалтын тоо		
	Дугуу төрөлтийн тоо		
	Үр хөндөлт		
Өмнөх өвчлөл (БЗДХ)-ийн асуумж		Хэдэн удаа	Хамгийн сүүлд хэзээ эмчлүүлсэн
	Тэмбүү		
	Заг хүйтэн		
	Хламид		
	Трихомониаз		
	Вируст халдвар	<input type="checkbox"/> бэлгийн херпес	<input type="checkbox"/> цитомегаловирусийн халдвар	☐ бэлгийн үү
Бусад			
Жирэмсний хяналт		Огноо, жирэмсний нед	Хаана
Эх жирэмсний хяналтанд байсан		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
Эх жирэмсний хугацаанд шилжилт хөдөлгөөн хийсэн		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
Жирэмсний хугацаанд тогтмол хяналтанд байсан		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
Хяналтанд хожуу орсон шалтгаан			
Хяналтанд ороогүй шалтгаан			
	Шинжилгээ	Огноо, жирэмсний нед	Хариу
Жирэмсний хяналтын эхний шинжилгээ	Хурдавчилсан сорил		
	RPR, титр		
	TPHA, титр		
	Ig M, Ig G		
	Бусад (бараан талбайд цайвар спирохет илрүүлэх)		
Жирэмсний хяналтын хоёрдахь шинжилгээ	Хурдавчилсан сорил		
	RPR, титр		
	TPHA, титр		
	Ig M, Ig G		
	Бусад (бараан талбайд цайвар спирохет илрүүлэх)		
Төрөх үеийн эхийн шинжилгээ	Хурдавчилсан сорил		
	RPR, титр		
	TPHA, титр		
	Ig M, Ig G		
	Бусад (бараан талбайд цайвар спирохет илрүүлэх)		
Нөхөр (бэлгийн хавьтагч)-ийн шинжилгээ	Хурдавчилсан сорил		
	RPR, титр		
	TPHA, титр		
	Ig M, Ig G		
	Бусад (бараан талбайд цайвар спирохет илрүүлэх)		
Онош тавих үеийн эмнэл зүй		<input type="checkbox"/> хатуу яр, <input type="checkbox"/> тунгалагийн булчирхайн үрэвсэл, <input type="checkbox"/> арьсны тууралт, <input type="checkbox"/> салстын тууралт, <input type="checkbox"/> нойтон гүвдрүү, <input type="checkbox"/> үс унах, <input type="checkbox"/> арьс цайх, <input type="checkbox"/> бусад	
Эхийн онош			
Эмчилгээ		Эмийн нэр, тун, горим	Огноо
Эх эмчлэгдсэн эсэх	Эмчилгээний эхний тунг хийлгэсэн		
	Эмчилгээний 2 тунг хийлгэсэн		
	Эмчилгээ бүрэн хийлгэсэн		
	Бусад эмээр эмчлэгдсэн		
Нөхөр (бэлгийн хавьтагч) эмчлэгдсэн эсэх	Эмчилгээний эхний тунг хийлгэсэн		
	Эмчилгээний 2 тунг хийлгэсэн		
	Эмчилгээ бүрэн хийлгэсэн		
	Бусад эмээр эмчлэгдсэн		

Б хэсэг. Хүүхдийн мэдээлэл			
Нас			
Хүйс			
Биеийн жин, өндөр			
Төрөлтийн байдал, Алгарын үнэлгээ			
Эмнэл зүй			
Ургийн тэмбүүтэй холбоотой илэрсэн эмгэг өөрчлөлт	Тэмбүүгийн төрх /Hapitus syphiliticus/	арьс зулгарсан	
		хөгшин хүнийх шиг царайтай	
		туранхай	
		мөчид нарийн	
		гэдэс цондгор	
	толгой том		
	Хүйн венийн судасны үрэвсэл		
	Арьсны өөрчлөлт		
	Уушигны цагаан хатгалгаа /Белая пневмония/		
	Элэгний үрэвсэл /Гепатит/		
	Дэлүү томрох /Спленомегалия/		
	Нефрит		
	Тархины хаван /Отек головного мозга/		
	Менингит		
Миокардит			
Яс, үений үрэвсэл /Остеохондрит/			
Бусад			
Эрт үеийн төрөлхийн тэмбүүтэй холбоотой илэрсэн эмнэл зүйн шинж тэмдэг	Тэмбүүгийн төрх /Hapitus syphiliticus/	арьс зулгарсан	
		хөгшин хүнийх шиг царайтай	
		туранхай	
		мөчид нарийн	
		гэдэс цондгор	
	толгой том		
	Тэмбүүгийн цэврүүтэлт		
	Хамрын шуухинаа		
	Гохзингерийн түгээмэл гүвдрүүт нэвчдэс		
	Систогийн хам шинж		
	Арьсны тууралт		
	Тунгалагийн зангилаа томрох		
	Яс, үений үрэвсэл /гепатоспленомегалия/		
	Менингит		
Нефрит			
Зүрх судасны эмгэг			
Бусад			
Төрөлхийн тэмбүүтэй холбоотой илэрсэн эмнэлзүйн шинж тэмдэг	Үнэн магадтай шинж	Гетчинсоны шүд	
		Кератит	
		Лабиринтит	
Хожуу үеийн төрөлхийн тэмбүүтэй холбоотой илэрсэн эмнэлзүйн шинж тэмдэг	Болзошгүй шинж	Робинсон-Фурньегийн сорви	
		Сэлэм хэлбэрийн шилбэ	
		Өгзөг маягын гавал	
		Олимпийн дух	
		Эмээл хэлбэрийн хамар	
		Тэмбүүгийн гонит	
		Нанизм /давжаа/	
		Олигофрения	
Бусад			
Эмгэг анатомийн өөрчлөлт			
Ийлдэс судлалын шинжилгээ	Үзүүлэлт	Хариу	Огноо
	RPR, титр		
	TRNA, титр		
	Ig M		
Бусад шинжилгээ	Улаан эс		
	Цагаан эс		
	СОЭ		
	Цусны бүлэгнэлт /PLT/		
	Нугасны ус		
	Рентген шинжилгээ		
Бусад			
Онош			
Эмчилгээ	Эмийн нэр, тун, горим	Огноо	Хаана
Хяналт	Аль байгууллагад шилжүүлсэн	Огноо	Эргэн мэдээлэх талаарх зөвлөгөө өгсөн эсэх

Онош баталгаажуулж, хяналтын хуудас бичсэн эмчийн нэр:

Байгууллага:

Гарын үсэг:

Огноо:

Эмнэлгийн нэр

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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-1

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАР, ДОХ-ЫН ӨВЧЛӨЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Өвчтөний хяналтын дугаар:

2. Регистрийн дугаар:

3. Нас:

4. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй

5. Жирэмсэн эсэх: Тийм Үгүй

6. Тогтмол хаяг: _____
Утасны дугаар: _____
Ажлын газар, албан тушаал: _____

7. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дипломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
Доктор	9	

8. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлт /код/	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй байгаа шалтгаан /код/	

9. Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир ЭМБ	2
	Тандалт /хавьтлаар/	3

10. Гэрлэлтийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

11. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

12. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

13. Лабораторийн шинжилгээний хариу:

Шинжилгээний арга	Шинжилгээ хийсэн огноо	Лабораторийн нэр
Хурдавчилсан арга		
ФХЭБУ [ELISA]		
Батлах шинжилгээ[WB]		
Бусад арга (нэрлэнэ үү)		

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1	Гомосекс	2	Бисекс	3	Трансжендер	4
---	------------	---	----------	---	--------	---	-------------	---

15. Халдвар дамжсан зам	Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1A
		Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1B
	Цус, цусан бүтээгдэхүүн	Мэс ажилбар	2
		МБСТХ	3
		Бохир зүү тариур	4
		Цус сэлбүүлсэн	5
	Эхээс хүүхдэд халдварласан	6	
Тодорхой бус	7		

16. ХДХВ, ДОХ-ын үе шат	Шинж тэмдэггүй үе	1
	Шинж тэмдэгт ХДХВ-ийн халдвар	2
	ДОХ-ын өвчлөл	3

17. Үндсэн онош:

/Эмчийн тамга/ Оношилсон: _____ /гарын үсэг/ _____ /нэр/ _____ /албан тушаал/ _____

Мэдээлсэн: _____ /гарын үсэг/ _____ /нэр/ _____ /албан тушаал/ _____

Мэдээлсэн: он сар өдөр

/Тамга/ Хянасан: _____ /гарын үсэг/ _____ /нэр/ _____ /албан тушаал/ _____

Эмнэлгийн нэр:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
едрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-2

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____ 2. РД:

3. Бүртгэлд авсан огноо: он сар өдөр
4. ЭМБ-ын код:
5. Өвчтөний хяналтын дугаар

6. Төрсөн огноо он сар өдөр
7. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй
(Тодорхой бус бол 99 бичнэ үү) (Тодорхой бус бол 99 бичнэ үү)

8. Тогтмол хаяг: _____

9. Ажлын газар, албан тушаал: _____

10. Боловсрол /зур/: боловсролгүй, бага, суурь, бүрэн дунд, мэргэжлийн болон техникийн, дипломын, бакалавр, магистр, доктор

11. Гэрлэлтийн байдал /зур/: огт гэрлээгүй, батлуулсан гэр бүлтэй, батлуулаагүй гэр бүлтэй, тусгаарласан, цуцалсан, бэлбэсэн

12. Гэр бүлийн гишүүд:

Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Хүйс	Төрсөн огноо	Хаяг	ХДХВ-ийн халдвартай эсэх /тйм-1, үгүй-2/

13. Жирэмслэлт

Огноо	Жирэмсний хугацаа	Хэд дэх жирэмслэлт	Жирэмсний төгсгөл /1 - төрсөн 2 - зулбасан 3 - үр хөндүүлсэн/	Жирэмсний тусламж үйлчилгээ авсан ЭМБ-ын нэр	Жирэмсний тусламж үйлчилгээ авсан огноо	ХДХВ-ийн халдвар ЭХДСАХ-ний хүрээнд РВЭЭ-нд хамрагдсан байдал 1 - РВЭЭ-тэй байсан 2 - Төрөхөөс доод тал нь 4 долоо хоногийн өмнө РВЭЭ уусан 3 - Төрөхөөс өмнөх 4 долоо хоногийн дотор РВЭЭ уусан 4-Огт уугаагүй

14. Шинэ төрсөн хүүхдийн бүртгэл

Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Төрсөн он/сар/өдөр	Нярайн хооллолт /1 - дан хөхөөр 2 - сүү орлуулагчар 3 - донорын хөхний сүүгээр/	ХДХВ-ийн халдвар ЭХДСАХ-ний хүрээнд авсан РВЭЭ-ний горим /бичих/	Котримоксазолын УСЭ авсан огноо	ПГУ хийсэн /+,- / огноо	Эсрэг бие илрүүлэх шинжилгээ /+,-/ огноо		Хяналтын байдал /1- хасагдсан огноо, 2-код/
						9 сар	18 сар	

15. Илрүүлэлт	Идэвхтэй тандалт	1
	Идэвхгүй тандалт	2

Тодорхой бичих: _____

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

16. Өмнө орж байсан ХДХВ-ийн эсрэг бие илрүүлэх шинжилгээний хариу

Огноо	Шинжилгээ хийсэн байгууллага	ФХЭБУ [ELISA]	Иммуноблотын арга	Хариу	Шинжилгээ өгсөн шалтгаан

17. Цус цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтний РЕЦИПИЕНТ байсан эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Юуны реципиент байсан	Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтэн шилжүүлсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

18. Арьс, салстын бүтэн байдлыг гэмтээх ажилбарыг (хагалгаа, төрөлт, үр хөндөлт, судас эсвэл булчингийн тарилга, шүд авахуулах г.м) эмнэлгийн байгууллага дээр хийлгэсэн эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Хийлгэсэн ажилбарын төрөл	Тухайн ажилбарыг хийсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

19. Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд, эрхтний ДОНОР эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Юуны донор	Цус, цусан бүтээгдэхүүн, үрийн шингэн, эс, эд эрхтэнг авсан эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, хот, улс

20. Халдвар тараах эрсдэл бүхий ажил үүрэг гүйцэтгэдэг эмнэлгийн ажилтан бол тусламж үйлчилгээ үзүүлж байх явцдаа эрсдэл гаргасан эсэх Тийм Үгүй

Хэрэв тийм бол: /зур/ зүү тариур, хурц үзүүртэй эмнэлгийн багаж хэрэгсэл/

21. Бэлгийн замаар дамжих халдвараар өвдөж байсан эсэх: Тийм Үгүй

Огноо	Онош

22. Халууралт, тунгалагийн булчирхайн томролт бүхий хурц халдварт өвчнөөр өвдөж байсан эсэх Тийм Үгүй

Огноо	Онош

23. Мансууруулах бодис хэрэглэгчтэй, биеэ үнэлэгчтэй бэлгийн хавьталд орсон эсэх: Тийм Үгүй

Аль улс, аймаг, дүүргээс ирсэн	Хавьтагчийн тоо		Хамгийн сүүлд хавьталд орсон огноо	Код
	Эрэгтэй	Эмэгтэй		

24. Хамгийн сүүлд тохиолдлын бэлгийн хавьталд орохдоо бэлгэвч хэрэглэсэн эсэх: Тийм Үгүй

25. Бэлгийн хавьталд орохдоо бэлгэвч хэрэглэдэг эсэх:

а.Тогтмол б.Ихэвчлэн в.Хааяа г.Ховор д.Огт хэрэглэдэггүй

26. Бэлгийн чиг баримжаа: а.Гомосекс б.Гетеросекс в.Бисекс г.Трансжендер

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

27. Хавьтагчийн тоо	а.Эсрэг хүйс	б. Ижил хүйс
27.1. Амьдралын туршид нийт		
27.2. Сүүлийн 5 жилд		
27.3. Сүүлийн 1 жилд		
27.4. ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээний хариу хамгийн сүүлд "сөрөг" гарсан өдрөөс хойш		

28. Эд зүйлс авах зорилгоор бэлгийн хавьталд орсон эсэх: /бичих/ _____

29. Биеэ үнэлэгчтэй бэлгийн хавьталд орсон эсэх: /зур/ тийм, үгүй

Аль улс, аймаг, дүүргээс ирсэн	Хавьтагчийн тоо		Хамгийн сүүлд хавьталд орсон огноо
	эрэгтэй	эмэгтэй	

30.Бэлгийн хавьталд орогсад:

Овог нэр	Нас хүйс	Хаяг, утасны дугаар	Бэлгийн хавьтлын эрсдэл	Бэлгэвч хэрэглэсэн эсэх	Хавьталд байсан хугацаа (... -ээс ... хүртэл)	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ	
						Огноо	Дүгнэлт

31.Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч өртөлтөнд өртсөн эсэх:

Тухайн байгууллагын нэр	Тусламж үйлчилгээний төрөл	Огноо	Авсан арга хэмжээ

31. Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэдэг эсэх: тийм / үгүй

Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэх үед хавьталд орогсад

Овог нэр	Нас хүйс	Хаяг, утасны дугаар	Мансууруулах бодисын төрөл	Нэг удаагийн зүү тариур хэрэглэдэг эсэх	Хавьталд байсан хугацаа (...-ээс... хүртэл)	ХДХВ-ийн халдвар илрүүлэх шинжилгээ	
						Огноо	Дүгнэлт

32. Мансууруулах бодис судсаар тарьж хэрэглэх бүртээ нэг удаагийн зүү тариур хэрэглэдэг эсэх: тийм /үгүй

ХДХВ-ИЙН ХАЛДВАРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ХУУДАС (ХДХВ-2) ҮРГЭЛЖЛЭЛ

33. ХДХВ-ийн халдвар авч болзошгүй бусад эрсдэлд (ариутгаагүй зүүгээр шивээс, персинг хийлгэх, бэлэг эрхтэнд суулгац хийлгэх г.м) орсон эсэх: тийм /үгүй

Эрсдэл \Тохиолдол тус бүрээр\	Огноо

34. Хэрвээ эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн бол тус үйлчилгээ үзүүлэх явцад эрсдэл гаргасан эсэх: /бичих/

ДҮГНЭЛТ:

- Халдвар авсан байж болзошгүй хугацаа: _____
- Тухайн хүний халдвар авсан байж болзошгүй эх уурхай: _____
- ХДХВ-ийн халдвар тархахаас сэргийлэх талаар авсан арга хэмжээ: _____

Тандалтын судалгааны хуудас бичсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

Тархвар судлаач эмчийн эцэг/эхийн нэр, өөрийн нэр: _____

Тандалт хийсэн эрүүл мэндийн байгууллага: _____

Санамж:

- Халдвар тараасан байж болзошгүй хамгийн боломжит замыг ЭМЯ болон бусад шаардлагатай газруудад мэдээлнэ.
- Уг судалгааны хуудас нь "Зөвхөн албан хэрэгцээнд" зориулсан бичиг баримтыг хадгалах шаардлагын дагуу нууцлагдаж, хадгалагдана.

ХДХВ, ДОХ-ЫН ҮЕД ҮЗҮҮЛЭХ ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНД ХАМРАГДАХААС САЙН ДУРААР ТАТГАЛЗАХ ХУУДАС

Аймаг/хотын нэр: _____

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____

Хяналтын дугаар:

Хүйс: Эр Эм

Төрсөн он/сар/өдөр:

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

ХДХВ-ийн халдвар батлагдсан он/сар/өдөр:

Миний бие/хүүхэд ХДХВ, ДОХ-ын эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ, ретровирусийн эсрэг эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ, эрүүл мэндийн нарийн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ, ХДХВ-ийн халдвар эхээс хүүхдэд дамжихаас сэргийлэх арга хэмжээний ач холбогдол, үр дүн, илэрч болох гаж нөлөө, одоогийн эмнэл зүйн шат болон эмчилгээнд хамрагдаагүй тохиолдолд гарах хүндрэлүүдийн талаар танилцаж, зөвлөгөө авлаа.

Миний бие/хүүхэд дараах тусламж үйлчилгээнд хамрагдахаас сайн дураараа татгалзаж байна.

Татгалзаж буй тусламж үйлчилгээний төрөл:

- * Ретровирусийн эсрэг эмчилгээ
- * Котримоксазолын урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ
- * Изониазидын урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ
- * Сүрьеэгийн эмчилгээ
- * Яаралтай бус мэс заслын тусламж үйлчилгээ
- * ХДХВ-ийн халдвар ЭХДС эмийн урьдчилан сэргийлэлт
- * ХДХВ-ийн халдвартай нярайг дан сүү орлуулагчаар хооллохоос
- * Эмчийн зөвлөсөн шинжилгээ

Эх Нярай

Татгалзсан шалтгаан: _____

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг: _____

Он/сар/өдөр: _____

Эмчийн гарын үсэг: _____

Он/сар/өдөр: _____

Тэмдэглэл: _____

Жич: Үйлчлүүлэгч тухайн баримтанд гарын үсгээ зурахаас татгалзсан тохиолдолд тэмдэглэлд зурсан, үйлчлүүлэгчийг тусламж үйлчилгээнээс татгалзсаныг гэрчлэх 3 эмнэлгийн ажилтны гарын үсгээр баримтыг баталгаажуулна.

ХДХВ, ДОХ-ЫН ЭМЧИЛГЭЭНД ХАМРУУЛАХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС

Аймаг/хотын нэр: _____

Үйлчлүүлэгчийн эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____

Үйлчлүүлэгчийн хяналтын дугаар:

Хүйс: Эр Эм

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

Асран хамгаалагч: Үйлчлүүлэгчийн хэн болох, эцэг/эхийн нэр, өөрийн нэр: _____

Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

ХДХВ-ийн халдвар батлагдсан он сар өдөр:

ХДХВ-ийн халдвар анх оношлогдсон газар: _____

Миний бие/асран хамгаалагч ХДХВ, ДОХ-ын эмчилгээ, тусламж үйлчилгээний хөтөлбөрт хамрагдахын ач тус, эмчилгээний үед гарч болох гаж нөлөөнүүд болон эмчилгээний нөхцөл, журмуудтай танилцаж зөвлөгөө авлаа.

Үйлчлүүлэгчийн хүлээх үүрэг:

*Эмчилгээний горим, дэглэмийн талаарх сургалтуудад тогтмол хамрагдах

*Товлосон өдрөө ирж эмчтэй уулзан, эм зүйчээс эмээ авч байх

*Ретровирусийн эсрэг эмчилгээ /РВЭЭ/-ний эмүүдийг зөвхөн өөрөө хяналтанд нь байдаг эмнэлгийн байгууллага, эмчээс авах

*Эмийг зарж борлуулах эсвэл хэн нэгэнтэй хувааж хэрэглэхийг хориглоно /гэр бүлийн хүмүүс, найзууд г.м/

*Эмчийн зөвлөсний дагуу эмийг заасан тунгаар, тогтмол цагт уух

*Эрүүл мэндтэй холбоотой хүндрэл, асуудал үүссэн тохиолдолд эмнэлгийн байгууллагад яаралтай хандах

*РВЭЭ-г эмчийн зааваргүйгээр дур мэдэн зогсоохгүй байх

Би эмнэлгийн байгууллагатай хамтран ажиллаж, эмчилгээний горим, дэглэмийг дагаж мөрдөхийг зөвшөөрч байна.

Хэрэв миний бие заагдсан дүрэм журмыг мөрдөөгүй, зөрчсөн тохиолдолд эмнэлгийн байгууллага нь тодорхой шаардлага тавих эрхтэй.

Асран хамгаалагчийн хүлээх үүрэг:

*Асран хамгаалагч нь эмчилгээний дэглэмийн талаар мэдлэгтэй бол өвчтөнд тусламж дэмжлэг үзүүлнэ.

Огноо:

Эмчилгээнд орохыг зөвшөөрсөн
үйлчлүүлэгчийн нэр, гарын үсэг

Асран хамгаалагчийн нэр, гарын
үсэг

Зөвлөгөө өгсөн эмчийн нэр,
гарын үсэг

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ХДХВ-10

Эмнэлгийн нэр:

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

ХДХВ-ЫН ХАЛДВАР ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Лабораторийн дугаар	Сорьцын дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Ирүүлсэн тасаг, кабинет, эмнэлгийн нэр	Үзлэгийн төрөл /1.1-3.2/	Хүн амын бүлэг /4.1-4.4/	Шинжилгээний дүн						Дүгнэлт
								Хурдавчилсан арга	Наалдуулах урвал	ФХЭБУ	Вестерн блот	Вирусийн ачаалал	ПГУ	

- | | | | |
|-------------------------------|-----|------------------------|-----|
| Үзлэгийн төрөл: | | Хүн амын бүлэг: | |
| Жирэмсэн | 1.1 | ЭБУ | 4.1 |
| Урьдчилан сэргийлэх | 2.1 | ЭБЭ | 4.2 |
| Өвчний учир амбулаторт анх | 2.2 | МБСТХ | 4.3 |
| Өвчний учир амбулаторт давтан | 2.3 | Хөдөлгөөнт хүн ам | 4.4 |
| Хяналт | 2.4 | | |
| Тандалт/хавьтал | 3.1 | | |
| Дуудлага | 3.2 | | |

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

Шинжилгээ -ний дугаар	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Өвчний түүхийн дугаар	ЭМД-ийн дугаар, Утасны дугаар	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Тухайн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэх, тийм бол хугацаа, онош, шинжилгээний дугаар	Сорьцын төрөл	Сорьц авсан огноо	Сорьц илгээсэн огноо	Эмнэлзүйн урьдчилсан онош
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний бүртгэлийг бүртгэлийн ажилтан, эд, эсийн лабораторийн техникч нар хөтлөн бүртгэнэ.

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ (ЭС-1) - ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр, утас	Сорьц хүлээн авсан огноо	Макро бичлэг	Микро бичлэг, онош дүгнэлт	Тусгай будгийн нэр	Зөвлөсөн эмчийн нэр	Бэлдсэн лаб/техникчийн нэр	Шинжилсэн эмчийн нэр	Хариу гарсан огноо	Хариуг хүлээлгэн өгсөн огноо	Хариу авсан хүний нэр, утас, гарын үсэг
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний бүртгэлийг бүртгэлийн ажилтан, эд, эсийн лабораторийн техникч нар хөтлөн бүртгэнэ.

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Ургийн овог: _____ Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
3. Нас: ____ Хүйс: Эр Эм
4. Регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
5. Хариуг илгээх цахим хаяг: _____
6. Сорьцын төрөл: Онош тодруулах
Мэс заслын
Яаралтай
Сорьц авсан огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг
Сорьц илгээсэн огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг
7. Сорьц авсан эрхтэн: _____ Байрлал: _____
Сорьцын хэмжээ: ____х ____х ____см, ____гр Сорьцын байдал: _____
8. Эмнэлзүйн мэдээлэл: _____

9. Эмнэлзүйн онош: _____
10. Өмнө нь амьд сорьцын болон эсийн шинжилгээг хийлгэж байсан эсэх: Тийм Үгүй
хэрэв тийм бол Амьд сорьцын шинжилгээ
 Эсийн шинжилгээ
- 10а. Өмнөх шинжилгээний дугаар: _____ Огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр
- 10б. Өмнөх шинжилгээний онош: _____
Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ / Утас: _____

АМЬД СОРЬЦЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС (1А)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Б. Шинжилгээний хэсэг

11. Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:

12. Амьд сорьцын шинжилгээний дугаар №: _____

Хүлээн авсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

13. Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Утас: _____

14. Макро: _____

15. Микро: _____

16. Онош, дүгнэлт: _____

17. Нэмэлт тэмдэглэл, санал: _____

Бэлдсэн: Эд эсийн лабораторийн техникчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ /

Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ /

Тайлбар: Амьд сорьцын шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:

А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө. /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгийн тохирох сонголтын өмнөх нүдийг сонгож тэмдэглэнэ./

Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

ХӨХНИЙ БУЛЧИРХАЙН ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____

2. Шилжүүлэгчийн ургийн овог: _____ Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
Нас: _____ Хүйс: _____

3. Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____

4. Сорьц авсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

5. Хөхний эдийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү:

6. Хөхний аль хэсгээс юу авсан _____

7. Эмнэлзүйн талаарх товч мэдээлэл: _____

8. Эмнэлзүйн онош: _____

9. Сорьц илгээсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг, Хариуг илгээх цахим хаяг: _____

Сорьц авч, илгээсэн эмчийн нэр: _____ Утас: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг

10. Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____

11. Шинжилгээний №: _____ Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Утас: _____,
_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

12. Эдийн шинжилгээний хариу дүгнэлт: Макро бичлэг _____

Микро бичлэг: зах ирмэг, судас, мэдрэл рүү нэвчсэн байдал, хөхний толгойд ойрхон эсэхийг тэмдэглэнэ
ҮҮ _____

13. Нэмэлт тэмдэглэл, санал: _____

14. Хариу гарсан: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эд, эсийн лабораторийн техникчийн нэр: _____ Гарын үсэг _____

Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____

Тайлбар: Хөхний булчирхайн эдийн шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:

А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгийг доогуур нь зурж сонгоно/

Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шилжүүлэгчийн ургийн овог: _____ Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
Нас: _____
3. Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
4. Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
5. Эмэгтэйчүүдийн өгүүлэл: **Жирэмсэн эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол жирэмсний хугацаа _____ долоо хоног. **Цэвэршсэн эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хэдэн онд _____, **Үгүй бол сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн эхний өдөр:** _____ он _____ сар _____ өдөр, **Жирэмслэлтийн тоо** _____ **Төрөлтийн тоо** _____ **Үр хөндөлтийн тоо** _____ **Зулбалтын тоо** _____
6. **Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэглэдэг эсэхийг зурна уу:** /Дааврын эм, Ерөндөг, Тарилга, Суулгац, Бэлгэвч, Хавсарсан арга, Ямар нэгэн арга хэрэглэддэггүй/
7. **Умайн хүзүүний эдийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу:** /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү: _____
8. **Шинжлүүлэгч TORCH-ийн халдварын шинжилгээ хийлгэсэн эсэхийг тэмдэглэнэ үү:** /Тийм, Үгүй/. Тийм бол хийлгэсэн огноо болон хариуг бичнэ үү:

9. Үзлэгээр умайн хүзүүний харагдах байдлыг зурна уу: /Цэвэр, Улайлттай, Цэврүүтэй, Хавдрын сэжигтэй/
10. Эмнэлзүйн талаарх товч мэдээлэл: _____

11. Эмнэлзүйн онош: _____
12. Сорьц илгээсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг, **Хариуг илгээх цахим хаяг:**
Сорьц авч, илгээсэн: Эмчийн нэр _____ утас _____

Б. Шинжилгээний хэсэг

13. Шинжилсэн эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____
14. Шинжилгээний №: _____ Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Утас: _____, _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
15. Микро бичлэг: зах ирмэг, судас, мэдрэл рүү нэвчсэн зэргийг тэмдэглэнэ үү: _____

16. Шинжилгээний хариу дүгнэлт: _____

17. Нэмэлт тэмдэглэл, санал: _____

18. Хариу гарсан: _____ он _____ сар _____ өдөр
Бэлдсэн: Эд, эсийн лабораторийн техникчийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____
Шинжилсэн: Эмгэг судлаач эмчийн нэр _____ Гарын үсэг _____

Тайлбар: Эмэгтэйчүүдийн эдийн шинжилгээний хуудсыг бөглөхдөө:

А. Илгээх хэсгийг шинжилгээг лабораторит илгээж буй эмнэлгийн эмнэлзүйч эмч бөглөнө /Зай үлдээсэн хэсэгт эмч өөрөө нөхөн бичнэ, сонголттой хэсгийг доогуур нь зурж сонгоно/

Б. Шинжилгээний хэсгийг эмгэг судлалын лабораторид эмгэг судлаач эмч, лабораторийн техникч бичнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭС-2

ЦОГЦСЫГ ХҮЛЭЭН АВСАН БА ОЛГОСОН БҮРТГЭЛ

№	Эцэг /эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Огноо /Он, сар, өдөр/				Цогцсыг ирүүлсэн		Эмнэл зүйн онош	Оршуулгын газрын нэр, хаяг	Хүлээн авсан хүний нэр, утас	Хүлээлгэн өгсөн хүний нэр, утас
			Нас, барсан	Шинжил- гээнд ирүүлсэн	Эмгэг судлалын задлан шинжилгээ хийсэн	Оршуу- лахаар авсан	Эмнэлгийн нэр	Тасгийн нэр				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Тайлбар: Цогцсыг хүлээн авсан ба олгосон бүртгэлийг эмгэг судлалын туслах ажилтан бүртгэнэ.

ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Эцэг/эх/-ийн нэр, Өөрийн нэр Регистрийн дугаар	Нас, хүйс	Ор хоног	Өвчний түүхийн дугаар	Шинжилгээнд ирүүлсэн		Нас барагчийн тогтмол хаяг	Эмчлэгч эмчийн нэр, утас	Хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг	Нас барсан он, сар, өдөр, цаг	Эмгэг судлалын шинжилгээ хийсэн он, сар, өдөр, цаг	Эмнэл зүйн онош	Эмгэг судлалын онош	Оношийн зөрөө бусад тэмдэглэл	Эмгэг судлаач эмчийн нэр
					Эмнэлгийн нэр	Тасгийн нэр									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Тайлбар: Эмгэг судлалын шинжилгээний бүртгэлийг эмгэг судлаач эмч бүртгэж бичнэ.

БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙН ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шилжүүлэгчийн ургийн овог: _____ Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
 Нас: _____ Хүйс: _____
3. Шилжүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: Тийм, Үгүй
 Тийм бол: _____
5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа ба хариуг бичнэ үү: _____
6. Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
7. Бамбай булчирхайн аль хэсгээс авсан: _____



8. Сорьцын хэмжээг: _____ мл,

9. Сорьцын төлөв, байдал: Шаргал Цустай Булингартай Нгалаг Дээрхэг

10. Өвчний товч түүх: _____

Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____

Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

Шинжилгээний дугаар: _____

11. Хүлээн авсан огноо: _____

12. Сорьцын төлөв, байдал: _____

13. Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____

Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____

14. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү

Онош	<input type="checkbox"/> Зөвхөн уйланхайт шингэн/Cyst fluid only/	
Онош тавих боломжгүй буюу шаардлага хангахгүй/Nondiagnostic or Unsatisfactory	<input type="checkbox"/> Эс цөөн /Virtually acellular specimen/	
	<input type="checkbox"/> Бусад (цус ихтэй, нөжний артифакт г.м)/Other (obscuring blood, clotting artifact, etc)	
Хоргүй өөрчлөлт/Benign	<input type="checkbox"/> Хоргүй фолликуляр зангилаа: үүнд аденоматойд зангилаа, коллойд зангилаа г.м/Consistent with a benign follicular nodule (/includes adenomatoid nodule, colloid nodule, etc)	
	<input type="checkbox"/> Лимфоцитын (Хашимото) тиреодит /Consistent with lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis in the proper clinical context	
	<input type="checkbox"/> Грануломатоз (хурцавтар) тиреодит/Consistent with granulomatous (subacute) thyroiditis	
	<input type="checkbox"/> Бусад/Other	
Фолликулын тодорхой бус хэвшинжгүйшил буюу фолликулын гэмтэц нь тодорхой бус/Atypia of Undetermined Significance or Follicular Lesion of Undetermined Significance		
Фолликулын неоплазм буюу Фолликулын неоплазмын сэжигтэй/Follicular Neoplasm or Suspicious for a Follicular Neoplasm Хэрэв Хөртл (онкоцитын) эсийн хэлбэр бол тусгайлан заах/Specify if Hürthle cell (oncocytic) type		
Хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy Хорт хавдар/Malignant		

15. Онош: _____

16. Нэмэлт тэмдэглэл: _____

17. Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч _____

Зөвлөх эмч _____

УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

- Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
 - Шинжлүүлэгчийн Ургийн овог: _____ Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____
Нас: _____
 - Шинжлүүлэгчийн Регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
 - Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/
Тийм бол: _____
 - Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
 - Сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн эхний өдөр _____ Цэвэршсэн эсэх: / Тийм, Үгүй / Тийм бол хэдэн онд: _____
 - Жирэмслэлтийн тоо: _____ Төрөлтийн тоо: _____ Үр хөндөлтийн тоо: _____ Зулбалтын тоо: _____
 - Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэглэдэг эсэхийг зурна уу: /Дааврын эм, Ерөндөг, Тарилга, Суулгац, Бэлгэвч, Хавсарсан арга, Ямар нэгэн арга хэрэглэддэггүй/
 - Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү: _____
 - Үзлэгээр умайн хүзүүний харагдах байдлыг зурна уу: /Цэвэр, Улайлттай, Шархтай, Цэврүүтэй, Хавдрын сэжигтэй/
 - Өвчний товч түүх: _____
 - Сорьц илгээсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр
- Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____
Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

- Шинжилгээний дугаар: _____ Хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр
- Сорьц шаардлага хангасан эсэхийг зурна уу: /Хангасан, Хангахгүй/
- Эндоцервикал эс байгаа эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/
- Үрэвсэл: _____ Коккобажилл: _____
- Хавдрын бус эсийн өөрчлөлт: метаплази, атрофи, кератик өөрчлөлт, гуурсны метаплази, жирэмсэнтэй холбоотой өөрчлөлт
- Өвөрмөц үүсгэгч: Трихомонад, Хламид, Мөөгөнцөр, Актиномикоз, HSV, CMV, HPV
- Урвалжит өөрчлөлтийг зурна уу: /Үрэвслийн урвалж өөрчлөлт, Туяаны урвалж өөрчлөлт, Ерөндгийн урвалжит өөрчлөлт/
- Эсийн шинжилгээний онош /дүгнэлт -Бетесда-2014 ангиллаар /доорх хүснэгтээс сонгон (✓) тэмдэглэнэ үү/

Онош	
1	Дүгнэлт гаргах боломжгүй
	Агаарт хатаагдсан
	Эс цөөн
	Цус их
	Шилжвэр бүсээс авагдаагүй
2	Хавтгай эпителийн доторх эмгэг болон хорт хавдарт сөрөг (NILM)
3	Бусад (Other)
4	Хэвшингүй хавтгай эсүүд-өөрчлөлт нь тодорхой бус (ASC-US)
5	Хэвшингүй хавтгай эсүүд-хавтгай хучуур эсийн хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй (ASC-H)
6	Хавтгай хучуур эсийн хөнгөн зэргийн гэмтэц (LSIL)
7	Хавтгай хучуур эсийн хүнд зэргийн гэмтэц (HSIL)
8	Хавтгай эсийн хортой хавдар (SCC)
9	Хэвшингүй хавтгай эсүүд -өвөрмөц бус (AGG-NOS)
10	Хэвшингүй хавтгай эсүүд -хадвар талдаа (AGG-favor neoplastic)
11	Булчирхайлаг байран хавдар (AIS)
12	Булчирхайлаг эсийн хортой хавдар (AC)
13	Бусад хортой хавдар/Other malignant neoplasms)

- Онош: _____
- Нэмэлт тэмдэглэл: _____
- Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч: _____

Зөвлөх эмч: _____

Заавар: Энэхүү маягтын А(1-12 дугаар асуулт) хэсгийг ӨЭМТ, СЭМТ, АНЭ, БОЭТ, ДЭМТ төв эмнэлгийн эмч хөтлөн ПАП наацын хамт эс судлалын лабораторит илгээнэ. Наац илгээсэн эмнэлгийн нэр, кодыг тодорхой бичнэ. Эсийн эмгэг судлаач эмч, эс судлаач Б хэсэгт эсийн шинжилгээний дүгнэлтийг бичиж, эсийн шинжилгээний дүгнэлт бүхий маягтыг аймаг, дүүргийн хавдар бүртгэгчид цаасаар илгээнэ. Хавдар бүртгэгч эсийн шинжилгээний дүгнэлт бүхий цаасан маягтыг эргэн дуудах тогтолцооны программд шивэж оруулна.

Энэхүү маягтын эх хувь өвчтөнд цаасан хэлбэргээр олгогдоно.

ШЭЭС ЯЛГАРУУЛАХ ЗАМ, ШЭЭСНИЙ ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шинжлүүлэгчийн овог: _____ Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____
3. Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____
4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/
Тийм бол: _____
5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ
Үү: _____
6. Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
7. Доогуур зурна уу: Өөрөө шээсэн шээс, катетраар авсан шээс, давсаг угаасан угаадас
8. Сорьцын хэмжээ: _____ мл
Сорьцын, төлөв байдал: Шаргал, Цустай, Булингартай, Тунгалаг, Идээрхэг
9. Өвчний товч түүх: _____
Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____
Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

- Шинжилгээний дугаар: _____
10. Хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг
 11. Сорьцын төлөв, байдал: _____
 12. Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____
Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____
 13. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү

№	Онош	
1	Онош тавих боломжгүй буюу шаардлага хангахгүй/Nondiagnostic or Unsatisfactory	
2	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөнд сөрөг /Negative for HGUC/	
3	Хэвшинжгүй шээсний замын эсүүд /Atypical Urothelial Cells/	
4	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөнгийн сэжигтэй /Suspicious for HGUC/	
5	Өндөр зэрэглэлт шээсний замын өмөн /High Grade Urothelial Carcinoma/	
6	Бага зэрэглэлт шээсний замын өмөн/Low Grade Urothelial Neoplasia/	
7	Бусад хорт хавдрууд – анхдагч, хоёрдагч/Other malignancies – Primary, secondary	

14. Онош: _____
15. Нэмэлт тэмдэглэл, санал: _____
16. Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч: _____

Зөвлөх эмч: _____

ШҮЛСНИЙ БУЛЧИРХАЙН ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

А. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____

2. Шинжлүүлэгчийн овог: _____ Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

3. Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____ ЭМД-ын дугаар: _____ Утас: _____

4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх :Тийм
Тийм

5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/, Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү: _____

6. Сорьц авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

7. Шүлсний булчирхайн аль хэсгээс авсан: _____

8. Сорьцын хэмжээ: _____ мл
Сорьцын төлөв байдал: Шаргал Цустай Улингартай Нгалаг Ээрхэг

9. Өвчний товч түүх: _____

Эмнэлзүйн онош: _____

Сорьц авч, илгээсэн: Эмчийн нэр _____ Утас: _____

Б. Шинжилгээний хэсэг:

Шинжилгээний дугаар: _____

10. Хүлээн авсан: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг,

11. Сорьцын төлөв, байдал: _____

12. Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____

Будгийн нэр: _____ Шилний тоо: _____

13. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү

Онош тавих боломжгүй/Non-Diagnostic	
Хоргүй өөрчлөлт/Non-Neoplastic	
Хэвшинжгүйшил өөрчлөлт/Atypical	
Неоплазм/Neoplasm	Хоргүй/Benign
	Бусад/Other/
Хорт хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy	
Хорт хавдар/Malignant	

14. Нэмэлт тэмдэглэл: _____

15. Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч: _____

Зөвлөх эмч: _____

ЭСИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

A. Илгээх хэсэг

1. Эмнэлгийн нэр: _____ Тасгийн нэр: _____ Өвчний түүхийн дугаар: _____
2. Шинжлүүлэгчийн овог: _____ Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____
3. Шинжлүүлэгчийн регистрийн дугаар: _____
ЭМД-ийн дугаар: _____ Утас: _____
4. Хепатитын В, Хепатитын С, ДОХ, Тэмбүүгийн халдвар илрүүлэх шинжилгээг өгч байсан эсэх: /Тийм, Үгүй/
Тийм бол: _____
5. Энэ шинжилгээг өмнө нь өгч байсан эсэхийг зурна уу: /Тийм, Үгүй/. Тийм бол өгсөн хугацаа болон хариуг бичнэ
Үү: _____
6. Сорьц авсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр
7. Хаанаас авсан: _____
8. Сорьцын хэмжээ: _____
Сорьцын төлөв байдал: Шаргал, цустай, булингартай, тунгалаг, идээрхэг
9. Өвчний товч түүх: _____
Эмнэлзүйн урьдчилсан онош: _____
Сорьц авч, илгээсэн эмч: _____

B. Шинжилгээний хэсэг

- Шинжилгээний дугаар: _____
10. Хүлээн авсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр
11. Сорьцын төлөв, байдал: _____
12. Будгын нэр: _____ Шилний тоо: _____
Будгын нэр: _____ Шилний тоо: _____

13. Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, оношийг доорх хүснэгтээс сонгон(✓) тэмдэглэнэ үү.

№	Онош				
1	Онош тавих боломжгүй/Non-Diagnostic				
2	Хэвшинжгүйшил өөрчлөлт/Atypical				
3	Хорт хавдрын сэжигтэй/Suspicious for Malignancy				
4	Хорт хавдар/Malignant				

14. Онош: _____

15. Нэмэлт тэмдэглэл: _____

16. Хариу гарсан огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Бэлдсэн: Эсийн лабораторийн техникчийн нэр _____

Шинжилсэн: Эс судлаач: _____

Эсийн эмгэг судлаач эмч: _____

Зөвлөх эмч: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арванэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЦТ-2

ЦУСНЫ ДОНОРЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН КАРТ

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

Регистрийн дугаар

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

Ургийн овог.....Яс үндэс.....

Овог..... Нэр.....

Төрсөн он.....Нас Хүйс.....

Гэрийн хаяг.....

Ажил, сургуулийн хаяг.....

Гар утас 1 2.....

Мэргэжил.....

Имэйл хаяг

ЭМЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

ЦУСНЫ БҮЛЭГ

РЕЗУС ФАКТОР

D	C	c	E	e
---	---	---	---	---

КЕЛЛ БҮЛЭГ

№	Биеийн ерөнхий үзүүлэлт	Он. сар. өдөр							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Цус өгөлтийн код								
2	Гемоглобин								
3	Биеийн ерөнхий байдал /биеийн халуун/								
4	Жин, Өндөр								
5	Артерийн даралт								
6	Судасны цохилтын тоо								
7	Авах цус, сийвэн, эсийн хэмжээ								
8	Хассан, хойшлуулсан шалтгаан								
9	Үзлэг хийсэн эмчийн гарын үсэг								
10	Авсан цус, сийвэн, эсийн хэмжээ, сувилагчийн гарын үсэг								

Цусны Донорын асуумж

АНХААРУУЛГА

Та асуумжинд үнэн зөв хариулснаар цус сэлбүүлэх цусны өвчтэй хүүхэд, хүндрэлтэй төрсөн эх, осол гэмтэлд өртсөн, бусад цус сэлбүүлэх шаардлагатай өвчнүүдийн амь насанд учрах хүндрэлээс сэргийлэх тустай. Өөрт байгаа эмгэг болон эрсдэлтэй зан үйлийг нууцалж цус болон цусны бүрэлдэхүүн хэсгээ бэлэглэвэл хуулийн хариуцлага хүлээлгэхийг анхаарна уу.

Асуумж (тийм/+/, үгүй/-/ тэмдэглэл хийнэ үү!		Он сар өдөр	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Та ямар зорилгоор цусаа өгч байна вэ?	Хүний амь нас аврах Шинжилгээ хийлгэж, эрүүл мэндээ хянах урамшуулал, халамж эдлэх								
2	Танд ямар нэгэн зовиур байна уу?									
3	Та шөнө 6 цагаас дээш хугацаагаар унтаж амарсан уу?									
4	Өөх тостой хоол,сүүн бүтээгдэхүүн, өнгөтэй ундаа хэрэглэсэн үү?									
5	Сүүлийн 2 хоногт согтууруулах ундааны зүйлс хэрэглэсэн үү?									
6	Ямар нэгэн харшилтай юу? Одоо сэдэрсэн эсэх?									
7	Эм ууж, эмчилгээ хийлгэж байгаа эсэх?									
Сүүлийн 1 жилд										
8	Хатиг, буглаа нээлгэх, хануур төөнүүр, зүү эмчилгээ, шивээс, цоолбор, шүдний ажилбар, үр хөндөлт, гоо сайхны мэс засал хийлгэсэн эсэх?									
9	Томоохон хэмжээний мэс ажилбар, осол гэмтэлд өртсөн эсэх?									
10	Танд шалтгаангүй турах, гүйлгэх, ойр ойрхон халуурах, шөнө хөлрөх, булчирхай томрох, яр тууралт гарах, ядрах шинж тэмдэг байгаа эсэх									
11	Танд амьсгаадах, ханиалгах, цээжээр өвдөх, цустай цэр гарах шинж тэмдэг байгаа эсэх?									
12	Танай гэр бүлийн гишүүдийн дунд элэгний В , С вирусээр өвдсөн хүн байгаа юу?									
13	Та ямар нэгэн урьдчилан сэргийлэх вакцин хийлгэсэн үү?									
14	Гадаад улс оронд аялж, амьдарч байсан уу?									
15	Бэлгийн замын халдвараар өвдсөн үү? (Тэмбүү, заг хүйтэн, хламиди, трихомониаз)									
16	Санамсаргүй байдлаар зүүнд хатгуулсан уу? Арьс салстанд цус болон биологийн шингэн хүргэсэн тохиолдол байгаа эсэх?									
ТА										
17	ямар нэг өвчний улмаас эмчийн хяналтанд байдаг уу?									
18	зүрх, уушги, ходоод гэдэс, бөөр, үе мөч, сүрьеэ, сэтгэц, мэдрэл, дотоод шүүрэл, чихрийн шижин, хавдар, цусны өвчнөөр өвдөж байсан эсэх?									
20	гепатит В, С вирусын халдвар авч байсан уу?									
21	цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлж байсан уу?									
22	эрсдэлтэй бэлгийн хавьталд орж байсан эсэх? (Биеэ үнэлэгч, олон хавьтагч, ижил хүйстэн)									
24	Өөрийгөө ХДХВ/ДОХ-ын халдвартай байж магадгүй гэж бодож байсан уу?									
25	арьс зүсэх, цус гаргах зан үйл үйлдэж байсан уу?									
26	хар тамхи, мансууруулах бодис хэрэглэж байсан уу?									
27	Эмэгтэй донорт: Сарын тэмдэг ирсэн, жирэмсэн, хөхүүл, 0-1 насны хүүхэдтэй эсэх?									
28	Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах зорилгоор миний бөглөсөн асуумж, шинжилгээний дүнг судалгаанд овог, нэргүйгээр ашиглахыг зөвшөөрч байна.									
29	Би дээрх асуултанд үнэн зөв хариулсан болно. Хүний амь нас аврах, эрүүл мэндийг сайжруулах зорилгоор цусаа бэлэглэхийг зөвшөөрч байна. Гарын үсэг									

Хэрэв та өөрийн эрүүл мэндийн талаар үнэн зөв мэдээлэл өгөх боломжгүй байсан бол 70112857,99326503 дугаарт хандана уу! Таны мэдээллийн нууцыг Цусны алба чандлан хадгална

ЦУС ЦУСАН БҮТЭЭГДЭХҮҮН ОЛГОХ МАЯГТ

Эмнэлгийн нэр _____ Тасаг _____
Захиалсан _____ он _____ сар _____ өдөр, сэлбэлт хийх _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____
Өвчний түүхийн № _____ Регистрийн дугаар: _____
Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Өөрийн нэр _____
Хүйс: эрэгтэй, эмэгтэй Биеийн жин: _____
Онош: _____

ЦЦБ сэлбэх заалт: _____

Цусны бүлэг /дугуйлна уу/: _____ Резус фактор RhD /зур/: _____ эерэг сөрөг
О _____ Өмнө нь цус сэлбүүлсэн /зур/: _____ тийм үгүй
А _____ Урвал илэрсэн /зур/: _____ тийм үгүй
В _____ Эсрэгбие илэрсэн /зур/: _____ тийм үгүй
AB _____ Жирэмслэлт: _____ удаа

Олголт:

Олгосон ЦЦБ-ний нэр	Захиалсан Хэмжээ/нэгж	Олгосон Хэмжээ/нэгж	Цуврал	Савлалт	Цус өгөлтийн код	Хүүдийний код
Нийт						

ЦЦБ-ийг шалгаж олгосон ажилтаны нэр _____ гарын үсэг _____

Олгосон _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

ЦЦБ-ийг шалгаж хүлээн авсан ажилтаны нэр _____ гарын үсэг _____

Хүлээн авсан _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

Сэлбэлт хийх _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

Захиалга өгсөн эмчийн эцэг/эх/-ийн нэр, нэр /дармалаар/ _____ Гарын үсэг _____

Олгосон ажилтны нэр _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

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

ДОНОРТ ИЛЭРСЭН СӨРӨГ УРВАЛ, ХҮНДРЭЛИЙГ БҮРТГЭХ, МЭДЭЭЛЭХ МАЯГТ

Тасаг нэгжийн нэр _____ он __ сар __ өдөр __ цаг __ минут __
 Сөрөг урвал хүндрэл илэрсэн донорын код _____ төрөл __ нас / хүйс __
 Тухайн донорт үйлчилж байсан эмч, сувилагч, бусад (зур)
 Сөрөг урвал, хүндрэлийг мэдээлсэн хүний нэр.....

Цус өгөлтийн дараах сөрөг урвалын төрөл		Сөрөг урвалын хүндрэлийн зэрэг			
Ерөнхий урвал		хөнгөн	дунд	хүнд	ноцтой
Вазовагал урвал					
Хэсэг газрын урвал	Цусан хураа				
	Судасны гэмтэл /артери, вен/				
	Мэдрэлийн гэмтэл				
	Хожуу цус гадгашлах				
Аферезтэй холбоотой өвөрмөц урвал	Харшлын урвал				
	Анафилакси				
	Цус задрал				
	Эмболи				
	Цитратын урвал				
	Бүлэн				
Бусад					
Цус өгөлтийн төрөл <input type="checkbox"/> бүхэл цус <input type="checkbox"/> аферез (ялтас эс, сийвэн, улаан эс)					
Байршил <input type="checkbox"/> цус цуглуулах цэгт <input type="checkbox"/> цус цуглуулах цэгээс гадна					
Авсан арга хэмжээний бүртгэл					
1. Урвал хүндрэлийн төрөл:					
1.1 Товч дүрслэл					
1.2 Авсан арга хэмжээ , үр дүн: (тухайн үед авсан шуурхай арга хэмжээ, түүний үр дүн, донортой холбогдсон байдал, хожмын уршиг эрсдэл байгаа эсэх)					
1.3 Нөлөөлсөн хүчин зүйлс (урвал хүндрэл гарахад нөлөөлсөн хүчин зүйлс)					
1.4 Урьдчилан сэргийлэх (үүнээс хэрхэн урьдчилан сэргийлж болох байсан эсэх)					
1.5 Магадласан их эмч _____					
1.6 Хянасан ажилтан :		Тасгийн эрхлэгч:			
2. Чанарын алба _____					

ЦУС СЭЛБЭЛТТЭЙ ХОЛБООТОЙ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН ШАЛТГААНЫГ СУДЛАХ МАЯГТ (ЦТ-6)-ҮРГЭЛЖЛЭЛ

Цусны бүлэг, эсрэгбие, хувийн тохироо шалгасан дүгнэлт:

Үзүүлэлт	Өвчтөний	Сэлбэсэн ЦЦБ-ий
Стандарт ийлдэс		
Цоликлон		
Угаасан улаан эс		
Резус бүлэг		
Келл бүлэг		
Эсрэгбие		
Хувийн тохироо		
Бусад		

Өвчтөний цусанд Кумбсын урвал:

Шууд: /зур/ эерэг сөрөг

Шууд бус: /зур/ эерэг сөрөг

Бактериологийн шинжилгээний үзүүлэлт:

Эмнэлгийн лабораторит хийгдсэн шинжилгээний хариу:

Өвчтөний ийлдсэнд:

Хемоглобин..... Гаптоглобин..... Билирубин..... Шээсэн дэх хемоглобин

Эмнэлэгт хийгдсэн шинжилгээ:

ЦДШ.....

ШЕШ.....

Биохими.....

Бүлэгнэлт.....

Цусны албанаас Эрүүл мэндийн байгууллагат олгосон.....он.....сар.....өдөр.....цаг.....минут

Эмнэлэгт хадгалсан хугацаа.....нөхцөл

- + 2 + 8
- хасах 20-оос доош
- тасалгааны хэм

Буцааж илгээсэн цус, цусан бүтээгдэхүүний хэмжээ.....цуврал.....савлалтын дугаар

Тухайн донороос бэлтгэсэн бүтээгдэхүүн

- Хөлдөөсөн шинэ сийвэн.....цуврал №
- Ялтаст эсийн өтгөрүүлэг.....цуврал №
- Улаан эсийн өтгөрүүлэг.....цуврал №

<input type="checkbox"/>	эмнэлэгт олгогдсон	<input type="checkbox"/>	нөөцөнд байгаа
<input type="checkbox"/>	эмнэлэгт олгогдсон	<input type="checkbox"/>	нөөцөнд байгаа
<input type="checkbox"/>	эмнэлэгт олгогдсон	<input type="checkbox"/>	нөөцөнд байгаа

Урвал, хүндрэлийн төрөл:

- Цус задралгүй халуурах урвал
- Харшил буюу хэт мэдрэгшил (тууралт багтана)
- Анафилакси
- Цочмог цус задрах урвал
- Хожуу цус задрах урвал
- Буруу бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
- Эзэн биеийн эсрэг урвал
- Цус сэлбэлттэй холбоотой уушигны цочмог гэмтэл
- Цус сэлбэлтийн дараах пурлур
- Цус сэлбэлтийн дараах халдвар

Дүгнэлт :

Зөвлөмж.....

Судалгаа хийсэн их эмчийн нэр.....

Эмнэлгийн нэр:.....
 Тасгийн нэр:.....

ЦУСНЫ АВО, РЕЗУС БҮЛЭГ ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ

№	Он Сар өдөр	Эцэг /эх/-ийн нэр, өөрийн нэр	Нас хүйс	Илгээсэн эмнэлэг, тасгийн нэр	Цоликлон		Стандарт ийлдэс			Угаасан улаан эс		Резус	Дүгнэлт		Шинжилгээ		
					Анти-В	Анти-А	О	А	В	А	В		Анти-Д	АВО	Резус	хийсэн лаборант	хянасан эмч

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
 Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

Тэмдэглэл: 0 - Наалдац илрээгүй + Наалдац илэрсэн

Хуруу шилэнд наалдацын хүчийг (1+) – (4+) гэж зэрэглэнэ.

Тайлбар: Эмнэлгийн лабораторит хөтөлнө.

ХУВИЙН ТОХИРОО ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ МАЯГТ

1.Цус сэлбүүлэх өвчтөний цусны ABO, резус бүлэг тодорхойлсон протокол

№	Он сар өдөр	Өвчтөний овог нэр	Нас хүйс	Илгээсэн эмнэлэг тасаг	Моноклон эсрэг бие		Стандарт ийлдэс			Угаасан улаан эс		Моноклон эсрэгбие					Дүгнэлт	
					Анти-В	Анти-А	О	А	В	А	В	Анти-Д	Анти-С	Анти-с	Анти-Е	Анти-е	ABO резус бүлэг	Резус бүлэг

2.Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүний ABO, резус бүлэг тодорхойлсон протокол

№	Он сар өдөр	Сэлбэх улаан эсийн бүтээгдэхүүн					Моноклон эсрэгбие			Стандарт ийлдэс			Дүгнэлт	
		Нэр	Донорын код	Цуврал савлалтын №	Хүүдийний код	Хүчинтэй хугацаа	Анти-В	Анти-А	Анти-Д	О	А	В		
														Сэлбэх бүтээгдэхүүний ABO,резус бүлэг

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
 Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

3.Хувийн тохироо тодорхойлох шинжилгээ хийсэн протокол

№	Он сар өдөр	Өвчтөний		Бүтээгдэхүүний			Шинжилгээний үе шат				Дүгнэлт	
		Овог нэр	Нас хүйс	Нэр	Хүүдийний код	ABO Резус бүлэг	1-р үе шат	2-р үе шат	3-р үе шат	Ауто хяналт		

Оношлуурын үйлдвэрлэгчийн нэр..... Оношлуурын нэрс.....
 Оношлуурын лот дугаар..... Оношлуурын хүчинтэй хугацаа.....

Анхаарах нь : 1. Оношлууруудад дотоод хяналтыг өдөр тутам хийж шаардлага хангасан тохиолдолд хэрэглэнэ.
 2.протоколд наалдац өгсөн бол+,наалдац өгөөгүй бол 0 гэж тэмдэглэнэ.

Шинжилгээг хийсэн лаборант: _____ Шинжилгээг хянасан эмч _____

Тайлбар: Эмнэлгийн лабораторит хөтөлнө.

Эмнэлгийн нэр: _____

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

ЗООНОЗЫН ХАЛДВАРЫН ХҮНИЙ ӨВЧЛӨЛИЙН СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

А. Ерөнхий мэдээлэл					
1.Эцэг/эх/-ийн нэр:		3.Регистр: _____		5.Нас: _____	
2.Өөрийн нэр:		4.Хүйс: Эрэгтэй – 1 Эмэгтэй – 2		6.Ам бүл: _____	
7.Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гэрийн хаяг: _____ Түр оршин суугаа хаяг: _____ Утас: 1. _____ 2. _____		8.Боловсрол: 1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор		9.Гэр бүлийн байдал: 1. Огт гэрлээгүй 2. Батлуулсан гэр бүлтэй 3. Батлуулаагүй гэр бүлтэй 4. Тусгаарласан 5. Цуцалсан 6. Бэлбэсэн	
10А. Хөдөлмөр эрхлэлт /код/:		10Б. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан /код/:		11.Ажлын хаяг (сургууль, цэцэрлэг) _____	
Б. Тархвар судлалын холбогдол					
11. Эрсдэлд өртсөн эсэх Тийм – 1 Үгүй – 2 Тодорхойгүй - 3					
Он	Сар	Өдөр	Цаг	11.1 Шалтгаан	
				1. Амьтанд уруулж, ноцуулсан (Амьтны төрөл бичих) _____	
12. Эмнэлзүйн шинж тэмдэг илэрсэн					
Он	Сар	Өдөр	Цаг	2. Хачигт хазуулсан	
				3. Тухайн өвчний өвөрмөц шинж тэмдэг илэрсэн	
13. Эмнэлэгт үзүүлсэн Тийм – 1 Үгүй – 2					
Он	Сар	Өдөр	Цаг	4.Халдвартай хүнтэй хавьтал болсон	
				5. Бусад: _____	
14. Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх Тийм - 1 Үгүй - 2					
Он	Сар	Өдөр	Цаг		
14.1. Эмнэлгээс гарсан					
Он	Сар	Өдөр	Цаг		
15. Тавилан Эдгэрсэн – 1 Нас барсан – 2					
Он	Сар	Өдөр	Цаг		
16. Халдварт өртсөн газар					
Аймаг/ хот	Сум/дүүрэг	Баг/ хороо	Газрын нэр:		
В. Эмнэлзүйн шинж тэмдэг					
В1. Тарваган тахлын өвөрмөц шинж тэмдгүүд					
Гэнэт өндөр халуурах	Толгой өвдөх	Цустай суулгах			
Хоолонд дургүй болох	Ханиалгах амьсгал давчдах	Цустай цэр гарах			
Ядрах бие эвгүйрхэх	Булчирхай цочиж маш их эмзэглэлтэй болох	Чичрүүлэх			
В2. Галзуугийн өвөрмөц шинж тэмдгүүд					
Халуурах	Толгой өвдөх	Шарх хөндүүрлэх			
Дэмийрэх	Шүлс гоожих	Ус, гэрэл, дуу чимээнээс айх			
Хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдах					
Хэсэг газрын шархны байрлал:	(I)	(II)	(III)		
В3. Боомын өвөрмөц шинж тэмдгүүд					
Халуурах	Биеийн ил хэсэгт гүвдрүү, цэврүүт тууралт гарах				
Бөөлжих, суулгах	Эмзэглэлгүй хар тав үүсэх				
Дотор муухайрч хоолонд дургүй болох	Шархнаас их хэмжээний салсархаг шүүс гарах				

B4. Бруцеллёзын өвөрмөц шинж тэмдгүүд			
	Долгион маягтай халуурах		Том үе булчин өвдөх
	Толгой хүчтэй өвдөх		Хүзүү, суганы булчирхай томрох
	Шөнө хөлрөх		Элэг, дэлүү томрох
B5. Бэтгийн өвөрмөц шинж тэмдгүүд			
	Хэвлийгээр өвдөх		Арьсан дээр харшлын тууралт гарах
	Аюулхай орчимд хөндүүрлэх		Ханиалгах
	Аюулхайн дор чинэрэх, цанхайх		Цээжээр өвдөх,
	Элэг томорч эмзэглэлтэй болох		Ууц, нуруугаар өвдөх
	Хэвлий томрох, овойх		Хоолны дуршил буурах
	Баруун хавирганы нумаар өвдөх		
Бэтгийн байрлал: 1.Тархинд 2.Уушгинд 3.Элгэнд 4. Хэвлийд 5.Бусад эрхтэнд			
Г. Хамшинжийн мэдээлэл			
I	II		III
Цочмог халуурал бүхий	Халуурах	Нүдний салст үрэвсэх	1.Хачигт энцефалит 2.Хачигт риккетсиоз 3.Хачигт боррелиоз 4.Эрлихоз/анаплазма 3 5.Бабезиоз 6.Ку чичрэг 7.Хулгана тахал 8.Крым-Конгийн чичрэг 9.Денге халуурал 10.Хумхаа 11.Япон энцефалит 12.Баруун Нилийн чичрэг 13.Лептоспироз
	Хачиг хазсан хэсэгт үрэвсэж тавших	Арьсан дээр цэгчилсэн, толбот, гүвдрүүт тууралт, гарах	
Цагирган хэлбэрийн нүүмэл тууралт гарах			
Мэдрэлийн цочмог халдварын хамшинж	Гэнэт өндөр халуурах	Нүүр, мөч саажих, өвдөх	
	Ухаан бүдгэрэх, алдах	Толгой хүчтэй өвдөх	
Цочмог шарлалттай өвчний хамшинж	Бөөлжих, дагз хөших	Уналт, таталт өгөх	
	Арьс, салт шарлах	Хүүхэн хэл, зөөлөн тагнай, багалзуурын салстад тууралт гарах	
Хацар, хүзүү, нүдний салс улайх			
Цусархаг хам шинж	Халууралт удаан хугацаагаар үргэлжлэх	Цэгэн эсвэл цусархаг тууралт гарах	
	Цустай ханиах	Цустай бөөлжих	
	Өтгөн цустай гарах	Элэг дэлүү томрох	
	Хамраас цус гоожих	Бусад цусархаг шинж	
Бусад илэрсэн шинж тэмдэг: _____			
Д. Авсан арга хэмжээ			
17. Тухайн өвчний эсрэг вакцин тариулсан эсэх Тийм-1 Үгүй-2 Вакцингүй өвчин – 3			
Он	Сар	Өдөр	Цаг
17.1. Вакцины нэр:	17.2. Серийн дугаар:	17.3 Вакцины тунгийн хамралт: 1.Хамрагдаагүй 2. Бүрэн 3.Дутуу 4.Тодорхойгүй	
18.Тухайн өвчний эсрэг иммуноглобулин тариулсан эсэх Тийм-1 Үгүй-2			
Он	Сар	Өдөр	Цаг
19. Бусад арга хэмжээ:			18.1 Хэмжээ (мл):

Е. Оношийн баталгаажилтын мэдээлэл			
20. Сэжигтэй тохиолдол Үгүйсгэгдсэн - 1 Батлагдсан -2		21.1 Галзуугийн эрсдэлд өртсөн тохиолдолд халдварын эх уурхайн онош батлагдсан эсэх Тийм – 1 Үгүй -2 Тодорхойгүй-3	
22.Урьдчилсан онош:			23. Батлагдсан онош:
_____		_____	_____
24. Онош батлагдсан:			
Он	Сар	Өдөр	Цаг
_____	_____	_____	_____
25. Онош баталгаажилт: 1.Тархвар судлалаар 2. Эмнэлзүйгээр 3.Лабораториор 4.Дүрс оношлогоогоор 5. Эмгэг судлалаар 6. Бусад:			

Мэдээлсэн хүний нэр:		Албан тушаал:	
_____		_____	

Эрүүл мэндийн сайдын 20.... оны сарын тушаалаар батлав
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЗХӨ-7

ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮНГИЙН ХУУДАС

Дугаар№

Лабораторийн нэр -----
Сорьцын нэр, төрөл, тоо -----
Сорьц ирүүлсэн байгууллага/газрын нэр хаяг: -----
Сорьц авсан ----- он ----- сар ----- өдөр
Сорьц илрүүлсэн ----- он ----- сар ----- өдөр ----- цаг ----- минут
Сорьц хүлээлгэн өгсөн ----- Овог ----- Нэр
Лабораторит хүлээн авсан ----- он ----- сар ----- өдөр ----- цаг ----- минут
Шинжилгээнд тэнцсэн эсэх -----
Лабораторийн бүртгэлийн дугаар -----
Шинжилгээ эхэлсэн ----- он ----- сар ----- өдөр

Шинжилгээний аргын стандарт	Шинжилсэн үзүүлэлтийн нэр	Таньц	Шинжилгээний дүн

Дүгнэлт-----

Хариуны дагуу авах арга хэмжээ -----

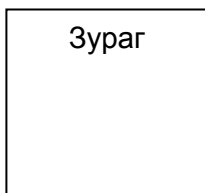
Хариу өгсөн ----- он ----- сар ----- өдөр
Нэмэлт тайлбар -----

ТЭМДЭГ Шинжилсэн эмч: -----

Тасгийн эрхлэгч: -----

Тайлбар: Шинжилгээний дүн нь зөвхөн тухайн сорьцонд хүчинтэй

5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДЭВТЭР



Зураг

РД.....

ЭМД.....

Эмч:.....

Дэвтэр нээсэн: _____ он _____ сар _____ өдөр

АГУУЛГА

Эхийн талаарх мэдээлэл

Жирэмсэн эхэд зориулсан зөвлөгөө

Төрөлтийн талаарх тэмдэглэл

Эхийн амны хөндийн эрүүл мэнд

Төрсний дараах хяналт

Хүүхдийн өсөлт хөгжилт ба эрүүл мэндийн үзлэг

Дархлаажуулалтын товллол

Тусгай тэмдэглэл

Эцэг эх асрамжлагчдад зориулсан зөвлөгөө

Өсөлтийн хүснэгтийн тухай ойлголт

Эрэгтэй хүүхдийн урт насны хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин уртын хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн урт насны хүснэгт(6 сараас 2 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (6 сараас 2 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин уртын хүснэгт (6 сараас 2 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн өндөр насны хүснэгт (2-5 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (2-5 нас хүртэл)

Эрэгтэй хүүхдийн жин өндөр хүснэгт(2-5 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн урт насны хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин уртын хүснэгт (6 сар хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн урт насны хүснэгт(6 сараас 2 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (6 сараас 2 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин уртын хүснэгт (6 сараас 2 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн өндөр насны хүснэгт (2-5 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин насны хүснэгт (2-5 нас хүртэл)

Эмэгтэй хүүхдийн жин өндөр хүснэгт(2-5 нас хүртэл)

НЭГ НАСТАЙ ҮЕИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТАЛААРХ ДҮГНЭЛТ

Үзлэг хийсэн: 20____ оны _____ сарын ____нд

Биеийн байдал, өсөлт бойжилт	
Хооллолтын байдал	
Сульдаагийн шинж	
Харшил	
Орчны харьцаа, оюун санааны хөгжил	
Амны хөндий, хэл, шүд	
Арьс салст (цус багадалт)	
Арьсан дорх өөхөн эдийн байдал	
Яс, булчингийн тогтолцоо	
Зүрх судасны тогтолцоо	
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо	
Хоол боловсруулах тогтолцоо	
Бөөр шээсний замын тогтолцоо	
Мэдрэлийн тогтолцоо	
Дархлаажуулалт	
Шинжилгээнүүд	
1 хүртэл насанд өвчилсөн өвчнүүдийн талаарх тэмдэглэл	
Эрүүл мэндийн ерөнхий байдал, зөвлөгөө:	
Эрүүл мэндийн байгууллага, эмчийн нэр:	

*Дэлгэрэнгүй бичнэ

ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ:			
Ургийн овог:		Хот, аймаг, дүүрэг	Сум, хороо
Эцэг / эхийн нэр:		Баг, хэсэг	
Нэр:		Гэрийн хаяг, утас:	
Яс үндэс:		Ажлын газар, албан тушаал, утас:	
Мэргэжил:	Боловсрол:	Гэр бүлийн байдал:	Ам бүлийн тоо:
Эрүүл мэндийн даатгалын дэвтрийн дугаар:		Регистрийн дугаар:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Биеийн өндөр (см)		Ердийн жин (кг)	Гэрлэсэн нас

ХҮҮХДИЙН ТӨРСӨН ТУХАЙ БАТЛАМЖ:				Төрөх тасаг бүхий Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, тамга			
Ургийн овог:				Хүйс: ЭР/ЭМ дугуйлан тэмдэглэ.			
Эцэг/ эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг		Сум, хороо	
Хүүхдийн нэр:				Баг, хэсэг			
Хүүхдийн нэр:				Гэрийн хаяг:			
Эрүүл мэндийн даатгалын дэвтрийн дугаар:				Регистрийн дугаар:			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Төрсөн он	сар	өдөр	цаг	Дээрх хүүхдийн төрснийг 20.....оны..... сарын....өдөр албан ёсоор бүртгэсэн болно.			

Хүүхдээ төрснөөс хойш 14 хоногийн дотор бүртгүүлж Төрсний гэрчилгээг авах ёстой!

Эх, эцэг асран хамгаалагч Та үүнийг мэдэх шаардлагатай:

Энэхүү дэвтэр нь эх, хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт хөгжлийн байдлыг дэмжих, үнэлэх зориулалттай бүртгэл юм.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэр бол жирэмсэн эмэгтэй та болон танай хүүхдийн эрүүл мэнд, өсөлт ба хөгжлийг бүртгэх үндсэн баримт болно.

Эрүүл мэндийн ажилтан та:

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийн улаан хүрээтэй хуудсуудад тэмдэглэл хөтөлж бөглөнө.

Эцэг, эх, асран хамгаалагч та:

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийн цэнхэр хүрээтэй хуудсуудад тэмдэглэл хөтөлж бөглөнө.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт танай хүүхдийг насанд нь болон хэрэгцээ шаардлагад нь тохируулан хэрхэн асрах, яаж хооллох тухай зөвлөмжүүд байгаа. Дээрх зөвлөмжүүдийг уншиж, тодруулах зүйлийг эмчээсээ асуугаарай.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийг эцэг эх болон асран хамгаалагч нар хэрэглэх боломжтой. Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт танай хүүхдийн эрүүл мэндийн бүхий л мэдээлэл байх тул дэвтрийг хадгалах нь чухал. Дараах тохиолдлуудад тухайлбал:

- Сум, өрх, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, төрөлжсөн мэргэжлийн эрүүл мэндийн байгууллагаар үйлчлүүлэх
- Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнээс зөвлөгөө авах үед
- Дархлаажуулалтанд хамрагдах
- Шүдний эмчид үзүүлэх
- Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх
- Эрүүл мэндтэй холбоотой бусад асуудлаар (осол, гамшиг) эрүүл мэндийн байгууллагад хандах үед авч ирээрэй.

ХҮҮХДИЙН ОРШИН СУУГАА ХАЯГ БОЛОН ШИЛЖИЛТ ХӨДӨЛГӨӨН

Оршин суугаа хаяг он.....сар.....өдөр	Түр оршин суугаа.....он.....сар.....өдөр	Шилжилт хөдөлгөөн он.....сар.....өдөр

ЭХИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Дараах өвчнөөр өвчилж байсан уу? гэж тэмдэгдлэнэ

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Цусны даралт ихсэх | <input type="checkbox"/> Бөөрний архаг үрэвсэл | <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин |
| <input type="checkbox"/> Халдварт шар өвчин | <input type="checkbox"/> Зүрхний өвчин | <input type="checkbox"/> Бамбайн булчирхайн өвчин |
| <input type="checkbox"/> Бусад өвчин (нэрлэнэ үү) | | |
-
-

Дараах халдварт өвчнөөр өвчилж байсан уу ? (дугуйлан зур)

Улаанууд Тийм / Үгүй Вакцин хийлгэсэн / Үгүй

Улаанбурхан Тийм / Үгүй Вакцин хийлгэсэн / Үгүй

Салхинцэцэг Тийм / Үгүй Вакцин хийлгэсэн / Үгүй

Мэс засал хийлгүүлж байсан уу ? Тийм / Үгүй

Тийм бол
ямар:.....

Тамхи татдаг уу ? Тийм (өдөрт _____ тамхи татдаг) / Үгүй
Архи хэрэглэдэг үү ? Тийм / Үгүй / Хааяа

Нөхрийн эрүүл мэнд: Сайн / Муу (Өвчин юм уу зовиур:

.....)
Нөхрийн цусны бүлэг :А В О

Энэ дэвтрийг эмчид үзүүлэхдээ авчирна уу. Эмнэлэг эмч өөрчлөгдсөн тохиолдолд энэ дэвтэр таны эрүүл мэндийн түүх болох тул хаяж гээгдүүлж болохгүй .

Хэдэн удаа жирэмсэлсэн.....
Хэдэн удаа төрсөн
Одоо хэдэн хүүхэдтэй
Үүний өмнөх жирэмслэлт хэдийд яаж төгссөн?.....
Дутуу төрж байсан эсэх (жирэмсний 22-36 долоо хоног хүртэл).....хэдэн удаа ?
Зулбаж байсан эсэх (жирэмсний 22 долоо хоногоос өмнө ) .....хэдэн удаа ?

ЭХИЙН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

Жирэмсэн үеийн хөдөлмөрийн нөхцөл	Одоо ажил хийдэг үү ?	Одоогоор ажилгүй / орон тооны ажилтан / орон тооны бус ажилтан / хувиараа ажил эрхэлдэг/ гэрээр ажилладаг бусад (.....)		
	Ямар ажил эрхэлдэг вэ ?			
	Өдөрт хэдэн цаг ажилладаг вэ ?	() цаг, завсарлага () минут		
	Ажилдаа яаж очдог вэ ?	Нийтийн тээвэр, такси, явган, хувийн тэргээ өөрөө жолоодож		
	Ажилдаа хэдэн минут, цаг явж хүрдэг вэ ?	Нэг талдаа () минут	Хэр шахцалддаг вэ?	Маш их шахцалддаг Хэвийн
Жирэмсэн байх үеийн ажлын нөхцөл байдал		Хортой / Хүнд / Хэвийн / Бусад.....		
		Ажлаа сольсон: (_____ жирэмсний долоо хоногт)		
		Бусад:		
Төрөхийн өмнөх жирэмсний амралт		_____ жирэмсний долоо хоногтойгоос буюу _____ (сараас) _____ (өдрөөс) нийт _____ өдөр		
Төрсний дараах амралт		_____ (сараас) _____ (өдрөөс) нийт _____ өдөр		
Амьдралын нөхцөл байдал		Амины орон сууц / Орон сууцны байранд / Гэрт / Бусад		
Хэнтэй хамт амьдардаг вэ?		Хүүхдүүд: (тоо:____), Нөхөр, Хадам аав, Хадам ээж		
		Өөрийн аав , өөрийн ээж, бусад (тоо:_____)		

ЖИРЭМСЭН ЭХЧҮҮДИЙН СУРГАЛТАНД ТОГТМОЛ ОРОЛЦОЖ ТЭМДЭГЛЭНЭ ҮҮ.

Он сар өдөр	Жирэмсний хугацаа	Хаана ямар сэдвээр оролцсон

ЖИРЭМСНИЙ ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

Сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн эхний өдөр 20__ оны __ сарын __													
Ургийн анхны хөдөлгөөн мэдэрсэн өдөр (нөхөж бич !)20__ оны __ сарын __													
Амаржих товлал: (сүүлийн сарын тэмдэг ирсэн өдөр дээр 7-г нэмж сараас нь 3-г хасна)20__ оны __ сарын __													
Жирэмслэлтээс хамгаалах ямар арга хэрэглэдэг байсан (бич).....													
Цусны бүлэг (зур)			A B O		Ph + -		20__ оны __ сарын __						
Үзүүлсэн өдөр	Одоогийн зовиур	Цусны даралт	Биеийн жин	Жирэмсний хугацаа (долоо хоног)	Хаван	Хэвлийн тойрог	Шээсний шинжилгээ		Төмрийн бэлдмэл	Фоллийн хүчил	Олон найрлагат	Зөвлөгөө	Эмнэлгийн байгууллага, эмч
							Уураг	глюкоз					
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
		/	кг	.....	- +	см							
Гепатит В вирусийн эсрэгтөрөгчийг илрүүлэх шинжилгээ			20__ оны __ сарын __			Флюр шинжилгээ					20__ оны __ сарын __		
Бусад шинжилгээ:			20__ оны __ сарын __			Хооллолтын зөвлөмж өгсөн					20__ оны __ сарын __		

ЖИРЭМСНИЙ 10-12 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: ядарч сульдах, бөөлжис цутгах болон хааяа бөөлжих, толгой өвдөх, бие сулрах мөн таны хөх хэмжээгээрээ томорч зөөлөрнө.
- Хэвлий дэх хүүхдийн зүрх цохилж, гар, хөл, нүүр болон бусад том эрхтэнүүд хэлбэрээ олж эхэлнэ.
- Үтрээнээс нилээд өнгөгүй ялгадас гарч болно.
- Жирэмсний хугацаанд бие дэх бодисын солилцоо өөрчлөгддөг тул буйлны өвчинд өртөх эрсдэлтэй. Энэ нь ураг зулбах, дутуу болон бага жинтэй төрөхөд нөлөөлдөг тул жирэмсэн үедээ шүдний эмчид заавал хандаарай.
- Энэ үед архи, тамхи хэрэглэх болон эмчийн зөвшөөрөлгүй эм ууж болохгүй.

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСНИЙ 12-16 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Үтрээнээс өнгөгүй ялгадас гарах, ууц нуруугаар чилэх,
- Жирэмсний эхэн үед илэрч байсан дотор муухайрах, огиулах, бөөлжих болон ядарч сульдах нь багасна.
- Энэ үед хэвлий дэх хүүхдийн яснууд бүрэлдэн бэхжиж эхэлдэг.

ЖИРЭМСНИЙ 16-20 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Хэхрэх болон гэдсэнд хий дүүрэх амьсгаадах, хацар, хамар, дух сэвхтэх болон хөхний толгойн өнгө бараан болж өөрчлөгдөнө.
- Хэвлий дэх хүүхдийн эрхтнүүд хэлбэрээ олж өсч томорно.
- Сулхан түлхэх хөдөлгөөнийг мэдэрч эхэлнэ.
- Жирэмсэн байх хугацаанд сэтгэлийн хөөрөл болон сэтгэл гутрал давхцаж байдаг. Хэрэв та хэт их сэтгэлийн хөөрөл болон гутралтай байвал эмчдээ хандаарай.

ЖИРЭМСНИЙ 20-24 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: үтрээнээс өнгөгүй ялгадас гарах, ангир уураг ялгарч эхэлнэ: хөхнөөс шаргалдуу цэхэр өнгөтэй шингэн ялгарах ба энэ нь таны хүүхдийн анхны хоол юм.
- Хэвлий дэх хүүхдийн зүрхний цохилт чагнуурт сонсогдоно. Толгойн үс, сормуус нь ургаж эхэлнэ.
- Хүүхэд зулбах болон дутуу төрж болзошгүй шинж тэмдгүүд: умайн булчин агшиж чангарах, хэвлийн доод хэсгээр тогтмол базлах, үтрээнээс ялгарах шингэний хэмжээ нэмэгдэж, тунгалаг усархаг эсвэл цусархаг өнгөтэй болно. Хэрэв эдгээр шинжүүд илэрвэл яаралтай эмнэлэгт хандах буюу эмч дуудаарай.
- Нурууны өвдөлтөөс сэргийлэхийн тулд намхан өсгийтэй гутал өмсөөрэй.

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСНИЙ 24-28 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд: ууц нуруугаар чилэх, өтгөн хатах, цагаан мах гарах, буйл хавагнах ба буйлнаас цус гарах, ангир уураг ялгарах, хэхрэх ба гэдсэнд хий дүүрэх, амьсгаадах, хөл, гар хөөнгөтөх, үтрээнээс шингэн ялгарах, хөлийн судас өргөсөх.
- Хүүхэд эхийн хэвлийдээ эрхий хуруугаа хөхөх, ургийн хөдөлгөөн ихэсдэг.
- Шүдний бүтэц бүрэлдэж эхэлнэ.

ЖИРЭМСНИЙ 28-32 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Өмнөх шинжүүд дээр нэмэгдэж хэвлийгээр бага зэрэг хатуурах, нуруугаар өвдөх, бие сулрах, зүрх дэлсэх, жирэмсний язралт судал үүсэх, ядрах байдал илэрнэ.
- Хэвлий дэх хүүхэд чинь их түргэн өсч байгаа бөгөөд нүдээ нээж, гар болон хөлөө чөлөөтэй хөдөлгөж чадна.
- Бага, багаар олон удаа хооллох. (Энэ нь хэхрэх болон ходоодны таагүй мэдрэмжийг багасгана.)
- Удаан хугацаагаар ханиах, зүрх дэлсэх, бэлэг эрхтэн загатнах, үтрээнээс идээт ялгадас гарвал эмчид яаралтай хандаарай

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСНИЙ 32-34 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Өмнө дурьдсан шинжүүдээс гадна хөлийн шөрмөс татах, амьсгал давчдах, нойронд муудах.
- Хүүхдийн хөдөлж байгаа нь гаднаас мэдэгдэж, харагдана.
- Зулбах эсвэл дутуу төрөх эрсдлийн шинж тэмдэг байгаа эсэхийг “Жирэмслэлтийн талаарх мэдээлэл хуудас”наас шалгаарай.

ЖИРЭМСНИЙ 34-37 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны хүүхдийн жин ойролцоогоор 2.5 кг байна.
- Эмчээсээ В бүлгийн стрептококкийн халдварын шинжилгээний дүнг асуу.
- Амаржих газарт ирэхэд шаардлагатай зүйлсээ бэлтгэ. Үүнд: саван, шүдний оо, сойз, солих хувцаснууд, гар нүүрийн алчуур, шаахай, хөхний даруулга, дотуур хувцас, ариун цэврийн хэрэгсэл, хүүхдийн өлгий, малгай, хувцас, живх, эрүүл мэндийн дэвтэр, ойр зуурын бэлэн мөнгө, орны хэрэгсэл гэх мэт

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСНИЙ 38-40 ДОЛОО ХОНОГТОЙД ТАНЫ МЭДЭЖ БАЙХ ЗҮЙЛС:

- Таны биед илрэх хэвийн өөрчлөлтүүд нь: Умайн булчингийн агчилт, нуруугаар өвдөх, өтгөн хатах, хөлийн судас өргөсөх, хөх томрох болон ангир уураг ялгаралт нэмэгдэх, заримдаа хөлний шөрмөс татах, гар хөл хөөнгө болох, үтрээний ялгадас ихсэх
- Ургийн ихэвчлэн доошоо харж байрласан байдаг.
- Төрөхөд бэлэн болсон байна.
- Та эмнэлгээс алс оршин суудаг бол эхийн амрах байранд очих өдрөө товлоорой.

Тэмдэглэл:

.....

.....

.....

.....

.....

ЖИРЭМСЭН ҮЕД ДАРААХ ШИНЖҮҮД ИЛЭРВЭЛ ЭМЧИД ХУРДАН ХАНДААРАЙ

Үтрээнээс цус алдах

38 градусаас дээш халуурах

Толгой хүчтэй өвдөх, нүд эрээлжлэх, цусны даралт 140/90-ээс дээш болох

Нуруугаар байнга өвдөх

Үтрээнээс шингэн их ялгарах

Биеийн жин огцом нэмэгдэж, гар хөл, шагай болон нүүрээр хавагнах

Гэнэт хэвлий аарцагаар үргэлжлэн өвдөх

Тогтмол дуншиж өвдөх

(Ялангуяа 37 долоо хоногоос эрт, цагт 4-өөс доошгүй удаа)

Ургийн хөдөлгөөн удаашрах болон хөдлөхгүй болох

(хэвийн үед цагт 4-өөс доошгүй хөдөлдөг)

**ТӨРӨЛТИЙН ТАЛААРХ ТЭМДЭГЛЭЛИЙГ АМАРЖИХ
ГАЗРЫН ЭМЧ, ЭХ БАРИГЧ БӨГЛӨНӨ**

Амаржих газрын нэр: _____ тасгийн дугаар _____

Жирэмсний тээлтийн хугацаа		_____ долоо хоног			
Төрсөн он сар өдөр	20 _____ оны _____ сарын _____ өдрийн _____ цаг _____ минут				
Ургийн байрлал/ Түрүүлсэн хэсэг	Хэвийн/толгой буруу/ өгзөг түрүүлсэн <input type="checkbox"/> Бусад(_____				
		Нэмэлт зүйл:			
Төрөлтийн үргэлжилсэн хугацаа		Цус алдсан бол	Хүндрэлтэй/ Үгүй	Эх төрөхдөө А аминдэм уусан	Тийм
	цаг	хэмжээ _____			Үгүй

Нярайн дугаар

Нярайн төрөх үеийн байдал	
Хүйс (зур)	Эрэгтэй / Эмэгтэй /Тодорхой бус /Нэг хүүхэд / Ихэр
Жин: _____ кг,	Урт: _____ см, Толгойн тойрог: _____ см
Төрөх үед илэрсэн согог :	Тийм/ Үгүй
Нярайн эрүүл мэнд	
1. Төрөнгүүт уйлсан _____ Тийм/ Үгүй	Тэмдэглэл:
2. Хэсэг хугацааны дараа уйлсан _____ Тийм/ Үгүй	
3. Уйлаагүй _____ Тийм/ Үгүй	
4. Бие нь бүхэлдээ ягаан харагдсан _____ Тийм/ Үгүй	
5. Гар хөл нь хөхөрсөн _____ Тийм/ Үгүй	
6. Бие нь бүхэлдээ хөх харагдсан _____ Тийм/ Үгүй	
7. Амьсгаагүй _____ Тийм/ Үгүй	

8. Апгарын оноо _____ Тийм/ Үгүй		
Нярайн нэн шаардлагатай тусламж-		
1. 1 цагийн дотор ангир уургийг амлуулсан _____ Тийм/ Үгүй	Тэмдэглэл:	
<ul style="list-style-type: none"> • Арьс, арьсаар шүргэлцүүлэх (хугацаа) • Хуурайшуулах 		
2. К1 аминдэм тариулсан _____ Тийм/ Үгүй		
3. Нүдэнд антибиотик хэрэглэсэн _____ Тийм/ Үгүй		
4. БЦЖ, Гепатит В, халдварт саагийн эсрэг вакцин хийсэн _____ Тийм/ Үгүй		
5. Скрининг: Нүд _____ Тийм/ Үгүй Сонсгол _____ Тийм/ Үгүй Түнхний үе _____ Тийм/ Үгүй Бодисын солилцоо _____ Тийм/ Үгүй Удам зүйн шинжилгээ _____ Тийм/ Үгүй		
Эх барьж авсан:	Эмч :	Бусад:
	Эх баригч:	

Нярайд дараах аюултай шинжүүдийг шалгах	
<ul style="list-style-type: none"> ● Шарлалт /хөлийн ул, гарын алга, шарлалтын хугацаа/ ● Бие нь халуун болох, халуурах, ● Унтаарах ● Арьсан дээр идээт тууралт гарах ● Хүйнээс идээрхэг ялгадас гарах 	<ul style="list-style-type: none"> ● Амьсгалын тоо 1 минутанд 60-аас дээш ● Хөхөө хөхөхгүй болох ● Бөөлжих ● Шээс ховор болох

ЭХИЙН ТӨРСНИЙ ДАРААХ БИЕИЙН БАЙДАЛ

Эхийн тэмдэглэл

- Та заримдаа сэтгэлээр унах юмуу эсвэл бие сульдаж тамиргүй болдог уу?
Тийм / Үгүй
- Төрсний дараа таны биед илэрч буй өвчин болон өөрчлөлтийн талаар энд тэмдэглэнэ үү.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Төрсний дараа анх усанд орсон	Төрснөөс хойш _____ өдрийн дараа	Гэр орны ажлыг эргэн хийж эхэлсэн	Төрснөөс хойш _____ өдрийн дараа
Ажилдаа эргэн орсон	Төрснөөс хойш _____ өдрийн дараа	Биеийн юм ирсэн	Төрснөөс хойш _____ өдрийн дараа
Гэр бүл төлөвлөлтийн тухай мэдээлэл авсан	Тийм / Үгүй (эмч/ зөвлөгч өгсөн) 20__ оны __ сарын __ өдөр		

ЭХИЙН АМНЫ ХӨНДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД

(төрөхийн өмнөх болон төрсний дараах үе)

														Жирэмсний долоо хоног				
														Төрсний дараах долоо хоног				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Шүдний чулуужсан өнгөр		Тийм
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			Үгүй
														Буйлны өвчин		Үгүй Буйлны үрэвсэл Перидонтит		
Зөвлөгөө:																		
Үзлэг хийсэн огноо: 20 оны сарын																		

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН ЭХИЙН БИЕЙН БАЙДАЛ

Үзүүлсэн өдөр	Одоогийн зовиур	Цусны даралт	Биеийн жин	Хаван	Хэвлийн тойрог	Бусад шинжилгээ	Төмрийн бэлдмэл	Фолийн хүчил	Олон найрлагат бичил тэжээл	Кальци, А,Д аминдэм бүхий бэлдмэлүүд	Эмнэлгийн байгууллага, эмч
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						
		/	Кг	• +	см						

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Эхийн байдал: <ul style="list-style-type: none"> • Хэвийн Тийм/ Үгүй • Өвчтэй Тийм/ Үгүй • Бусад Тийм/ Үгүй 	Нярайн байдал: <ul style="list-style-type: none"> • Хэвийн Тийм/ Үгүй • Өвчтэй Тийм/ Үгүй • Бусад Тийм/ Үгүй
---	--

ТӨРСНИЙ ДАРААХ ЭХЭД ГАРЧ БОЛЗОШГҮЙ ХҮНДРЭЛ

• Цус алдалт	Тийм / Үгүй
• Халдвар	Тийм / Үгүй
• Цусны даралт ихэссэн	Тийм / Үгүй
• Хөх	Тийм / Үгүй
• Бусад	Тийм / Үгүй

НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Амаржих газрын нярайн эмч бөглөнө)

Хэд хоногтой	Жин (кг)	Хөхөх чадвар	Шарлалт	Бусад
		Сул/хэвийн	Байхгүй/Хэвийн / Хүнд	
Илэрсэн өвчин	Үгүй	Тийм ()		
Тийм бол хийгдсэн эмчилгээ:				

АМАРЖИХ ГАЗРААС ГАРАХ ҮЕИЙН

БИЕИЙН БАЙДАЛ

(20__ оны ____ сарын ____ өдрийн байдлаар төрсний дараах ____ дах өдөр)

Жин (кг)	Хооллолтын байдал: <input type="checkbox"/> хөхөөр <input type="checkbox"/> Холимог <input type="checkbox"/> Тэжээвэр
Нярайн биеийн байдал:	
Эмч, эрүүл мэндийн байгууллагын нэр:	Утасны дугаар:

НЭГ ХҮРТЭЛХ НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТ

Эрүүл мэндийн төвийн эмч, сувилагч нэг хүртэлх насны хүүхдэд гэрийн эргэлтийг дараах төлөвлөгөөний дагуу асуумж, эргэлтийн хуудас, зөвлөмжийг ашиглан хийнэ.

Нас	1 сар хүртэл /7 хоногоор/				2 сар хүртэл /7хоногоор/		3-12 сар хүртэл /сараар/									
	24-72 цаг	2	3	4	5-6	7-8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Эргэлтийн дугаар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
24-72 цагийн доторх эргэлтийн хуудас	•															
2, 3, 4 дэх эргэлтийн хуудас		•	•	•												
5, 6 дахь эргэлтийн хуудас					•	•										
3, 4 сартай үеийн эргэлтийн хуудас							•	•								
5, 6 сартай үеийн эргэлтийн хуудас									•	•						
7, 8 сартай үеийн эргэлтийн хуудас											•	•				
9, 10 сартай үеийн эргэлтийн хуудас													•	•		
11, 12 сартай үеийн эргэлтийн хуудас															•	•
Дархлаажуулалт	Дархлаажуулалтын үндэсний товлолын дагуу хийх															
А аминдэм										•						•
Д аминдэм (урьдчилан сэргийлэх зорилгоор)		•		•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Гэрийн эргэлттэй холбоотой шаардлагатай мэдээлэл

- Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн танай хүүхдийг 1 хүртэлх сартайд сард 4 удаа, 1-2 сартайд сард 2 удаа, 3-6 сартай хүүхдийг сар тутамд, 7-12 сартай хүүхдийг улиралд нэг удаа гэрээр эргэнэ.
- Эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг эргэлтээр очихоос өмнө хүүхдийн эцэг эх, асрамжлагчаар урьдчилан бөглүүлнэ.
- Гэрийн эргэлт бүрийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тэмдэглэн, эцэг, эх, асран халамжлагчийн гарын үсгийг зуруулна.

ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

ТӨРСНИЙ ДАРААХ 24-72 ЦАГИЙН ДОТОРХ ЭРГЭЛТ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.	
Эхийн сэтгэл, санааны байдал	<input type="checkbox"/> Миний эрүүл мэнд <input type="checkbox"/> Миний сэтгэл таагүй байна <input type="checkbox"/> Би гэр бүлийн дарамттай байна <input type="checkbox"/> Хүмүүс хүсээгүй байхад зөвлөгөө өгвөл хэрхэх вэ?
Хүүхдэдээ дасах	<input type="checkbox"/> Хүүхдэдээ хэр дасаж байна вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хаана унтуулах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн орны аюулгүй байдлыг хэрхэн хангах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхэд нойрсох, сэрэх хэмнэл ямар байх ёстой вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн тайвшруулах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ ямар байрлалаар хэвтүүлэх вэ?
Хүүхдээ хооллох	<input type="checkbox"/> Мариалж байгааг нь яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхэд өлссөн буюу цадсаныг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хангалттай хэмжээгээр хөхөж байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллох нь ямар ач холбогдолтой вэ? <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээл хэрэглэж болох уу? <input type="checkbox"/> Гулигах нь аюултай юу? <input type="checkbox"/> Шарлах (арьс шар болох) шинж илэрсэн тохиолдолд яах вэ? <input type="checkbox"/> Жин, урт нь хэвийн байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Зөв үмхэлтийн шинжийг мэдэх үү?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Хүүхдийн дэргэд тамхи татах ямар аюултай вэ? <input type="checkbox"/> Архи ууж болох уу? <input type="checkbox"/> Усанд оруулахад усны хэм ямар байх вэ? <input type="checkbox"/> Ухаалаг утасны хэрэглээ хүүхдэд ямар нөлөөтэй вэ? <input type="checkbox"/> Ямар тохиолдолд эмч дуудах вэ?
Хүүхдийн асаргаа	<input type="checkbox"/> Хүүхэд халуурсан эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хувцаслах талаар? <input type="checkbox"/> Усанд оруулах <input type="checkbox"/> Чих, нүд, хамар, ам, бэлэг эрхтэн цэвэрлэх <input type="checkbox"/> Арьс арчилгаа <input type="checkbox"/> Гар угаах

Таны хүүхдийн тухай асуултууд

Амаржих газраас гарснаас хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
--------------	--

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? Үгүй Тийм бол бичих

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?

Нүүсэн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа гарсан Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Баярт үйл явдал Өөрчлөлт гараагүй Өөр өөрчлөлт гарсан бол тайлбарлана уу:

Сүүлийн 2 долоо хоногийн турш, дараах асуудлууд танд хэр олон тохиолдсон бэ?

1. Аливаа зүйлийг хийх сонирхолгүй, эсвэл таашаахгүй

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

2. Сэтгэлээр унах, гутрах, найдваргүй мэт санагдах

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

Танай гэр бүлд сүрьеэгийн халдвартай хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд ХДХВ-ийн халдвартай хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг үү?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн хөгжил

Төрснөөс хойш таны хүүхдэд илэрсэн өөрчлөлт байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхэд тань (тэмдэглэнэ үү):

Хөхөндөө сайн байгаа Таныг харж байна уу? Хуурайлах болон өлгий, хувцсыг тайлахад суниадаг Таны дууг сонсоод тайвширч, толгойгоо эргүүлж байгаа Аажим, гүнзгий хөхөж, завсарлагаатай залгиж, чөлөөтэй амьсгалж байгаа Ихэвчлэн тайван унтдаг Түрүүлгэ нь харуулан хэвтүүлэхэд эрүүгээ бага зэрэг өргөж чадаж байна Гарт бариулсан бүхнийг атгана

Таны хүүхдийн жин: кг, урт см

Төрсний дараах 24-72 цагийн доторх эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр	Харилцааны хэл	Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм	
РД			
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)
Биеийн хэм		Төрсөн өдөр	
Нас/хоног/		<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм	

Төрөх үеийн түүх	Бодит үзлэг
<input type="checkbox"/> Хугацаандаа төрсөн _____ Д/Х Төрөх үеийн жин _____ г Эмнэлгээс гарах үеийн жин _____ г Нярайн сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хийгдсэн ба хэвийн Өөрчлөлттэй бол бич: _____ Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хянасан _____ <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай	√= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Толгой/Зулай <input type="checkbox"/> Нүд (хүүхэн харааны гэрлийн урвал) <input type="checkbox"/> Чих/Сонсголтой <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Хэвлий (хүй, урд ханын судас) <input type="checkbox"/> Арьс (тууралт, шарлалт) <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, тэгш байдал, нярайн рефлекс) <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____ _____ _____
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал	Үнэлгээ
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар Гэр бүлийн нөхцөл байдал Шинэ хүүхдэдээ эцэг эх хэрхэн дасаж байгаа байдал Эхийн сэтгэл гутрал <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй Шинэ хүүхдэд ах/эгчийн хандлага _____ Ажил, сургуульдаа хэзээ орох _____ Хүүхдээ асрах төлөвлөгөө _____	_____ _____ _____
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал	Зөвлөгөө, мэдээлэл (Ярилцсан/тараах материал өгсөн)
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан Нэг удаад хооллох хугацаа хооллодог /минут/ _____ Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт давтамж _____ <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ <input type="checkbox"/> Товлолын дагуу дархлаажуулалтад хамрагдсан	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Төрсний дараах үе • Унтах • Өдөр тутмын амьдрал • Тайвшрах арга <input type="checkbox"/> Нярайн асаргаа • Аюултай шинжийг таних, тусламж хайх • Гараа тогтмол угаах • Нарны шууд тусгалаас зайлсхийх • Усанд оруулах, цэвэрлэх • Хувцаслах • Өдөрт 6–8 живх солих <input type="checkbox"/> Хоол тэжээлийн хангалт • Эхийн сүүгээр дагнан хооллох • Саатуулах хөхөлт, угж хэрэглэхээс татгалзах <ul style="list-style-type: none"> • 14 хоногтойгоос эхлэн Витамин Д өгөх, дутуу төрсөн нярайд төрсөн цагаас эхлэн Д витамин өгөх <input type="checkbox"/> Эцэг эхийн сайн сайхан байдал • Төрсний дараах айдас • Тусламж авах • Хүүхэд унтсан үед эх өөрөө унтах <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Архигүй орчин • Тамхигүй орчин • Ухаалаг утасны хэрэглээ • Сэгсрэхгүй байх • Түлэгдлээс сэргийлэх • Усны хэм • Хүүхдийн орны аюулгүй байдал
Цаашид авах арга хэмжээ	
_____ _____ _____ _____ _____	

	Нэр	Гарын үсэг
Эмч		
Сувилагч		
Эх		

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4А) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ
Төрсний дараах 24-72 цагийн доторх эргэлт

Таны гэр бүлд хэрэгтэй байж болох зарим зөвлөгөөг танд хүргэж байна

<p>Эхийн сэтгэл, санааны байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Танд хэдэн өдрийн турш таагүй, гунигтай, хэт ачаалалтай санагдаж байвал биднийг дуудаарай, • Хүүхдээ унтаж байгаа үед та ч мөн унтахыг хичээгээрэй, • Шаардлагатай тохиолдолд гэр бүл, найз нөхдийнхөө тусламжийг аваарай, • Ах, эгчид нь дүүгийнхээ асаргаанд хялбар, аюулгүй аргаар туслах боломжийг олгоорой, • Хүүхэд бүртэйгээ ганцаарчилсан, тусгай цагийг өнгөрүүлээрэй, • Гэр бүлээрээ тогтмол хийдэг зүйлсээ алдагдуулалгүй үргэлжлүүлээрэй, • Хэн нэгэн танд хэрэггүй, санал нийлэхгүй эсвэл хүсээгүй зөвлөгөө өгвөл инээмсэглэ, талархал илэрхийл, сэдвээ өөрчил. <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг 6 сар хүртэл дусал ус ч өгөлгүй зөвхөн эхийн сүүгээр дагнан хооллох, • Хоногт 8-12 удаа хоолло, • Та хүүхдэдээ угж буюу хөхөлт хэрэглэхээс зайлсхийх, • Хүүхэд тань өлссөнийг илтгэх шинжүүд: <ul style="list-style-type: none"> ○ Гараа амандаа хийх ○ Гараа хөхөх ○ Хөхөө хайх ○ Уйлах ○ Хэлээ булталзлуулах • Хүүхэд цадсаныг илтгэх шинжүүд: <ul style="list-style-type: none"> ○ Толгойгоо эргүүлэх ○ Амнаасаа хөхөө гаргах ○ Хүүхэд тайван болох • Та өөрөө харшилдаг хоолноосоо зайлсхий, • Хүүхэд хөхөө хөхөх цаг болсон ч унтаж байвал, эсвэл хөхөж байгаад унтвал дараах байдлаар сэрээж үргэлжлүүлэн хөхүүлнэ: <ul style="list-style-type: none"> ○ Алгаараа зөөлөн хүрэх ○ Живхийг солих ○ Хувцсыг нь тайлах • Эрүүл мэндийн ажилтан танд хүүхдээ хэрхэн байрлуулах, хэрхэн илүү түхтайгаар хөхүүлэх талаар мэдээлэл, зөвлөгөө өгнө (зөв үмхэлт, зөв байрлал), • Сүүгээ саах, хадгалахтай холбоотой аливаа бэрхшээл байвал бидэнд хандаарай. 	<p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай, • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. <p>Хүүхдийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг дулаан байлгах, арьс арьсаар шүргэлцүүлэх, • Суганы халуун хэмжигч ашиглах, • Биенийн хэм 38 буюу түүнээс дээш хэм байх үед биднийг дуудаарай, • Хүүхдэд хүрэхийн өмнө хүн бүр гараа тогтмол угаа, • Олон хүн цугларсан газраас зайлсхий, • 6-8 живх сольж байгаа эсэхийг анзаар, • Хүүхдээ нарны шууд тусгалаас хол байлгах. Гарцаагүй наранд гарахаар тохиолдолд хүүхдэд зориулагдсан нарны тос хэрэглэх, • Хүүхдээ тавтай байлга: <ul style="list-style-type: none"> ○ Толгойд зөөлөн хүр ○ Зөөлөн бүүвэйл ○ Усанд оруулах, хооллох, унтуулах, өдөр бүр хүүхэдтэйгээ ярих, • Өрх, сумын ЭМТ дээрээ хүүхэд асрах, өсөлт, хөгжлийг дэмжих сургалтанд хамрагдаарай. <p>Хүйг арчлах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг төрснөөс 24 цагийн дараа хүйг хавчсан хуванцар хавчаарыг авдаг. • Үүний дараа хүйний тав нь хавдаж хөөсөн байдалтай байх бөгөөд 3-6 хоногийн дотор хатаж унахыг хүй цөглөх гэнэ. • Хүй цөглөснөөс хойш хүйснээс бага зэрэг цусархаг шүүс гарч болно. • Харин хүйснээс идээрхэг ялгадас гарч, эвгүй үнэртэж, хүйн эргэн тойрны арьсны өнгө улайх үед эмчид даруй хандаарай. • Хүйнд ямар ч эмийн бодисыг хэрэглэж, цэвэрлэхийг хориглоно. <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Орон дээр унтахад нь тусал: <ul style="list-style-type: none"> ○ Хүүхдийг аль болох тусад нь унтуулахыг эрмэлз, хамт унтахаас зайлсхийх, ○ Аюулгүй байдлыг хангасан манеж дотор хэвтүүл (манежны хажуугийн хаалт нь доошилдоггүй, хөндлөвч мод хоорондын зай 6 см-ээс ихгүй байх), ○ Хэрэв манежны хажуугийн хаалт дээш, доош гүйдэг бол дээш нь 	<ul style="list-style-type: none"> ○ болгож, байнга түгж, ○ Хүүхдийг хэвтэх, унтах газарт манежинд жижиг дэр, зөөлөвч, тоглоом байлгаж болохгүй, • Хүүхдээ халуун ус, халуун уух юмнаас хол байлгах, • Хүүхдээ тэвэрч байх үедээ халуун юм уухгүй байх, • Ус халаагуурын температурыг 48 хэмээс доош байлга, • Хүүхдээ усанд оруулахын өмнө ванны усны халууныг бугуйгаа дүрж шалга, • Машинадаа болон гэртээ тамхи татахгүй байх, • Асрамжлагч машинаар явах үедээ үргэлж аюулгүйн бүс хийх, согтууруулах ундаа хэрэглэсэн үедээ хэзээ ч бүү машин барь, • Дараах шинжүүд илэрвэл бидэнд яаралтай хандаарай. <ul style="list-style-type: none"> ○ Хөхөндөө муудах, ○ Өндөр халуурах, ○ Биенийн халуун буурах, ○ Биенийн байдал дордох, ○ Арьс, салст шарлах, ○ Татах, ○ Амьсгалын тоо олшрох (1 минутанд 60 буюу түүнээс дээш), ○ Амьсгалаа түгжих, ○ Амьсгал саадтай байх, ○ Унтаарсан буюу ухаангүй, ○ Баас цустай гарах, ○ Идээт тууралт гарах, • Яаралтай тохиолдолд холбогдох утасны жагсаалтыг бэлэн байлгах. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Таны хүүхэдтэй холбоотой ямар нэгэн эргэлзээ, санаа зовоосон асуудал, • Хүүхдээ хооллох, өсөлт бойжлыг хэрхэн хянах, • Таны хүүхэд гэр бүлд тань хэрхэн дасаж байгаа, • Өөрийн тань эрүүл мэнд, • Ажил, сургуульдаа эргэн орох төлөвлөгөөний тань талаар, • Хүүхдээ асрах, хамгаалах талаар, • Гэр, орчин, машины аюулгүй байдал, • Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцахаа ээжтэй зөвшилцөх.
---	---	--

**ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ
2, 3, 4 ДЭХ ДОЛОО ХОНОГИЙН ЭРГЭЛТ**

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Эхийн сэтгэл санааны байдал	<input type="checkbox"/> Миний сэтгэл таагүй байна <input type="checkbox"/> Мансууруулах бодис, архи, тамхи хэрэглэх талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Ажил, сургуульдаа эргэж орох талаар зөвлөлдөх шаардлагатай байна <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн асрах талаар шийдвэр гаргах шаардлагатай байна
Хүүхэд ба гэр бүл	<input type="checkbox"/> Шаардлагатай үед хаанаас тусламж эрэх вэ? <input type="checkbox"/> Гэр бүлд туслах нийгмийн үйлчилгээ бий юу? <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн хүчирхийллийн үед хэнд хандах вэ?
Хүүхдээ таньж мэдэх	<input type="checkbox"/> Унтах/сэрэх хэмнэл ямар байх ёстой вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хаана унтуулах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ унтаж байх үед нь аюулгүй байдлыг хэрхэн хангах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдэдээ зарцуулах хугацааг хэрхэн төлөвлөх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн тайвшруулах вэ? <input type="checkbox"/> Хэт их уйлах нь хэвийн үү?
Хүүхдээ хооллох	<input type="checkbox"/> Хүүхдээ ямар давтамжтай хооллох вэ? <input type="checkbox"/> Хангалттай хооллож байгаа эсэхээ яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ юугаар хооллох вэ? <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллох ямар эрсдэлтэй вэ? <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллоход тусламж авах <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хооллох үедээ хэрхэн тэврэх вэ? <input type="checkbox"/> Гулигахаас яаж сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Гэдэс дүүрэхээс яаж сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Саатуулах хөхөлт ашиглаж болох үү? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хэвийн байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Д аминдэм
Хүүхдийн асаргаа	<input type="checkbox"/> Халуурсан эсэхийг хэрхэн мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Хувцаслалт ямар байвал зохистой вэ? <input type="checkbox"/> Усанд оруулах <input type="checkbox"/> Чих, нүд, хамар, ам, бэлэг эрхтэн цэвэрлэх <input type="checkbox"/> Арьс арчилгаа <input type="checkbox"/> Гар угаах
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Машины аюулгүй суудал хэрэглэх хэрэгтэй юу? <input type="checkbox"/> Унахаас хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хахах, бүтэхээс хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Ухаалаг утас хэрэглэх нь хүүхдэд ямар нөлөөтэй вэ?

Таны хүүхдийн тухай асуултууд

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Сүрьеэ	Танай гэр бүлийн хэн нэгэнд эсвэл ойрд хамт байсан хэн нэгэнд сүрьеэ оношлогдсон уу, эсвэл арьсны сорил эерэг гарсан үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Танай гэр бүлийн гишүүдэд эсвэл хүүхэдтэй ойр байдаг хэн нэгэнд сүүлийн нэг сарын турш шалтгаангүй ядрах, шөнө орондоо хөлрөх, ханиаж цэр гарах шинж илэрсэн үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? Үгүй Тийм бол бичих

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан үү?

Нүүсэн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа гарсан Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Баярт үйл явдал Өөрчлөлт гараагүй Өөр өөрчлөлт гарсан бол тайлбарлана уу:

Сүүлийн 2 долоо хоногийн турш, дараах асуудлууд танд хэр олон тохиолдсон бэ?

1. Аливаа зүйлийг хийх сонирхолгүй, эсвэл таашаахгүй

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

2. Сэтгэлээр унах, гутрах

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг үү?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн өсөлт, хөгжил

Төрснөөс хойш таны хүүхдэд илэрсэн ямар нэгэн эргэлзээтэй өөрчлөлт байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхэд тань (тэмдэглэнэ үү):

Хөхөндөө сайн байгаа Хүүхэд хувцастай болон нүцгэн аль ч үед хөл гараараа чөлөөтэй хөдөлгөж байна

Таны царайг дагуулж харж байгаа Чанга дуу чимээнд хөл гараа хөдөлгөх эсвэл уйлдаг Толгойгоо даах гэж оролдож байна

Таны хоолойг сонсоод тайвширч, толгойгоо эргүүлж байгаа Хүүхдийн хүй хуурай байгаа

Аажим, гүнзгий хөхөж, завсарлагаатай залгиж, чөлөөтэй амьсгалж байгаа

Таны хүүхдийн жин: кг, урт см

2, 3, 4 дэх долоо хоногийн эргэлтийн үнэлгээ (1 сар)

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр	Харилцааны хэл	Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (z оноо)
Биенийн хэм		Төрсөн өдөр	Нас/хоног/ <input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх		Бодит үзлэг	
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____		√= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Толгой/Зулай (Байрлалтай холбоотой гавлын өөрчлөлт) <input type="checkbox"/> Нүд ((хүүхэн харааны гэрлийн урвал <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Хэвлий (хүй, урд ханын судас) <input type="checkbox"/> Арьс (тууралт, шарлалт) <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, тэгш байдал, нярайн рефлекс) <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____ _____ _____	
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал		Үнэлгээ	
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар Гэр бүлийн нөхцөл байдал Шинэ хүүхдэд эцэг эх дасаж байгаа _____ Эхийн сэтгэл гутрал <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй Шинэ хүүхдэд ах/эгчийн хандлага _____ Ажил, сургуулийн төлөвлөгөө _____ Хүүхдээ асрах төлөвлөгөө _____		_____ _____ _____	
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал		Зөвлөгөө, мэдээлэл	
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог <input type="checkbox"/> Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт _____ <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ <input type="checkbox"/> Товлолын дагуу дархлаажуулалтад хамрагдсан		Ярилцсан/гараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Эцэг эхийн сайн сайхан байдал <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн зохицуулалт <input type="checkbox"/> Хооллолт • Эхийн сүүгээр дагнан хооллох • Саатуулах хөхөлт, угж хэрэглэхээс татгалзах <input type="checkbox"/> Шээс, баас <input type="checkbox"/> Өдөрт 5-8 живх солих, 3-4 баах <input type="checkbox"/> Нярайн асаргаа • Түрүүлэг нь харуулах • Өдөр тутмын асаргааг үргэлжлүүлэх • Унтах цаг • Унтах байрлал <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Унахаас сэргийлэх • Хүүхдийн амьдрах орчныг аюулгүй байлгах <input type="checkbox"/> Сэгсрэхгүй байх • Гар утаснаас хол байлгах	
Цаашид авах арга хэмжээ			
_____ _____ _____ _____			
Нэр		Гарын үсэг	
Сувилагч/Эмч			
Эх			

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4А) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ
2, 3, 4 дэх долоо хоногийн эргэлт

Таны гэр бүлд хэрэгтэй байж болох зарим зөвлөгөөг танд хүргэж байна

<p>Эхийн сэтгэл санааны байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Өөртөө анхаарал тавь. Тэгснээр хүүхдээ асрах эрч хүчтэй болно, • Танд хэдэн өдрийн түрш таагүй, гунигтай, хэт ачаалалтай санагдаж байвал биднийг дуудаарай, • Ажил, сургуульдаа эрт орох нь олонх эцэг, эхэд хүндээр тусдаг. Хэрвээ та ажил, сургуульдаа эргэн орохоор шийдсэн бол хүүхдээ хэрхэн эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох талаар бодоорой. <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг 6 сар хүртэл зөвхөн эхийн сүүгээр дагнан хооллох, • Хоногт 8-с дээш удаа, өдөр шөнө харгалзалгүй хүссэн үед нь хөхүүл, • Хөхүүлсний дараа хэврүүлэх, • Хоногт 6-8 живх сольж, 3-4 удаа бааж байвал таны хүүхэд сайн хооллож байна гэсэн үг, • Ээж та олон найрлагат бичил тэжээлээ үргэлжлүүлэн уугаарай, • Сүүгээ саах, хадгалахтай холбоотой аливаа бэрхшээл байвал бидэнд хандаарай. <p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай <p>Хүүхдийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Усанд оруулах, хооллох, унтах, тоглох өдөр тутмын хэвшилтэй болох, • Хүүхдээ ойрхон тэвэрч, бүүвэйл, • Сэрүүн үед нь заримдаа хүүхдийг түрүүлэг нь харуулж хэвтүүл. Түрүүлэг нь харуулсан үедээ үргэлж дэргэд нь байгаарай, • Хүүхдийг дулаан байлгах, арьс арьсаар шүргэлцүүлэх, • Хүүхэд уйлах нь хэвийн үзэгдэл ба 6-8 долоо хоногтойгоос уйлах нь нэмэгддэг, • Хүүхэд уйлвал зөөлөн аргадах, илэх, бүүвэйлэх байдлаар тайвшруулах, • Хүүхдээ хэзээ ч сэгсэрч болохгүй, <ul style="list-style-type: none"> ○ Таны сэтгэл тавгүй байвал хүүхдээ аюулгүй байрлалд хэвтүүлээд тусламж дуудаарай, 	<ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ эрүүл байлгахын тулд гараа тогтмол угаагаарай. • Өрх, сумын ЭМТ дээрээ хүүхэд асрах, өсөлт, хөгжлийг дэмжих сургалтанд хамрагдаарай. <p>Хүүхэд ба гэр бүл</p> <ul style="list-style-type: none"> • Найз, гэр бүл, нөхөр, хамт амьдрагчтайгаа хамтдаа цагийг өнгөрөөх төлөвлөгөө гарга, • Төлөвлөсөн зүйлсээ хэрэгжүүлж чадахгүй байхтай холбоотой аливаа асуудал гарвал та бидэнд хандаарай, • Ганцаараа мэт санагдаж ганцаардаж байвал бидэнд хандаарай, • Хэн нэгэн таныг цохих буюу гэмтээвэл, эсвэл та болон таны хүүхэд гэртээ аюултай байдалд байгаа бол бидэнд хандаарай, • Яаралтай тохиолдолд та бэлэн байгаарай: <ul style="list-style-type: none"> ○ Гэртээ анхны тусламжийн хэрэгсэлтэй байх, ○ Яаралтай тохиолдолд хандах утасны жагсаалттай байх, ○ Хүүхдийн халууныг хэрхэн үздэгийг мэддэг байх, (Хүүхдийн халуун 38-аас дээш хэм байвал биднийг дуудах), 	<p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Орон дээр унтахад нь тусал: <ul style="list-style-type: none"> ○ Аюулгүй байдлыг хангасан манежанд хэвтүүл (манежны хажуугийн хаалт нь доошилдоггүй байх бөгөөд хөндлөвч мод хоорондын зай 6 см-аас ихгүй байх), ○ Хэрэв манежны хажуугийн хаалт дээш, доош гүйдэг бол дээш нь болгож, байнга түгж, ○ Манежинд жижиг дэр, зөөлөвч, тоглоом байлгаж болохгүй, • Хүзүүний зүүлт, бугуйвч, залгуур зэргийг хүүхдээс хол байлгах, • Хувцас солих, живх солих үедээ аюулгүй байдлын үүднээс нэг гараа хүүхэд дээрээ үргэлж байлга. • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Асрамжлагч машиндаа болон гэртээ тамхи татахгүй байх, • Асрамжлагч машинаар явах үедээ үргэлж аюулгүйн бүс хийх, архи, мансууруулах зүйл хэрэглэсэн үед машин бүү барь, • Хүүхдийг гар утаснаас ямагт хол байлга. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд аюулгүй байдлаар гэрээ зохион байгуулах, • Хүүхдээ 3 нас хүртэл өөрөө харж, асрах боломж, • Хүүхдээ хооллох.
--	--	---

ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

5-6, 7-8 ДАХЬ ДОЛОО ХОНОГИЙН ЭРГЭЛТ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Эхийн сэтгэл санааны байдал	<input type="checkbox"/> Өдөр тутмын амьдралдаа эргэн орох талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Надад гунигтай санагдаж байна <input type="checkbox"/> Хамтрагч, гэр бүлийн зүгээс хүүхдээ асрахад тусалж байгаа эсэх <input type="checkbox"/> Хүүхдээ асрахад надад тусламж хэрэгтэй байна <input type="checkbox"/> Ах, эгч нар нь шинэ дүүдээ хэрхэн дасаж байгаа талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Өөртөө хэрхэн цаг гаргах тухай <input type="checkbox"/> Хамтрагчтайгаа хамтдаа байх боломж хайх
Хүүхэдтэйгээ харилцах	<input type="checkbox"/> Хүүхэддээ хэр дасаж байгаа талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Хүүхдийн унтах ор ямар байх ёстой вэ? <input type="checkbox"/> Унтах үед нь аюулгүй байдлыг нь хэрхэн хангах вэ? <input type="checkbox"/> Эргэж хөрвөөх <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ ярилцах, харилцах, тоглох талаар <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн тайвшруулах вэ? <input type="checkbox"/> Өдөр тутмын асаргааны талаар
Хүүхэд ба гэр бүл	<input type="checkbox"/> Ажил, сургуульдаа явахдаа хүүхдээ орхих талаар <input type="checkbox"/> Хүүхэд асрах үйлчилгээний талаар
Хүүхдээ хооллох	<input type="checkbox"/> Тогтмол хооллох <input type="checkbox"/> Хүүхдээ тэврэх <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хэвийн байгаа эсэх <input type="checkbox"/> Өлссөн, цадсан гэдгийг хэрхэн мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллоход тусламж авах хэрэгтэй байна
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Машины аюулгүй суудлын талаар <input type="checkbox"/> Халуун усны хэмийг хэрхэн шалгах талаар <input type="checkbox"/> Хахахаас хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Эргэж хөрвөхөд нь унахаас хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хөхөөрөө дархаас хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Усны онгоцны аюулгүй байдлын талаар <input type="checkbox"/> Тамхи татах, архи, согтууруулах ундаа хэрэглэх талаар <input type="checkbox"/> Ухаалаг утасны хэрэглээний талаар

Таны хүүхдийн тухай асуумж

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Хараа

Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу?

Үгүй Тийм бол бичих

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?

Нүүсэн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа гарсан Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Баярт үйл явдал Өөрчлөлт гараагүй Өөр өөрчлөлт гарсан бол тайлбарлана уу:

Сүүлийн 2 долоо хоногийн турш, дараах асуудлууд танд хэр олон тохиолдсон бэ?

1. Аливаа зүйлийг хийх сонирхолгүй, эсвэл таашаахгүй

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

2. Сэтгэлээр унах, гутрах

Огт үгүй Хэдэн өдөр Өдрийн хагаст Бараг өдөр бүр

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг ба хүүхдэд бариулдаг уу?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн хөгжил

Таны хүүхдийн хөгжил, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн өвөрмөц зүйл байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхдэд тань дараах зүйлс илэрч байгаа (тэмдэглэнэ үү):

Инээнэ Өөрийгөө тайвшруулна (гараа амандаа хийнэ) Гар, хөлөө зэрэг хөдөлгөнө Гунганана Өлсөж, ядарснаа өөр байдлаар үйлж мэдэгдэнэ Өргөхөд толгойгоо даана Тань руу харна Ганцаардсан үедээ үйл хөдлөлөөр илэрхийлдэг Түрүүлэг нь харуулахад толгойгоо дээш өргөнө Хэвтэж байхдаа хөдөлж буй зүйлийг толгойгоо эргүүлэн дагуулж хардаг

5-6, 7-8 дахь долоо хоногийн эргэлтийн үнэлгээ (2 сар)

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (z оноо)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас/хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____ <input type="checkbox"/> Одоо хэрэглэж байгаа эм _____		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____		✓= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Толгой/Зулай (Байрлалтай холбоотой гавлын өөрчлөлт) <input type="checkbox"/> Нүд (гэрлийн рефлекс/Хялар/хараатай) <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Арьс <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, тэгш байдал) <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх			
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Үнэлгээ			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Шинэ хүүхдэд эцэг эх дасаж байгаа байдал _____ Эхийн сэтгэл гутрал <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй Эцэг, эх ажил хийж байгаа <input type="checkbox"/> Эцэг <input type="checkbox"/> Эх Хүүхэд асрагчтай <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм, Хэлбэр _____ Өмнөх эргэлтээс хойш гарсан өөрчлөлт _____				Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____ _____ _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ <input type="checkbox"/> Товлолын дагуу дархлаажуулалтад хамрагдсан		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ 24 цагт _____ _____ мл		Ярилцсан/гараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Эцэг эхийн сайн сайхан байдал • Гэр бүлийн зохицуулалт <input type="checkbox"/> Хоол, тэжээл • Эхийн сүүгээр дагнан хооллох Витамин Д насанд тохирсон тунгаар 14 хоногтойгоос эхэлж өгөх <input type="checkbox"/> Шээс, баас <input type="checkbox"/> Саатуулагч хөхөлт, угж хэрэглэхээс татгалзах <input type="checkbox"/> Хүүхдийн зан үйл • Тайвшруулах аргууд • Биеийн хөгжил • Түрүүлэг нь харуулах			
Цаашид авах арга хэмжээ							
_____ _____ _____ _____							
Нэр				Гарын үсэг			
Сувилагч/Эмч				_____			
Эх				_____			

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4А) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ

5-6, 7-8 дахь долоо хоногийн эргэлт

Таны гэр бүлд хэрэгтэй байж болох зарим зөвлөгөөг танд хүргэж байна

<p>Эхийн сэтгэл санааны байдал</p> <ul style="list-style-type: none">Өөртөө анхаарал тавь. Тэгснээр хүүхдээ асрах эрч хүчтэй болно,Гэр бүл, найз нартайгаа холбоотой байгаарай,Ах, эгч нь дүүгийнхээ асаргаанд энгийн, аюулгүй байдлаар оролцох боломжийг олгоорой (жижиг зүйлийг авч ирж өгөх, дүүгийнхээ гараас атгах гэх мэт). <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none">Хүүхдийг 6 сар хүртэл дусал ус ч өгөлгүй зөвхөн эхийн сүүгээр дагнан хооллох,Өдөрт 8-аас олон удаа хөхүүл,Сүүгээ саах, хадгалахтай холбоотой асуудал гарвал бидэнд хандаарай. <p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none">Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай.Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. <p>Хүүхэдтэй тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none">Хүүхдэд харах, сонсох, мэдрэх, чөлөөтэй хөдлөх, өөрт тань хэрхэн хүрэхийг заагаарай,Хүүхдийн нүдний өмнө тод өнгийн зүйлсийг хөдөлгөж, түүнийг дагуулж харах, хүрч сурахад туслаарай,Хүүхдийнхээ нүд рүү харж, түүнтэй ярилцаарай,Хүүхэдтэйгээ хамт инээгээрэй.Хүүхдийнхээ гаргасан дуу авиа, дохиог дуурайх байдлаар харилцаарай.Усанд оруулах, хооллох, унтах, тоглох өдөр тутмын энгийн хэвшилтэй болох,Хүүхэд юунд дуртай, юунд дургүй байгааг мэдэж аваарай,Хүүхдийг тайвшруулахад юу хэрэгтэй байгааг (хуруугаа өгөх, ярилцах, бүүвэйлэх, тэвэрч явах гэх мэт) мэдэж аваарай.	<p>Хүүхэд ба гэр бүл</p> <ul style="list-style-type: none">Ажил, сургуульдаа хэзээнээс эргэн орохоо төлөвлөж эхэл,Хүүхдийн асаргаа болон гэр бүлийн хэрэгцээтэй холбоотой асуудал гарвал бидэнд хандаарай,Хүүхдээ түр хугацаагаар орхиж явах нь хэцүү санагдах, таагүй байх нь энгийн зүйл гэдгийг ойлгох. <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none">Орон дээр унтахад нь тусал: Хүүхдийг тусад нь унтуулах ба эх хөхөөрөө дарахаас сэргийлэх,<ul style="list-style-type: none">Аюулгүй байдлыг хангасан манежанд хэвтүүл (манежны хажуугийн хаалт нь доошилдоггүй байх бөгөөд хөндлөвч мод хоорондын зай 6 см-аас ихгүй байх),Хэрэв манежны хажуугийн хаалт дээш, доош гүйдэг бол дээш нь болгож, байнга түгж,Манежинд жижиг дэр, зөөлөвч, тоглоом байлгаж болохгүй. Аль болох олон удаа хүүхдээ тэвэр, (арьс арьсаар шүргэлцүүлэх) ярилц, ном уншиж өг, дуу дуулж өг, тогло. Ингэснээр эх хүүхдийн хооронд хайрын холбоо бий болно. Сэрүүн үед нь хүүхдээ үе үе түрүүлэг нь харуулж хэвтүүл. Энэ үед нь үргэлж дэргэд нь байгаарай,	<ul style="list-style-type: none">Гялгар уут, шаар болон бусад жижиг тоглоом зэргийг хүүхдээсээ үргэлж хол байлга,Хувцаслах, живх солих үед хүүхэд хөрвөөх учир нэг гараа үргэлж хүүхдийг хамгаал,Ус халаагуурын хэмийг 48-өөс доош байлга,Хүүхдийг усны онгоцонд ганцааранг нь хэзээ ч (хөвөгч цагираг, суудалтай байсан ч гэсэн) бүү үлдээ,Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах,Зорчигчийн аюулгүй дэртэй үрд суудал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгаж болохгүй,Асрамжлагч машинаар явах үедээ үргэлж аюулгүйн бүс хийх, архи мансууруулах бодис хэрэглэсэн үедээ хэзээ ч бүү машин барь,Асрамжлагч машиндаа болон гэртээ тамхи татахгүй байх. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none">Таны хүүхэд ба гэр бүл,Хүүхдээ хооллох,Хүүхдээ тайвшруулах,Хүүхэдтэйгээ тоглох,Өөртөө болон хүүхдэдээ анхаарал тавих,Гэрээ хүүхдэд аюулгүй байдлаар зохион байгуулах,Бусад
---	---	--

3-4 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Эхийн сэтгэл санааны байдал	<input type="checkbox"/> Өөртөө болон гэр бүлдээ зарцуулах цаг хэрхэн гаргах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ хамт цагийг хэрхэн өнгөрүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Ажилдаа орох талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Хүүхэд асрах хүн эрж олох талаар ярилцмаар байна
Хүүхэдтэйгээ харилцах	<input type="checkbox"/> Хаана унтуулах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийг унтах аюулгүй орчин хэрхэн бүрдүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ ярилцах, харилцах, тоглох талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Хүүхдээ хэрхэн тайвшруулах вэ?
Хооллолт	<input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хэдэн сар хүртэл дагнан хооллох вэ? <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллож болох уу? <input checked="" type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, үрт хэвийн байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоол өгч эхлэх үү? <input type="checkbox"/> Хүнсний харшилийн талаар ярилцмаар байна
Амны хөндийн эрүүл мэнд	<input type="checkbox"/> Шүд цухуйх талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Шүлс их гоожих нь хэвийн үү?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Машины аюулгүй суудал хэрэглэх хэрэгтэй юу? <input type="checkbox"/> Түлэгдэх, унах, хахах, хордохоос хэрхэн урьдчилан сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хөлд оруулагч хэрэглэх үү? <input type="checkbox"/> Усанд живэхээс хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Хар тугалганы хордлогоос хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Ухаалаг утас хэрэглэх нь хүүхдэд ямар нөлөөтэй вэ?

Хүүхдийн тухай асуумж

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

-Тийм -Үгүй -Мэдэхгүй

Сонсгол	Таны хүүхдийн сонсголд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Цус багадалт	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээтэй юу? Үгүй Тийм бол бичих

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?

Шилжилт Ажлын өөрчлөлт Тусдаа гарсан Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Бусад

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг ба хүүхдэд бариулдаг уу?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн хөгжлийн үнэлгээ

Таны хүүхдийн хөгжил, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн өвөрмөц зүйл байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхдийн хийж чаддаг зүйлийг тэмдэглэнэ үү?

Эргэж хардаг Тэврүүлэх дуртай Хүүхдийг өвөр дээрээ тэврэхэд тэнцвэртэйгээр зогсож чадаж байна
Сууж байхдаа толгойгоо сайн дааж тогтвортой байлгадаг Ямар нэг дуу хоолойг сонсоод баярладаг
Гараараа өөрийнхөө нүүр, нүд аманд хүрнэ Ямар нэг зүйлд дургүй байгаагаа илэрхийлдэг Тантай тоглох дуртай Цээжээр өргөхөд гараа сунгаж өргөдөг Ганцаараа тайван байдаг Шулганаж бувтнадаг Тод өнгийн зүйлийг дагуулан харж барьж авах гэж оролдож байна Харагдахгүй байрлалаас хүүхдийг дуудах тохиолдолд тэр тань руу толгойгоо эргүүлж хардаг Хөгжим дуугарахад сонсож байна Толинд харахдаа дуртай байна Чөлөөтэй эргэж хөрвөөж байна

3-4 сартай хүүхдийн эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас /сар,хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн		√= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Толгой/Зулай (Байрлалтай холбоотой гавлын өөрчлөлт) <input type="checkbox"/> Нүд (гэрлийн рефлекс/Хялар/хараатай) <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Арьс <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, тэгш байдал) <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____ _____ _____ _____			
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Үнэлгээ			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Эцэг эхийн дэмжлэг- ажил, гэр бүлийн тэнцвэрт байдал Эцэг, эх ажил хийж байгаа <input type="checkbox"/> Эцэг <input type="checkbox"/> Эх Хүүхэд асрагчтай <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм, хэлбэр: _____ Өмнөх эргэлтээс хойш гарсан өөрчлөлт _____ _____				_____ _____ _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Идэвх <input type="checkbox"/> Хэвийн _____		Ярилцсан/тараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн зохицуулалт <input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй <input type="checkbox"/> Хоол тэжээлийн хангалт ба хүүхдийн өсөлт • Эхийн сүүгээр дагнан хооллох • Витамин Д насанд тохирсон тунгаар сар бүр уулгах • ОНБТХ уулгах <input type="checkbox"/> Биеийн өсөлт, хөгжил <input type="checkbox"/> Шээс, баас <input type="checkbox"/> Хүүхдийн хөгжил • Нийгэмших • Харилцах • Өдрийн дэглэм • Унтах цаг <input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй • Аяга халбага тусдаа байх • Орон дээр угжихгүй байх <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Түлэгдэхээс сэргийлэх Халуун шингэн Ус халаагуур • Хордох • Унах • Живэх • Хахах • Гэрийн орчны аюулгүй байдал			
Цаашид авах арга хэмжээ							
_____ _____ _____ _____ _____							
				Нэр		Гарын үсэг	
Сувилагч/Эмч							
Эх							

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4Б) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил.

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ

3-4 сар

<p>Эцэг, эхийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ асрах цаг зав гарга, • Аав хүүхэдтэйгээ хамт байх цаг гаргах, • Хүүхдээ асрах хамгийн сайн асаргааг мэдэх, • Хүүхэдтэй өдөр бүр ярьж, дуулж, уншиж өгөх, • Хүүхдэд иллэг массаж хийх нь тайван амрах, унтахад нь илүү тустай байдаг. <p>Хүүхдийн хооллолт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амьдралын эхний 4 сар хүртэл хөхөөр дагнан хооллох нь хамгийн сайн хоол тэжээл, • Хүүхдийг тэжээвэр хооллолттой болгохоос зайлсхийх нь хүүхдэд дараах ач холбогдолтой, • Хэвийн өсөлт, • Хөдөлгөөний идэвх сайжирна. <p>Эхийн сүүгээр хооллолт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийн амьдралын эхний 6 сар хүртэл хөхөөр үргэлжлүүлэн хооллох нь хүүхдийн өсөлт, хөгжилтийг сайжруулан эерэгээр нөлөөлөх хамгийн сайн үр дүнтэй арга юм, • Хэрэв та хүүхдээ эхийн сүүгээр хооллож байгаа бол энэ маш сайн зүйл, • Гадагш гарахдаа хөхөө сааж сүүгээ үлдээнэ. Эхээс саасан сүүгээр хүүхдийг хооллохдоо өөрт нь зориулсан аягаар хооллоно. Угж, хөхөлт хэрэглэхээс зайлсхийнэ, • Хүүхдээ хооллох үедээ эрүүл ахуйн дэглэм баримтал. <p>Сүүн тэжээлээр хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тэжээвэр буюу холимог хооллолттой бол хооллохын өмнөх эрүүл ахуй болон шаардлагын дагуу бэлтгэлийг сайн хангана, • Хүүхдийг зөв хооллох, • 1 удаа өгөх сүүний хэмжээг биеийн жинд тооцон зөвлөх <p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан 	<p>мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. <p>Хүүхэдтэй тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Өнгөлөг тоглоом болон толинд харахдаа маш дуртай баярлана, • Өнгийн бөмбөлөг бөөрөнхий хэлбэртэй тоглоомуудаар тоглоно. • Хүүхдийн нүдний өмнүүр тод өнгийн зүйлийг аажим хөдөлгөж, түүнийг шүүрч авах, барихад туслаарай, • Хүүхдэд шажигнадаг тоглоом, утсанд хэлхсэн цагираг өгөөрэй, • Хүүхэдтэйгээ хамт инээгээрэй, • Гаргасан дуу авиа, дохио зангааг дуурайх байдлаар харилцаарай. • Хүүхдийнхээ дуртай болон дургүй зүйлсийг мэддэг байх, • Хүүхэдтэйгээ тоглож урамшуулаарай. <p>Хүүхдэд гарах өөрчлөлт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Унтах цаг багасч сэрүүн байх хугацаа нэмэгдэнэ. <p>Уйлах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анхаарал халамж болон хоол идэхийг хүссэн үедээ гараа амандаа хийн уйлна. <p>Амны хөндийн эрүүл ахуй</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ихэнхи хүүхдэд 4 сартайгаас шүд цухуйж эхлэнэ. • Хүүхдэд хэрэглэдэг аяга халбагыг цэвэр байлгах • 4 сартайгаас өдөрт 2 удаа зөөлөн үстэй тохирсон сойзоор шүдийг цэвэрлэж өгөх <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг тохирсон оронд ар нуруугаар нь орны толгойноос (манежны хажуугийн хаалт нь доошилдоггүй байх бөгөөд хөндлөвч мод хоорондын зай 6 см-ээс ихгүй байх) зайтай гэдэргэн харуулж унтуулна, 	<ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийн ор хаалт хамгаалалттай байх ба орон дээр ганцааранги орхихгүй, • Хүүхдийн ор зөөлөн бамбагар дэвсгэртэй байх ба хүүхдийг тайтгаруулах өнгийн тоглоомыг байрлуулна. • Хүүхдийн ойр орчмоос эм, болон хордуулах үйлчилгээтэй бодисыг зайлуулах, • Хүүхдэд 48 хэмийн ус нь түлэгдэлт үүсгэдэг тул түүнээс бага хэмийн усыг хэрэглэх, • Хэт хүйтэн болон халуун усыг уулгаж болохгүй, • Хүүхдийг усанд оруулахдаа ганцааранги орхихгүй байх ба ванны суудлыг хэрэглэх халтирч унагаахаас болгоомжлох, • Гал тогооны өрөө хүүхдэд аюултай гэдгийг анхаарах, • Хөлд оруулагчийг ашиглаж болохгүй, • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Зорчигчийн аюулгүй дэртэй урд суудал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгаж болохгүй. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд туслах, • Гэрт болон машинаар тээвэрлэх үедээ аюулгүй байдлыг хангах, • Шүдийг угааж сурах, • Хүүхдийн танин мэдэхгүйн хөгжил хурдацтай явагдаж байдаг тул хүүхэдтэй ярилцах, уншиж өгөх. • Бусад
--	---	--

5-6 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юу ярихыг хүсч байна вэ?	
Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?	
Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.	
Гэр бүлийнхэн юу хийх вэ?	<input type="checkbox"/> Сайн эцэг эх байх талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Тусламж хэрэгтэй үед би хаана хандах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдээ сайн асарч байгаа эсэхээ яаж мэдэх вэ? <input type="checkbox"/> Сайн цэцэрлэг, хүүхэд харах газар хэрхэн сонгох вэ?
Хүүхэдтэйгээ харилцах ба өсөлт, хөгжлийг хянах	<input type="checkbox"/> Шинэ зүйлд суралцаж байна уу? <input type="checkbox"/> Ганцаараа хэсэг тайван байна уу? <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал хангаж унтуулдаг уу? <input type="checkbox"/> Унтах цаг нь богиноссон уу? <input type="checkbox"/> Мөлхөх гэж оролддог уу? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн өсөлт, хөгжилт хэвийн байна уу? <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ ярилцах, харилцах, тоглох
Хооллолт	<input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох уу? <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоолонд хэрхэн оруулах вэ? <input type="checkbox"/> Хоолны нэр төрөл ямар байх нь зохистой вэ? <input type="checkbox"/> Хоолны давтамж, хэмжээ, төлөв байдал ямар байх нь зохистой вэ? <input type="checkbox"/> Аяганаас уулгаж болох уу? <input type="checkbox"/> Хүнсний харшилтай бол яах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хангалттай нэмэгдэж байгаа эсэхийг хэрхэн мэдэх вэ?
Амны хөндийн эрүүл ахуй	<input type="checkbox"/> Хүүхдийн шүдийг хэзээнээс эхэлж, юугаар, хэрхэн угаах вэ? <input type="checkbox"/> Фторын хэрэгцээг хэрхэн нөхөх вэ?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Хүүхэд мөлхөхөд аюулгүй орчин хэрхэн бүрдүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Машины аюулгүйн суудал хэрэглэх үү? <input type="checkbox"/> Түлэгдэх, унах, хахах, хордохоос хэрхэн урьдчилан сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал хангаж хэрхэн усанд оруулах вэ?
Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд өөрчлөлт гарсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй	
Хүүхдийн тухай асуумж	
Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй	
Сонсгол	Таны хүүхдийн сонсголд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Хар тугалга	Хүүхдийн тань тоглоомонд хар тугалга байгаа эсэхийг та шалгаж чадах уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй Танай амьдарч буй байр 1978 оноос өмнө баригдсан уу?(сүүлийн 6 сард засвар хийж шинэчилсэн) <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Сүрьеэ	Танай гэр бүлийн хэн нэгэнд, эсвэл хүүхэдтэй ойр байдаг хэн нэгэнд сүүлийн 1 сарын турш шалтгаангүй ядрах, шөнө орондоо хөлрөх, ханиаж цэр гарах шинж илэрсэн үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй Танай гэр бүлд сүрьеэгээр өвчилсөн хүн байгаа юу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Амны хөндийн эрүүл ахуй	Танай гэр бүлийн хэн нэгэнд амны хөндийн ямар нэгэн асуудал байдаг уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй Хүүхэд угж хөхөж унтдаг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй Хүүхэд унтаж байхдаа хөхөө хөхдөг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> мэдэхгүй
Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм бол бичих	

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд танай гэр бүлд ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?	Шилжилт <input type="checkbox"/> Ажлын өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Тусдаа гарсан <input type="checkbox"/> Салалт <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн гишүүн эндсэн <input type="checkbox"/> Бусад
Сүүлийн 2 долоо хоногт дараах санаа зовоосон асуудлуудаас ажиглагдсан уу?	
1. Ямар нэгэн жижиг зүйлд анхаарлаа хандуулдаг <input type="checkbox"/> Огт үгүй <input type="checkbox"/> Заримдаа <input type="checkbox"/> Хааяа <input type="checkbox"/> Өдөр бүр 2. Тайван бус, уйлагнадаг <input type="checkbox"/> Огт үгүй <input type="checkbox"/> Заримдаа <input type="checkbox"/> Хааяа <input type="checkbox"/> Бараг өдөр бүр	
Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?	<input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм
Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?	<input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм
Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг ба хүүхдэд бариулдаг уу?	<input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм
Хүүхдийн хөгжлийн үнэлгээ	
Таны хүүхдийн хөгжил, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн өвөрмөц зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм бол бичих	
Дараахаас хүүхдийн хийж чаддаг зүйлийг тэмдэглэнэ үү? <input type="checkbox"/> Эргэж хардаг <input type="checkbox"/> Эргэн тойрноо харж ажигладаг <input type="checkbox"/> Ганцаараа суудаг <input type="checkbox"/> Нэрээр нь дуудахад мэддэг <input type="checkbox"/> Хамт тоглох дуртай <input type="checkbox"/> Гэр бүлийнхээ таньдаг хүмүүсээ харж инээдэг <input type="checkbox"/> Гэр бүлтэйгээ байхдаа шулганаж ярьдаг <input type="checkbox"/> Ойролцоо байгаа тоглоомыг авч байна <input type="checkbox"/> Барьсан зүйлээ амандаа хийдэг <input type="checkbox"/> Сууж байх үед нь гараас нь барихад татаж босно <input type="checkbox"/> Гараа сарвайн дохиж юм авахыг хүсдэг <input type="checkbox"/> Танихгүй хүнээс айж гэрэвшиж байна	

5-6 сартай хүүхдийн эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас/сар,хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____ <input type="checkbox"/> Одоо хэрэглэж байгаа эм _____		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____		✓= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Арьс <input type="checkbox"/> Нүд (гэрлийн рефлекс/Хялар/хараатай) <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, тэгш байдал)		<input type="checkbox"/> Ерөнхий байдал <input type="checkbox"/> Чих/Сонсголтой <input type="checkbox"/> Хамар <input type="checkbox"/> Амны хөндий, залгиур <input type="checkbox"/> Уушги, амьсгалын тоо <input type="checkbox"/> Хэвлий <input type="checkbox"/> Толгой/зулай <input type="checkbox"/> Бэлэг эрхтэн <input type="checkbox"/> Эр/Төмсөг буусан <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Нуруу <input type="checkbox"/> Мөчид	
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Эцэг эхийн дэмжлэг- ажил, гэр бүлийн тэнцвэрт байдал _____ Эхийн сэтгэл гутрал _____ <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй Эцэг, эх ажил хийж байгаа _____ <input type="checkbox"/> Эцэг <input type="checkbox"/> Эх _____ Хүүхэд асрагчтай _____ <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм, хэлбэр: _____ Өмнөх эргэлтээс хойш гарсан өөрчлөлт _____				Үнэлгээ <input type="checkbox"/> Эрүүл хүүхэд _____ _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт _____ <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр хооллохтой холбоотой асуудал <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ Усны эх үүсвэр _____ Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____		Ярилцсан/тараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Эцэг, эхийн сайн, сайхан байдал • Гэр бүлийн зохицуулалт <input type="checkbox"/> Хооллолт • Эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох • Нэмэгдэл хоолны нэр төрөл, хэмжээ, давтамж, төлөв байдал • ОНБТХ уулгах • Аяга хэрэглэж эхлэх <input type="checkbox"/> Шээс, баас <input type="checkbox"/> Хүүхдийн хөгжил • Нийгэмших • Харилцах • Унтах цаг		<input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй • Шүд угаах • Угжаас зайлсхийх <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Түлэгдэхээс сэргийлэх Халуун шингэн Ус халаагуур • Хордох • Хөдөлгөөн • Живэх • Амьсгал боогдох • Гэрийн орчны аюулгүй байдал	
Цаашид авах арга хэмжээ							
_____ _____ _____ _____							
Нэр				Гарын үсэг			
Сувилагч/Эмч							
Эх							

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4Б) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил.

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ

5-6 сар

<p>Эцэг, эхийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ асрах цаг зав гарга, • Аав хүүхэдтэйгээ хамт цагийг өнгөрүүлэх, • Хүүхдээ асрах хамгийн сайн асаргааг мэдэх, • Хүүхэдтэй өдөр бүр ярьж, дуулж, уншиж өгөх, • Хүүхдэд тогтмол иллэг массаж хийж усанд оруулах нь нойрыг уртасгах сайжруулах сайн талтай. <p>Хүүхдийн хооллолт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг 6 сар хүртэл хөхөөр хооллох нь хамгийн сайн үзүүлэлт юм, • 6 сар хүрмэгц нэмэгдэл хоолонд дасгаж оруулна, • Хүүхдэд 1 удаад 2-3 хоолны халбага (15 гр) хоол өгөх ба хоолны хэмжээг аажим нэмэгдүүлж аяганы ½ хэмжээтэй болгоно, • Хоолны төлөв байдал нь өтгөвтөр, нэр төрөл нь 2-3 байна. Найрлагандаа олон нэр төрлийн бүтээгдэхүүнийг хэрэглэнэ, • Нэг хоолонд дасгаж оруулсны дараа дараагийн хоолонд оруулна, • Хүүхдийг тусгайлсан аяга, халбагаар хооллох, • Хүүхдийнхээ аяганы хэмжээг мэдэх, • Аажмаар хоолны нэр төрлийг олшруулна, • Аль болох жижиглэж хэрчсэн жигнэсэн зөөлөн хоол өгнө, • Хүүхдээ хооллох үедээ эрүүл ахуйн дэглэм баримтлах. <p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. 	<p>Хүүхэдтэйгээ тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхэд ойролцоо байгаа тоглоомоо авч чаддаг учир насны онцлогт тохирсон тоглоомоор тоглуулаарай, • Хүүхдийнхээ дуртай болон дургүй зүйлсийг мэддэг байх, • Хүүхэдтэйгээ тоглож урамшуулаарай , • Өнгийн бөмбөлөг тоглоомоор тоглох дуртай. • Хүүхдэд барих, ажиглах боломжтой тоглоом өгөөрэй, • Хүүхэдтэйгээ зөөлөн яриарай, • Хүүхдийнхээ дуу авиа, дохиог дуурайх байдлаар харилцаарай, <p>Хүүхдэд гарах өөрчлөлт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Унтах цаг багасч сэрүүн байх хугацаа нэмэгдэнэ, • Дуудахад толгойгоо эргүүлэн харна. <p>Уйлах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Танихгүй хүнээс айж гирэвшин уйлна. <p>Амны хөндийн эрүүл ахуй</p> <ul style="list-style-type: none"> • Энэ үеэс шүд цухуйж эхлэх ба 2 шүдтэй болсон байна, • Хүүхдэд хэрэглэдэг аяга халбагыг цэвэр байлгах, • Чихэрлэг хоол хүнсний зүйл хэрэглэсний дараа шүдийг угаах, • Өдөрт 2 удаа зөөлөн үстэй хүүхдэд тохирсон сойзоор шүдийг цэвэрлэж өгөх. 	<p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийн хөдөлгөөн эрс нэмэгддэг тул хашлагатай ор, манежийг хэрэглэнэ, • Хүүхдийн ойр орчмоос эм, болон хордуулах үйлчилгээтэй бодисыг зайлуулах, • Хэт хүйтэн болон халуун усыг уулгаж болохгүй, • Хүүхдийг усанд оруулахдаа ганцааранги орхихгүй байх ба ванны суудлыг хэрэглэх халтирч унагаахаас болгоомжлах, • Гал тогооны өрөө хүүхдэд аюултай гэдгийг анхаарах, • Янз бүрийн зүйлийг авч амандаа хийдэг учир эргэн тойрныг эмх цэгцтэй байлгах, • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Зорчигчийн аюулгүй дэртэй урд суудал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгаж болохгүй. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд туслах, тосч шээлгэхийг оролдох, • Шүдийг угааж сурах, • Хүүхдийн танин мэдэхгүйн хөгжил хурдацтай явагдаж байдаг тул хүүхэдтэй ярилцах, ном уншиж өгөх.
---	--	---

7-9 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

Эрүүл мэндийн тусламжийг танд болон таны хүүхдэд хамгийн сайнаар үзүүлэхийн тулд бид танаас дараах зүйлсийг асууж байна. Та бүх асуултанд хариулаарай. Баярлалаа.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юуны талаар ярилцахыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Гэр бүлийнхэн юу хийх вэ?	<input type="checkbox"/> Өөртөө болон гэр бүлийнхэндээ цаг хэрхэн гаргах вэ? <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн гишүүд хүүхэдтэй хэрхэн тоглох, харилцах вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийг зөв үйлд хэрхэн чиглүүлэх вэ?
Хүүхдийн өсөлт, хөгжил	<input type="checkbox"/> Хүүхэд шинэ зүйл хэрхэн сурч байна? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн насанд тохирсон, аюулгүй тоглоом хэрхэн сонгох вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн унтах, сэрэх хэмнэлийн талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Танихгүй хүмүүстэй байхдаа уйлах нь хэвийн үү? <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ хэрхэн ярилцах, харилцах, тоглох вэ?
Хооллолтын байдал	<input type="checkbox"/> Өөрөө хооллохыг нь хэрхэн дэмжих вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн хооллолтын талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Аяга, халбага ашиглахад нь хэрхэн туслах вэ? <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох уу? <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоолны нэр төрөл ямар байх вэ? <input type="checkbox"/> Хооллох хэмжээ, хоногт хэдэн удаа хооллох вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хэвийн нэмэгдэж байгаа эсэхийг яаж мэдэх вэ?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Хүүхэд хөдөлгөөн нэмэгдэж байгаа энэ үед аюулгүй байдлыг хэрхэн хангах вэ? <input type="checkbox"/> Машины аюулгүй бүсийг хүүхдэд хэрхэн зүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Түлэгдэх, унах, хахах, хордохоос хэрхэн урьдчилан сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Ахуйн ослоос хэрхэн сэргийлэх вэ? <input type="checkbox"/> Усанд живэхээс хэрхэн сэргийлэх вэ?

Хүүхдийн тухай асуумж

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан уу?

Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Сонсгол	Таны хүүхдийн сонсголд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүдэнд ер бусын хөндлөн хэвтээ хөдөлгөөн эсвэл удаашрал байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн зовхи унжсан эсвэл нүдээ хаасан байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүд гэмтэж байсан үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Амны хөндийн эрүүл мэнд	Таны хүүхдэд болон танай гэр бүлийн хэн нэгэнд амны хөндийн асуудал/өвчин байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхэд үгж хөхөлттэй унтдаг уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхэд хөхөө хөхөж унтдаг уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хар тугалга	Та хүүхдийнхээ тоглоомонд хар тугалга байгаа эсэхийг шалгаж мэдэх үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхэд 1978 оноос өмнө баригдсан байшинд амьдарч байсан болон зочилж байсан үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? Үгүй Тийм бол бичих

Таны хүүхэд төрснөөс хойш гэр бүлд тань ямар нэг өөрчлөлт гарсан уу?

Шилжилт хөдөлгөөн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа амьдрах Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Бусад

Таны хүүхэд тамхи татдаг хэн нэгэнтэй хамт амьдарч байна уу? Эсвэл хүмүүс тамхи татаж байгаа газар цагийг өнгөрөөж байна уу?

Үгүй Тийм

Танай гэр бүлд архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг хүн бий юу?

Үгүй Тийм

Та хүүхдийн ойр байхдаа гар утсаа хэрэглэдэг ба хүүхдэд бариулдаг уу?

Үгүй Тийм

Хүүхдийн хөгжлийн үнэлгээ

Таны хүүхдийн хөгжил, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн өвөрмөц зүйл байна уу?

Үгүй Тийм бол бичих

Хүүхдийн хийж чаддаг зүйлийг тэмдэглэнэ үү? Доош унагасан зүйлээ хардаг Сайн суух Чанга зогсдог Давтамжтай сонсож чаддаг Танихгүй хүмүүсээс айдаг Ном хардаг Явж тоглодог Мөлхдөг Ямар нэгэн зүйлийг будах Гэнэт гарч ирж тоглох/нуугдаж тоглох/ Хөгжмийн аяар биеэ хөдөлгөнө, найгана, цогино Нэг үетэй богино үгнүүдийг хэлж сурч байна Бусдын зааврыг биелүүлнэ (баяртай гээрэй гэхэд гараа даллах гм)

7-9 сартай хүүхдийн эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас/сар,хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____ <input type="checkbox"/> Одоо хэрэглэж байгаа эм _____		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____		✓= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Толгой, гавлын хэлбэр <input type="checkbox"/> Ерөнхий байдал <input type="checkbox"/> Нүд (хөдөлгөөн/рефлекс) <input type="checkbox"/> Чих/Сонсголтой <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Хамар <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Амны хөндий, залгиур <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Уушги, амьсгалын тоо <input type="checkbox"/> Түнх <input type="checkbox"/> Хэвлий <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, хүч, хөдөлгөөний тэгш хэм) <input type="checkbox"/> Толгой/зулай <input type="checkbox"/> Бэлэг эрхтэн <input type="checkbox"/> Эр/Төмсөг буусан <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Нуруу <input type="checkbox"/> Арьс			
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Өөрчлөлт илэрсэн/тэмдэглэл _____			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Шинэ хүүхдэд эцэг эх хэрхэн зохицож байгаа _____ _____ Эхийн сэтгэл гутрал <input type="checkbox"/> Илэрсэн <input type="checkbox"/> Илрээгүй Шинэ хүүхдэд ах/эгчийн хандлага _____ _____ Ажил, сургуулийн төлөвлөгөө _____ _____ Хүүхдээ асрах төлөвлөгөө _____				Үнэлгээ <input type="checkbox"/> Эрүүл хүүхэд _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт давтамж _____ <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоолонд тулгамдаж буй асуудал Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____		Нэг удаад хооллох хугацаа /минут/ _____ 24 цагт давтамж _____ _____ мл _____		Ярилцсан/тараах материал өгсөн <input type="checkbox"/> Гэр бүлдээ дасан зохицох • "Үгүй", "болохгүй" үгийн хэрэглээ • Насанд тохирсон хүмүүжлийн арга • Гэр бүлийн хүчирхийлэл • Өөртөө цаг гаргах <input type="checkbox"/> Хүүхэд биеэ даах • Сурах, хөгжих • Зурагтаас хол байлгах • Дэглэмд сургах • Цөөн үетэй үг хэлэх <input type="checkbox"/> Хооллолт • Бие даан хооллох • Зууш (боов, талх, ааруул, жимс) барьж идэх • Аюулгүй хүнс хэрэглэх • Аяга, халбагаар хооллох • Эхийн сүүгээр үргэлжлүүлэн хооллох • Витамин Д хэрэглээ • Баяжуулсан сүү <input type="checkbox"/> Аюулгүй байдал • Машины аюулгүй суудал • Түлэгдэхээс сэргийлэх Ус халаагуур Халуун шингэн • Хордох • Живэх • Гэр бүлийн хүчирхийлэл			
Цаашид авах арга хэмжээ							
_____ _____ _____ _____							
				Нэр		Гарын үсэг	
Сувилагч/Эмч							
Эх							

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4Б) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил.

ЭЦЭГ ЭХЭД ӨГӨХ ЗӨВЛӨМЖ

7-9 сар

<p>Эцэг, эхийн асаргаа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хооллох цагийг эелдэг байдлаар хэлэх, • Энэ насанд та хүүхдийг дуртай тоглоомоор тоглуулах, өөр зүйлийг хийж чаддаг болгох, • Хүүхдийнхээ хийхийг хүссэн зүйлийг хийж өгөх, та тэдний үлгэр дууриалал, • Гэр, хашаа, цэцэрлэгтээ хүүхдийн аюулгүй байдлыг хангах, • Үгүй, боль гэдэг үгийг аюулд өртөх гэж буй үед хэрэглэх, • Өөртөө болон хүүхдээ цаг гарга, • Найз, нөхөд, гэр бүлийнхэнтэйгээ холбоотой бай, • Шаардлагатай үед тусалцаа авах, • Хүүхдээ зөвхөн насанд хүрсэн хүнээр харуулах, • Хэрэв танайд аюултай байдал үүсэх, эсвэл таныг хэн нэгэн гомдоох юм бол бид туслаж чадна. <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүссэн үед нь хөхүүлнэ, • Таны тусламжгүй хоолоо идэж сурахад нь дэмжлэг үзүүлэх, • Хоолоо асгах, нүүр, ам, хувцасаа норгох, хоол болгох нь хэвийн зүйл, • Өдөрт 2-3 удаа хөнгөн зууш, 3 удаа махан хоол тогтмол өгөх, • Хүүхдийнхээ хоолны төлөв байдал өтгөн байх, • Хоолны хэмжээг аажим нэмэгдүүлж нэг удаад хооллохдоо аяганы тал буюу 1/2 аяга өгнө. Аяганы хэмжээг 250мл-ээр тооцох, • Зөвхөн эрүүл хоол хүнс өгөх, • Кофе, цай, чихэрлэг ундаа хүүхдэдээ өгч болохгүй, • Хүүхдээ хүчээр идүүлэхээс зайлсхийх, • Амьтны гаралтай, үр тариа, сүү, сүүн бүтээгдэхүүн, жимс, хүнсний ногоо, буурцагт ургамал зэрэг аль болох олон нэр төрлийн хүнсний бүтээгдэхүүнийг оролцуулан хүүхдээ хооллох, • Хүүхдэдээ аяга хэрэглэж сурахад нь тусал, • Хүүхдээ хооллох үедээ эрүүл ахуйн дэглэм баримтал. 	<p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай. <p>Хүүхэдтэйгээ тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд барих, шидэх, унагах боломжтой цэвэр, аюулгүй гэр ахуйн хэрэгсэл, эсвэл тоглоомоор тоглуулаарай, • Хүүхдийн гаргасан авиа, дохионд хариу үзүүлээрэй, • Хүүхдээ нэрээр нь дуудаж, хариу үйлдлийг ажиглаарай. • Хүүхэдтэйгээ ярилц, хамт дуул, өдөр юу хийснийг нь асуу, • Хүүхдээрээ юу хийлгэхийг хүсч байгаагаа энгийн үгээр илэрхийлээрэй, • Хүүхдийг уйлах үед нь тайван орхи, бөмбөг өнхөрдөг тоглоом, шоо, тоглоом өгөх. <p>Хүүхдэд гарах өөрчлөлт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ өдөр бүр хэвийн зөв маягтай байлгах, • Хүүхдээ унтахаас цагийн өмнө хайрла, дулаан байлга, • Унтаж байхдаа шөнө сэрж байна уу, үзүүртэй юманд хүргэхгүй байхыг хянах, • Телевиз, видео, компьютер үзүүлэхгүй, • Хүүхдээ цохих, хашгирахаас зайлсхийх, түүнд юу хэрэгтэй байгаад туслах, • Гар утас бүү өг. <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аюултай сав суулга, лааз зэргийг хэрэглэж дуусмагц хаях, • Шатан дээр хаалт хийх, хүүхдийн хөлд оруулагч ашиглахгүй байх, • Хүнд эсвэл халуун зүйлсийг ширээний бүтээлэг дээр тавихгүй байх, хүүхэд татах аюултай, • Халагчны эргэн тойронд хаалт хийж, цахилгааны утсыг хүүхэд хүрэхгүй газар байрлуулах, • Хүүхэд гар утсаа бүү өг. 	<ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдээ усны ойролцоо ганцааранг нь үлдээж болохгүй, • Ванны сандал болон хийлдэг хөвөгчтэй байсан ч хүүхдээсээ холдож болохгүй, • Хор, эм болон цэвэрлэгээний бодисыг хүүхдийн гар хүрэхгүй нүдэнд харагдахгүй газарт цоожилж хадгалах, • Хүүхэд тань хортой зүйл идсэн гэж санаа зовж байгаа бол яаралтай түргэн тусламж дуудах, • Цонхонд хамгаалалт хийж, тавилгаа цонхноос зайтай байрлуулна, • Гал тогоонд байх үедээ хүүхдийг өндөр сандалд болон манежэнд байлгана. • Гэртээ галт зэвсэг хэзээ ч бүү байлга. Хэрвээ байгаа бол сүмыг буунаас нь тусад нь цоожтой хадгална, • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Машины урд сандал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгахгүй, • Асрамжлагч суудлын бүсээ байнга зүүж, согтууруулах ундаа эсвэл мансууруулах бодис хэрэглэсэн үедээ жолоо барихгүй байх. <p>Дараагийн эргэлтээр юуны талаар ярилцах вэ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд энгийн дүрэм тогтоох, • Унтахад нь тайвшруулах дасгал хийлгэх, • Хүүхдээ хооллох, • Хүүхдээ хянах, • Хүүхдийн шүдийг хамгаалах.
--	--	---

10-12 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭРИЙН ЭРГЭЛТИЙН ӨМНӨХ АСУУМЖ

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Та өнөөдөр хүүхдийнхээ тухай юуны талаар ярилцахыг хүсч байна вэ?

Таны хүүхдэд ямар нэг санаа зовоосон биднээс асуух, ярилцахыг хүссэн зүйл байна уу?

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг гэрийн эргэлтээр очих үед та ярилцахыг хүсч байгаа сэдвээ тэмдэглээрэй.

Гэр бүлийнхэн юу хийх вэ?	<input type="checkbox"/> Хүүхдийн зан байдлыг зөв чиглүүлэх аргын талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Өөртөө цаг хэрхэн гаргах вэ? <input type="checkbox"/> Олон нийтийн арга хэмжээнд оролцох талаар ярилцмаар байна
Хүүхдийн өсөлт, хөгжил	<input type="checkbox"/> Өдрийн унталт ямар байх нь зохистой вэ? <input type="checkbox"/> Унтах цаг <input type="checkbox"/> Шүд угаах <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн уламжлал <input type="checkbox"/> Хүүхэдтэйгээ ярилцах, харилцах, тоглох
Хооллолт	<input type="checkbox"/> Аяга халбага хэрэглэхэд нь хэрхэн туслах вэ? <input type="checkbox"/> Хоолны дуршил өөрчлөгдөх үед хэрхэх вэ? <input type="checkbox"/> Хоолны нэр төрөл, давтамж ямар байх вэ? <input type="checkbox"/> Нэг удаа идэх хоолны хэмжээг хэрхэн тохируулах вэ? <input type="checkbox"/> Эрүүл хооллолтыг хэрхэн дэмжих вэ? <input type="checkbox"/> Хүүхдийн жин, урт хэвийн нэмэгдэж байгаа эсэхийг хэрхэн мэдэх вэ?
Амны хөндийн эрүүл мэнд	<input type="checkbox"/> Хүүхдийн шүдийг яаж угаах вэ? <input type="checkbox"/> Хуруугаа хөхөх, хөхөлт үмхэх нь хэвийн үү? <input type="checkbox"/> Шүдийг өдөрт хэдэн удаа угаах вэ?
Аюулгүй байдал	<input type="checkbox"/> Орчны аюулгүй байдлыг хэрхэн бүрдүүлэх вэ? <input type="checkbox"/> Машины аюулгүйн суудлын талаар ярилцмаар байна <input type="checkbox"/> Заримдаа ах, эгч нь харж үлдэх тохиолдолд юуг анхаарах вэ? <input type="checkbox"/> Усанд живэхээс хэрхэн сэргийлэх вэ?

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд өөрчлөлт гарсан үү? Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Хүүхдийн тухай асуумж

Өмнөх үзлэгээс хойш таны хүүхдийн эрүүл мэндэд ямар нэгэн асуудал гарсан үү? Тийм Үгүй Мэдэхгүй

Сонсгол	Таны хүүхдийн сонсголд санаа зовоосон зүйл байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Та хүүхдийнхээ ярих чадварт санаа зовж байна уу <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хараа	Таны хүүхдийн хараанд санаа зовоосон зүйл байна <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхэд чинь барьсан зүйлээ хянаж байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүд хэвийн байна уу <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүдний зовхи үнжсан эсвэл нүдээ хаасан байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Таны хүүхдийн нүд гэмтэж байсан үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Хар тугалга	Хүүхдийнхээ тоглоомонд хар тугалганы найрлага байгаа эсэхийг та шалгаж чадах үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Танай амьдарч буй байр 1978 оноос өмнө баригдсан үү? (сүүлийн 6 сард засвар хийж шинэчилсэн) <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Сүрьеэ	Танай гэр бүлийн хэн нэгэнд, эсвэл хүүхэдтэй ойр байдаг хэн нэгэнд сүүлийн нэг сарын хугацаанд шалтгаангүй ядрах, шөнө орондоо хөлрөх, ханиаж цэр гарах шинж илэрсэн үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Танай гэр бүлд сүрьеэгээр өвчилсөн хүн байгаа юу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
Амны хөндийн эрүүл мэнд	Хүүхдэд болон танай гэр бүлийн хэн нэгэнд амны хөндийн ямар нэгэн асуудал/өвчлөл байдаг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Хүүхэд угж хөхөлт хөхөж унтдаг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй
	Хүүхэд унтаж байхдаа хөхөө хөхдөг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй

Таны хүүхдэд эрүүл мэндийн тусламжийн тусгай хэрэгцээ бий юу? Үгүй Тийм бол бичих

Танай хүүхэд төрснөөс хойш гэр бүлд ямар нэг өөрчлөлт гарсан үү? Шилжилт хөдөлгөөн Ажлын өөрчлөлт Тусдаа амьдарч байгаа Салалт Гэр бүлийн гишүүн эндсэн Бусад

Хүүхдийн хөгжлийн үнэлгээ

Таны хүүхдийн хөдөлгөөн, зан төлөвийн өөрчлөлтөд ямар нэгэн санаа зовоосон зүйл байна уу? Үгүй Тийм бол тайлбарлана үү?

Дараах үйлдлээс хүүхдийн хийж чаддаг зүйлийг тэмдэглэнэ үү? Хамтран тоглох Шулганах Баяртай гэж даллах 1-2 үг хэлэх Ганцаар зогсох Ганцаар дүү дуулах Аяганаас уух Орхиж явахад уйлах Юмыг харах байдал Уншиж байгаа номыг шүүрч авах Энгийн зааврыг биелүүлэх Гэнэт гарч ирж тоглох/нуугдаж тоглох Юм түшин хажуулдан явж чадаж байна Жижиг зүйлийг чимхэж авч чадаж байна Хөгжмийн аяар биеэ хөдөлгөнө, найгана, дэвслэнэ “Нааш ир”, “надад өг” гэсэн хялбар хүсэлтийг хүүхэд ойлгож байна Шээсэн тухайгаа өөрөө илэрхийлдэг Хөтөвч дээр сууж чадана Зааврыг дагаж биелүүлнэ Ойр зуурын харилцан яриаг ойлгодог Ганцаараа удтал тоглож байна Бие дааж хооллохдоо дуртай байна

10-12 сартай хүүхдийн эргэлтийн үнэлгээ

(Эрүүл мэндийн мэргэжилтэн бөглөнө)

Эцэг эх, асрамжлагчийн нэр		Харилцааны хэл		Өдөр/цаг	Хүүхдийн нэр		
Эмийн харшил		Одоо хэрэглэж буй эм				РД	
Жин (гр)	Урт (см)	Жин, уртын харьцаа (z оноо)	Толгойн тойрог (см)	Биеийн хэм	Төрсөн өдөр	Нас/хоног/	<input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Түүх				Бодит үзлэг			
<input type="checkbox"/> Эргэлтийн өмнөх асуумжтай танилцсан <input type="checkbox"/> Хүүхдэд ЭМ өвөрмөц тусламж шаардлагатай Эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ Өмнөх эргэлтээр эргэлзээтэй зүйл/асуулт _____ <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____ <input type="checkbox"/> Одоо хэрэглэж байгаа эм _____		Нярайн илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн Сонсголын илрүүлэг <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Байгаа (асуумжийг хар) _____		√= Хэвийн Заавал үзэх <input type="checkbox"/> Нүд (хөдөлгөөн/рефлекс /хялар хараа) <input type="checkbox"/> Мэдрэл (хүчдэл, хүч, хөдөлгөөний тэгш хэм) <input type="checkbox"/> Шүд (кариес, цагаан толбо, өнгөр) <input type="checkbox"/> Зүрх <input type="checkbox"/> Цавины артерийн лугшилт <input type="checkbox"/> Яс булчин (гилжгий хүзүү) <input type="checkbox"/> Түнх Өөрчлөлт илэрсэн/гэмдэглэл _____ _____ _____			
Нийгмийн/Гэр бүлийн байдал				Үнэлгээ			
Гэрийн эргэлтийн өмнөх асуумжийг хар <input type="checkbox"/> Эргэлтийн хооронд ноцтой өөрчлөлт гараагүй Гэр бүлийн нөхцөл байдал Эцэг, эх ажил хийж байгаа <input type="checkbox"/> Эцэг <input type="checkbox"/> Эх _____ Хүүхэд асрагчтай <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм, Хэлбэр _____ Өмнөх эргэлтээс хойш гарсан өөрчл _____ _____				<input type="checkbox"/> Эрүүл хүүхэд _____ _____			
Хүүхдийн хоол тэжээл ба ерөнхий байдал				Зөвлөгөө, мэдээлэл			
Хоол тэжээл: <input type="checkbox"/> Эхийн сүүгээр дагнан хооллодог Хооллолт хоорондын зай /цаг/ _____ 24 цагт _____ давтамж _____ <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоолонд тулгамдаж буй асуудал Нэг удаа хооллох хэмжээ _____ мл <input type="checkbox"/> Сүүн тэжээлээр хооллодог Баас <input type="checkbox"/> хэвийн _____ Шээс _____ Нойр <input type="checkbox"/> Хэвийн _____ Зан үйл <input type="checkbox"/> Хэвийн _____		Нэг удааад хооллох хугацаа /минут/ _____ 24 цагт _____ давтамж _____ <input type="checkbox"/> Гэр бүлийн уламжлал <input type="checkbox"/> Амрах, унтах <input type="checkbox"/> Хооллолт •Бие даан хооллох • Тогтмол хооллох/ зууш • Тэжээллэг хоол, хүнсний нэр төрөл <input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй • Шүдний эмчид хэзээ очих • Шүдийг өдөрт 2 удаа сойзоор угаах		<input type="checkbox"/> Гэр бүлийн дэмжлэг • Олон нийтийн үйл ажиллагаанд оролцох •Эцэг, эх өөртөө цаг гаргах <input type="checkbox"/> Өдөр тутмын амьдрал • Гэр бүлийн уламжлал • Амрах, унтах <input type="checkbox"/> Хооллолт •Бие даан хооллох • Тогтмол хооллох/ зууш • Тэжээллэг хоол, хүнсний нэр төрөл <input type="checkbox"/> Амны хөндийн эрүүл ахуй • Шүдний эмчид хэзээ очих • Шүдийг өдөрт 2 удаа сойзоор угаах		<input type="checkbox"/> Ерөнхий байдал <input type="checkbox"/> Толгой/зулай <input type="checkbox"/> Чих/Сонсголтой <input type="checkbox"/> Хамар <input type="checkbox"/> Амны хөндий, залгиур <input type="checkbox"/> Уушги, амьсгалын тоо <input type="checkbox"/> Хэвлий <input type="checkbox"/> Бэлэг эрхтэн <input type="checkbox"/> Эр/Төмсөг буусан <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Нуруу <input type="checkbox"/> Арьс _____ _____ _____	
Цаашид авах арга хэмжээ							
_____ _____ _____ _____ _____							
Нэр				Гарын үсэг			
Сувилагч/Эмч							
Эх							

Хүүхдэд бодит үзлэгийг хийхдээ эрүүл бол ЭХЭМД-т тэмдэглэнэ. Өвчтэй бол ХӨЦМ (ӨЭ 4Б) маягтын дагуу үнэлж ангилж, эмчилгээг тогтоож эмчил.

**Эцэг эхэд өгөх зөвлөгөө
10-12 сартай үеийн гэрийн эргэлт**

Таны гэр бүлд хэрэгтэй байж болох зарим зөвлөгөөг танд хүргэж байна

<p>Гэр бүлийн дэмжлэг</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сайн хийсэн зүйлийг нь магтаж урамшуулаарай, • Мүүхэй зан дахин давтан хийгээд байвал сатааруулах, • Хүүхдийг цохих, загнах, алгадахгүй байх, • Хүүхэддээ энгийн, богино дүрэм заагаарай, • Хүүхэд аашгүйтвэл загнахын оронд богино хугацаанд тухайн зүйлийг хийхгүй байх, • Хүүхэдтэйгээ аль болох их тоглож, ном уншиж өгөөрэй, • Хүүхэд тань байгаа газар аюулгүй эсэхийг анхаараарай, • Хүүхдийн тоглоомын газарт очих, эцэг эхчүүдийн бүлэгт нэгдэх байдлаар цагийг өнгөрүүлж болох юм, • Өөртөө болон хамтрагчдаа цаг гаргаарай, • Гэр бүл, найз нартайгаа холбоотой байгаарай. <p>Хүүхдээ хооллох</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүссэн үед нь хөхүүлнэ, • Өдөрт 3 - 4 удаа хоол өгнө, • Зууш (талх, боорцог, жигнэмэг гм) 1 - 2 удаа өгч болно, • Нэг удаад аяганы ¼-тай тэнцүү эсвэл 1 аяга хоол өгнө, • Сайтар жижиглэж хэрчсэн, нүхсан хоол болон барьж идэх боломжтой хоол, хүнс өгнө, • Гэрийн хоолны өтгөн хэсгээс жижиглэн өгч болно, • Аяганы хэмжээг 250мл-ээр тооцох, • Зөвхөн эрүүл хоол хүнснийг өгөх, Хүүхдийг тань харж, асарч байгаа бүх хүн түүнд эрүүл хүнс өгч байгаа эсэхийг анхаараарай, • Чихэрлэг хүнс өгөхөөс татгалзах, • Кофе, цай, чихэрлэг ундаа хүүхэддээ өгч болохгүй, • Хүүхдээ хүчээр хооллохоос зайлсхийх, • Амьтны гаралтай, үр тариа, сүү, сүүн бүтээгдэхүүн, жимс, хүнсний ногоо, буурцагт ургамал зэрэг аль болох олон нэр төрлийн хүнсний бүтээгдэхүүнийг оролцуулан хүүхдээ хооллох, • Хүүхдээ хооллох үедээ эрүүл ахуйн дэглэм баримтал. 	<p>Өсөлт, хөгжлийг хянах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Та сар бүр хүүхдийнхээ өсөлт, хөгжлийг эрүүл мэндийн байгууллагад хянуулан мэдээлэл, зөвлөгөө авч байгаарай. • Өсөлт, хөгжлийн мэдээлэлийг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтэрт тогтмол тэмдэглүүлж байгаарай <p>Хүүхэдтэйгээ тоглох ба харилцах</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийн дуртай тоглоомыг хайрцаг, эсвэл алчуур доор нууж, түүнийг олж чадаж байгаа эсэхийг ажиглаарай, • Нуугдаж, нүүрээ халхалж тоглоорой, • Хүүхдэд өрөх, саванд хийх, савнаас гаргах боломжтой зүйл өгөөрэй, • Хүүхдэд эд зүйлс, хүний нэрийг (аав, ээж, ах, эгч гэх мэт) хэлж өгөөрэй, • Гараар тоглох тоглоом тогло (гараа даллаж баяртай гэж тоглох) • Хүүхдээс энгийн асуулт асууж, хариулаарай, • Хүүхдийн ярих оролдлогод хариу үзүүлээрэй, • Байгаль, амьтан, эд зүйлсийн зураг харуулж ярилцаарай. <p>Өдөр тутмын амьдрал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхэд өдрийн цагаар хамгийн багадаа нэг удаа унтах ёстой, • Хүүхдийг унтахаас 1 цагийн өмнө тайван байлгаж, хайрлаж, энхрийлж байгаарай. • Унтахын өмнө ном уншиж өгөх гэх мэт тогтмол хийдэг зүйлтэй болоорой, • Хүүхдэдээ зурагт, дэлгэц үзүүлэхээс зайлсхий. Хэзээ ч аймшигтай зүйл үзүүлж болохгүй, • Энэ насанд танихгүй хүнээс айж бишүүрхэх нь хэвийн зүйл, • Танихгүй хүнээс айвал хүүхдээ тайвшруул, • Гэр бүлээрээ байх үедээ зурагт, гар утас үзэхгүй байх. • Хүүхэд гар утсаа бүү өг. <p>Шүдний эмчид очих</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдийг 12 сар хүрмэгц, эсвэл шүд анх гэмтэж эхэлмэгц шүдний эмчид оч, • Шүдийг зөөлөн үстэй сойзоор маш бага хэмжээтэй оо хэрэглэж, 	<p>өдөрт 2 удаа сойздож угаа,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хүүхдэд чихэрлэг ундаа хэзээ ч бүү өг. Амны цангаа тайлах зорилгоор зөвхөн ус өг. <p>Аюулгүй байдал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аюултай сав суулга, лааз зэргийг хэрэглэж дуусмагц хаях, • Хор, эм болон цэвэрлэгээний бодисыг хүүхдийн гар хүрэхгүй нүдэнд харагдахгүй газарт цоожилж хадгалах, • Хутга, хайч, гялгар уут зэргийг хүүхэд хүрэхээргүй газар байлгах, • Хүүхдийг ганцааранг нь хэзээ ч бүү үлдээ. Зөвхөн насанд хүрсэн харгалзах хүнтэй үлдээ, • Усан дотор, эсвэл усны ойролцоо байх үедээ хүүхдээсээ гар хүрэх зайд бай, • Шатан дээр хаалт хийх, хүүхдийн хөлд оруулагч ашиглахгүй байх, • Халаагчны эргэн тойронд хаалт хийж, цахилгааны утсыг хүүхэд хүрэхгүй газар байрлуулах, • Цонхонд хамгаалалт хийж, тавилгаа цонхноос зайтай байрлуулна, • Хүүхдээ машины арын хэсэгт буруу харсан аюулгүйн суудалд суулгах, • Машины урд сандал дээр хүүхдийг хэзээ ч суулгахгүй, • Асрамжлагч суудлын бүсээ байнга зүүж, согтууруулах ундаа эсвэл мансууруулах бодис хэрэглэсэн үедээ жолоо барихгүй байх.
---	---	--

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 14-18 САРТАЙДАА

Миний хүүхэд 20__ оны _____ сарын _____нд САР хүрлээ

Богино зайд гүйхийг оролдож байна уу?	Тийм / Үгүй
Хоёр гараараа бөмбөг шидэхдээ тэнцвэрээ хадгалж чадахгүй унаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Харандаагаар сараачиж зурдаг уу?	Тийм / Үгүй
Амаа ангай, хэлээ гарга зэргээр биеийнхээ эрхтнүүдийг мэддэг үү?	Тийм / Үгүй
10-20 үг хэлж чадах уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд угжаар уусаар байна уу?(шүд цоорохоос сэргийлэх зорилгоор угжаар уухыг зогсоох хэрэгтэй)	Тийм / Үгүй
Аяганаас өөрөө ууж чадаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Мэддэг эд зүйлсийг нь асуухад хуруугаараа зааж байна уу?	Тийм / Үгүй
Бусад хүүхдүүдтэй хамт байхдаа ч гэсэн ганцаараа тоглож байна уу?	Тийм / Үгүй
Танил хүмүүстэйгээ харилцах дуртай байна уу? Миний хүүхдийн хийх дуртай зүйлс? (Жишээ нь.....)	Тийм / Үгүй

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

14-18 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20 ____ оны ____ сарын ____ нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цус багадалт +/-	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй																				
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Хажуугийн зурагт цоорсон эсвэл хэвийн бус шүдийг “X” гэж тэмдэглэнэ үү.
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)																				
Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу																						
		Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус																				
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай																						
Вакцин: он.....сар.....өдөр																						
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:																						

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаар тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(өдөр/сар/он)	Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Аминдэм, ОН бичил тэжээлийн хангалт			Хөгжлийн үнэлгээ (+,-)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт	
		Жин (кг)	Урт, өндөр (см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)	Д аминдэм	А аминдэм (+,-)	ОНБТ					
14 сар														
16 сар														
18 сар														

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягтыг хөтлөнө.

НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН ҮЗЛЭГ: (Төрсний дараах 7 хоног дотор амаржих газрын эмч бөглөж бичнэ) 20..... онысарын.....

<p>Хэд хоногтой:..... .. Жин:.....кг Урт:.....см Толгойн тойрог:.....см Зулай:.....х..... см</p>	<p>Арьс: <input type="checkbox"/> Цэвэр <input type="checkbox"/> Тууралт Шарлалт: <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> эмгэг</p>	<p>Хүйс: <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> эмгэг ялгадастай Хүйн хавчаар <input type="checkbox"/> хэрэглэсэн <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> хүй цөглөсөн <input type="checkbox"/> үгүй</p>	<p>Дулаан алдахаас сэргийлсэн: : “Имж эх асаргаа” +/- Халуун:.....</p>	<p>Төрөнгүүт цагийн дот амлуулсан: <input type="checkbox"/> Тийм/ <input type="checkbox"/> Үгүй</p>
<p>Чих: <input type="checkbox"/> суваг нээлттэй / <input type="checkbox"/> Үгүй Хэлбэр: <input type="checkbox"/> зөв/ <input type="checkbox"/> Буруу..... Байрлал: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Буруу Сонсгол:.....</p>	<p>Нүд: рефлексүүд..... Нулимсны сүв:..... Хараа:.....</p>	<p>Хамар: <input type="checkbox"/> хэлбэр зөв/<input type="checkbox"/> буруу <input type="checkbox"/> амьсгал чөлөөтэй / <input type="checkbox"/> саадтай / <input type="checkbox"/> нустай</p>	<p>Ам: Уруул: <input type="checkbox"/> хэвийн Тагнай: <input type="checkbox"/> хэвийн/..... Хэл: <input type="checkbox"/> хэвийн /.....</p>	
<p>Хүзүү : <input type="checkbox"/> хэвийн /<input type="checkbox"/> муруй</p>	<p>Эгэм: <input type="checkbox"/> хэвийн /<input type="checkbox"/> хугаралтай 2</p>	<p>Зүрх: авиа:..... Цохилт 1 мин- Эмгэг шуугиан:.....</p>	<p>Уушги: амьсгалын тоо :..... Амьсгал: <input type="checkbox"/> хэвийн /</p>	
<p>Хэвлий: Элэг Дэлүү Гэдэс <input type="checkbox"/> Ивэрхийтэй / <input type="checkbox"/> үгүй</p>	<p>Түнх: мултралын шинж +/-</p>	<p>Бэлэг эрхтэн з:</p>	<p>Гар хөл: <input type="checkbox"/> хэлбэр хэвийн буруу..... <input type="checkbox"/> 2 талд тэгш хэмтэй / <input type="checkbox"/> хэ өөрчлөгдсөн⁴</p>	
<p>Гарын хуруу: 10 /.....</p>	<p>Хошноого: хэвийн /</p>			

Хөлийн хуруу: 10 /.....	.....
Илэрсэн өвчин: Байхгүй / ОНОШ:.....	Амаржих газраас гарахад өгсөн зөвлөгөө:	
Хийгдсэн эмчилгээ:		
Сүрьеэгийн эсрэг сэргийлэх тарилга (БЦЖ)	20....оны сар өдөр	
В гепатитыг эсрэг сэргийлэх тарилга	20....он.... сар..... .....өдөр	
Халдварт саагийн эсрэг сэргийлэх тарилга	20....оны сар өдөр	

¹ өсөлтийн хүснэгтэнд тэмдэглэгээ хийнэ

² зарим хүндрэлтэй төрөлтийн үед хүүхдийн эгэм хугардаг

³ эмэгтэй гярай хүүхдийн үтрээнээс цусархаг болон салсархаг ялгадас гарах нь хэвийн үзэгдэл

⁴ зарим хүндрэлтэй төрөлтийн үед 1 талын саажилт үүсээд аяндаа арилдаг
Гарын үсэг

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 20-23 САРТАЙДАА

Миний хүүхэд 20__ оны _____ сарын _____нд САР хүрлээ

Хүүхэд өөрөө сайн явж чадаж байна уу? (__ нас _____ сартайдаа өөрөө явж эхэлсэн)	Тийм / Үгүй
Сайн гүйх боловч зогсох үедээ унаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Эд зүйлсийг хүнд шилжүүлэн өгдөг үү?	Тийм / Үгүй
Ийг нэрээр нь нэрлэн, мэддэг үгнүүдээ хэлдэг ээ? ?	Тийм / Үгүй
Ямар нэгэн зүйлийг хаана байгааг асуухад хуруугаараа заадаг уу?	Тийм / Үгүй
Амьтныг дуурайж дуугарах зэргээр таалагдсан дуу авиагаа дуурайж дуугардаг уу?	Тийм / Үгүй
Эд юмсыг хөдөлгөх, байрлалыг солих дуртай байна уу?	Тийм / Үгүй
Хийсэн зүйлийнхээ үр дүнд тааламжтай байгаагаа илэрхийлдэг үү?	Тийм / Үгүй
Хувцсаа өөрөө тайлахыг оролддог уу?	Тийм / Үгүй
Тэврэхэд хариуд нь бас тэвэрдэг үү?	Тийм / Үгүй
Өөртэй нь тоглоход ход ход инээж, ганганадаг уу?	Тийм / Үгүй
Миний хүүхдийн хийх дуртай зүйлс? (Жишээ нь.....)	

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

Та хүүхдээ 20 сартайд нь эрүүл мэндийн иж бүрэн үзлэгт хамруулаарай.

20-23 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20 ____ оны ____ сарын ____ нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цус багадалт +/-	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй
Зураг (Шүдний бүтэц)	Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)	
	Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу	
	Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус	
	Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус	
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай		
Вакцин: он.....сар.....өдөр		
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:		

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаар тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(	Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Аминдэм, ОН бичил тэжээлийн хангалт			Хөгжлийн үнэлгээ (+, -)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)	Д аминдэм (+,-)	А аминдэм (+,-)	ОНБТ				
20 сар													
22 сар													
23 сар													

Миний хүүхэд 20__ оны _____ сарын _____ нд 2 НАС хүрлээ

Хүүхэд гүйж чадаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд харандаагаар сараачдаг уу?	Тийм / Үгүй
Том хүн эсвэл зурагтаар гардаг жүжигчид, дүрийг дуурайдаг уу?	Тийм / Үгүй
Таны хүүхэд хялбар өгүүлбэр тухайлбал “хоол иднэ”, “гадаа гаръя” гэх мэтээр ярьдаг уу?	Тийм / Үгүй
Таны хүүхэд шүдээ угаах гэж оролддог уу?	Тийм / Үгүй
Богино хугацаанд өлмий дээрээ зогсож байна уу?	Тийм / Үгүй
Бөмбөгийг урагш өшиглөж тоглодог уу?	Тийм / Үгүй
Шатны бариулаас бариад хөлөө нэг нэгээр нь зөөж өгсөж чаддаг уу?	Тийм / Үгүй
Өөрийн болон өхөөрдсөн нэрээ мэддэг үү?	Тийм / Үгүй
Өлссөн, цангасан үедээ хоол, ус нэхэж байна уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд харандаагаар сараачдаг уу?	Тийм / Үгүй
Гэр ахуйн ажилд (тоос арчих, хог шүүрдэх, цэцэг услах) оролцох дуртай байна уу?	Тийм / Үгүй
Гадаа тоглох дуртай болж, өөрийн тоглоомнуудаа өмчирхөж байна уу?	Тийм / Үгүй
Айж байгаагаа илэрхийлж байна уу?	Тийм / Үгүй

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

2 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20__ оны _____ сарын _____ нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цус багадалт +/-	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй
Нүд (нүдний байрлал) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай	Чих (сонсгол) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай	
		Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		Буйл/ завьж: ☐ Хэвийн ☐ хэвийн бус
										Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус
Шүдний цоорлын төлөв: <input type="checkbox"/> O ₁ = шүд цоороогүй, цэвэр, <input type="checkbox"/> O ₂ = шүд цоороогүй, нэхдээ цэвэр биш, <input type="checkbox"/> A= Дээд эрүүний урд талын эсвэл арын шүд хорхойтсон, <input type="checkbox"/> B=Дээд эрүүний урд талын болон арын шүд цоорсон, <input type="checkbox"/> C= доод эрүүний шүд бас цоорсон										
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай										
Вакцин: он.....сар.....өдөр										
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:										

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаар тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(өдөр/сар/он)	Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Аминдэм, ОН бичил тэжээлийн хангалт		Хөгжлийн үнэлгээ (+, -)	Өвчлөл (A, C, A1, C1, B)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)	Д аминдэм (+,-)	А аминдэм (+,-)				

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягтыг хөтлөнө.

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 3 НАСТАЙДАА

Миний хүүхэд 20__ оны ____ сарын ____нд ГУРВАН нас хүрлээ.

Хүүхэд шатаар бариулаас (хөтлүүлэхгүй) барилгүй гарах эсвэл бөмбөг өшиглөхдөө тэнцвэрээ хадгалж чаддаг уу?	Тийм / Үгүй
Харандаагаар дугуй дүрсийг зурдаг уу?	Тийм / Үгүй
Хувцсаа өөрөө өмсөх (тайлах) дуртай юу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд өөрийнхөө нэрийг хэлдэг үү?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд шүд гараа угаадаг уу?	Тийм / Үгүй
Хоолоо сайн зажилж иддэг үү?	Тийм / Үгүй
Сайн гүйж чадна, гүйх үедээ огцом эргэж чаддаг уу?	Тийм / Үгүй
9 шоог дээрээс нь давхарлаж тоглодог уу?	Тийм / Үгүй
Богино өгүүлбэрээр ярьж, хүүхдийн богино шүлэг уншиж байна уу?	Тийм / Үгүй
Бусдын анхаарлыг өөртөө татах, найздаа болон өөртөө тохиолдсон явдлыг сонсох, ярих дуртай юу?	Тийм / Үгүй
Гутал хувцсаа өөрөө өмсөх боловч үдээсээ үдэж, товчоо товчилж чадахгүй байна уу?	Тийм / Үгүй
Үсээ самнахыг орлддог уу?	Тийм / Үгүй
Миний хүүхдийн хийх дуртай зүйлс? Жишээ	

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

3 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20__ оны ____ сарын ____нд хүүхэд ____ сар ____ өдөртэй байхад хийв.)

Толгойн тойрог: _____ см	Цээжний тойрог см	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй																				
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> </table>		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу																				
Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус																						
		Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус																				
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай																						
Вакцин: он.....сар.....өдөр																						
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:																						

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаарх тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Хөгжлийн үнэлгээ (+,-)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)				
25 сар										
27 сар										
29 сар										
31сар										
33 сар										
35 сар										

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягтыг хөтлөнө.

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 4 НАСТАЙДАА

Миний хүүхэд 20 _____ оны _____ сарын _____ нд ДӨРВӨН нас хүрлээ.

Хүүхэд шатны 2 эсвэл 3 дахь шатнаас үсэрдэг үү?	Тийм / Үгүй
Нэг хөл дээрээ дэвхцдэг үү?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд өөртөө тохиолдсон зүйлийн тухай ярьдаг уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд хайч хэрэглэж чадах уу?	Тийм / Үгүй
Найзуудтайгаа тоглодог уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд өөрөө шүдээ угааж, амаа зайлж, гараа угаадаг уу?	Тийм / Үгүй
Миний хүүхдийн хийх дуртай зүйлс? Жишээ	

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

4 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20 _____ оны _____ сарын _____ нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цээжний тойрог..... см	Хооллолт: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Хооллолтын бэрхшээлтэй																				
Нүд (нүдний байрлал) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай	Чих (сонсгол) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай																					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> </table>		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____) Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай																						
Вакцин: он.....сар.....өдөр																						
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:																						

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаарх тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Хөгжлийн үнэлгээ (+,-)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)				
37 сар										
39 сар										
41 сар										
43 сар										
45 сар										
47 сар										

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягтыг хөтлөнө.

МИНИЙ ХҮҮХДИЙН ӨСӨЛТ ХӨГЖИЛ 5 НАСТАЙДАА

Миний хүүхэд 20__ оны ____ сарын ____нд ТАВАН нас хүрлээ.

Хүүхэд өөрөө ургуулан зураг зурж чадах уу?	Тийм / Үгүй
Улаан, ногоон, шар, цэнхэр гм өнгийг ялгаж байна уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд ярихдаа зөв дуудаж ярьдаг уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд жорлонд биеэ засаж чадах уу?	Тийм / Үгүй
Найзуудтайгаа тоглодог уу?	Тийм / Үгүй
Хүүхэд цэцэрлэгтээ эсвэл өдөр өнжүүлэх газар бүлгээр тоглох дуртай.	Тийм / Үгүй
Хүүхэд бусадтай бодол саналаа хуваалцах эсвэл цэцэг амьтанд дуртай.	Тийм / Үгүй

Хүүхдийн өсөлт бойжилт, эрүүл мэндийн асуудал байвал тэмдэглэж ЭМА-аас зөвөлгөөг аваарай.

5 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

(Эрүүл мэндийн үзлэгийг 20__ оны ____ сарын ____нд хүүхэд _____ сар _____ өдөртэй байхад хийв).

Толгойн тойрог: _____ см	Цээжний тойрог см	Биеийн галбир: <input type="checkbox"/> Тарган <input type="checkbox"/> Дундаж <input type="checkbox"/> Туранхай																				
Нүд (нүдний байрлал) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай	Чих (сонсгол) <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Гажигтай																					
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Шүд: <input type="checkbox"/> эрүүл/ <input type="checkbox"/> эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											
		Шүдний ариун цэврийн байдал: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Муу																				
Буйл/ завьж: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус																						
		Шүдний зуулт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус																				
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал: <input type="checkbox"/> Эрүүл / <input type="checkbox"/> тогтмол хяналт шаардлагатай																						
Вакцин: он.....сар.....өдөр																						
Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:																						

Хүүхдийн өсөлт ба хоол тэжээлийн хөтөлбөрт хамрагдсан талаарх тэмдэглэл

Одоогийн нас (сараар)	Өсөлтийн үнэлгээнд хамрагдсан хугацаа(Хэмжилт (Тоог бичээд дараа нь өсөлтийн хүснэгтүүд дээр цэгээр тэмдэглэнэ)					Хөгжлийн үнэлгээ (+,-)	Өвчлөл (А,С, А1, С1, Б)	Хүүхэд хамгаалал(+,-)	Үнэлгээнд ямар хэлбэрээр хамрагдсан, ажиглалт
		Жин (кг)	Урт, өндөр(см)	Бугалганы тойрог	Өсөлтийн үнэлгээ	2 хөлийн хаван(+,-)				
49 сар										
51 сар										
53 сар										
55 сар										
57 сар										
59 сар										

Хүүхдийн биеийн байдал, өвчлөлийн талаарх тэмдэглэл, гэр бүлд зөвлөсөн зөвлөгөө/өвчний учир үзүүлбэл ХӨЦМ-н үзлэгийн маягыг хөтлөнө.

ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ТОВЛОЛ

ТОВЛОЛ ВАКЦИНЫ НЭР	Төрснөөс хойш 24 цагийн дотор	2 саргайд	3 саргайд	4 саргайд	5 саргайд	9 саргайд	1нас 2 (24 сар) саргайд	2 настайд	7 настайд	15 настайд
Сүрьеэ (БЦЖ)	0 тун									
В Гепатит	0 тун									
Халдварт саа	0 тун	I тун	II тун	III тун	IV тун					
Сахуу, хөхүүл ханиад, татран+В Гепатит, Хемофилюс инфлюенза В (Тавт вакцин)		I тун	II тун	III тун						
Улаанбурхан, Гахай хавдар, Улаанууд						I тун		II тун		
Сахуу, Татран									I тун	II тун
А Гепатит							I тун	II тун		
Пневмококкийн эсрэг вакцин		I тун		II тун		III тун				

Товлолын дагуу бүх вакциныг хугацаанд нь хийлгэж, дархлаажуулалтын гэрчилгээнд тэмдэглүүлэх нь таны хүүхдийн ирээдүйд нэн чухал юм.

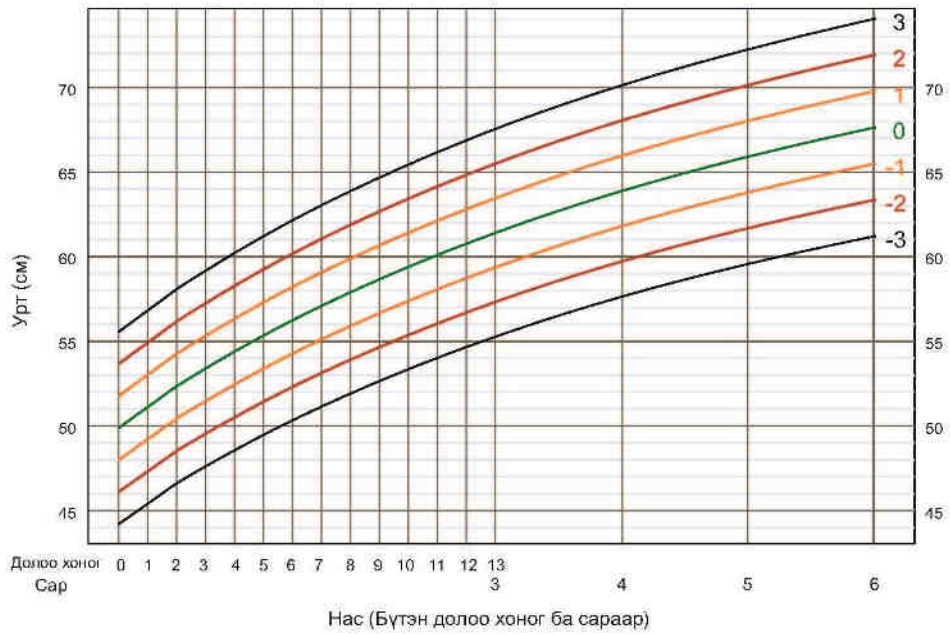
Заавал хийх дархлаажуулалтын товлол

Товлол	Сэргийлэх тарилга	Эмчийн үзлэг	Эмчийн зөвшөөрөл	Сери	Хийсэн огноо
Төрсний дараа 24 цагийн дотор	Сүрьеэ				
	В вируст гепатит 0 тун				
	Халдварт саа 0 тун				
2 саргайд	Халдварт саа I тун				
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофилюс инфлюенза В) вакцин I тун				
	Пневмококкийн эсрэг вакцин I тун				
3 саргайд	Халдварт саа II тун				
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофилюс инфлюенза В) вакцин II тун				

4 сартайд	Халдварт саа III тун				
	Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофиллюс инфлюенза В) вакцин III тун				
	Пневмококкийн эсрэг вакцин II тун				
5 сартайд	Халдварт саа IV тун				
9 сартайд	Улаанбурхан, гахай хавдар, улаанууд I тун				
	Пневмококкийн эсрэг вакцин III тун				
1нас 2 сартайд	А вируст гепатит I тун				
2 настайд	Улаанбурхан, гахай хавдар, улаанууд II тун				
	А вируст гепатит II тун				
7 настайд	Сахуу, татран I тун				
15 настайд	Сахуу, татран II тун				
Бусад вакцин (Бичих)					

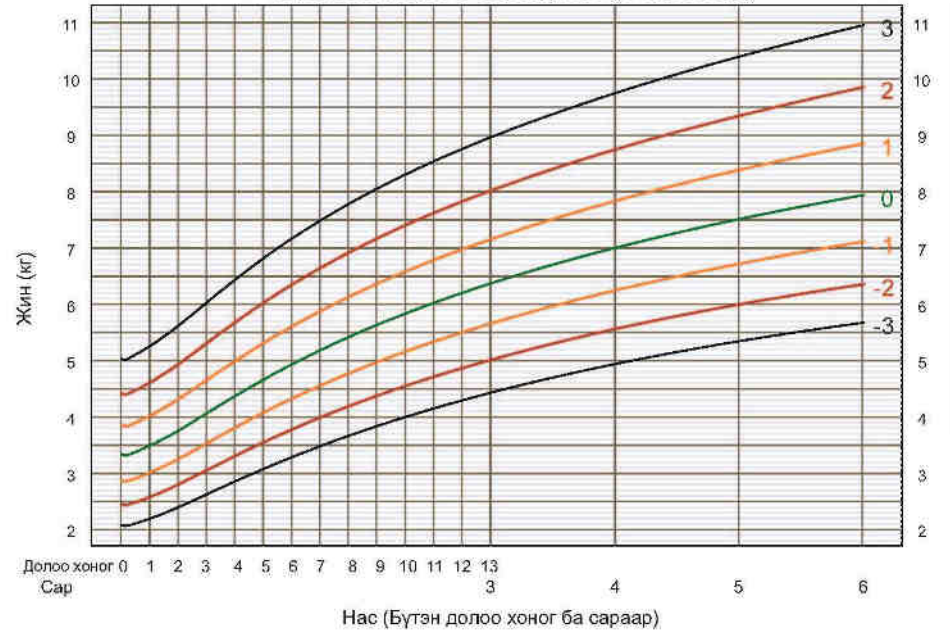
ТУСГАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ

Эрэгтэй хүүхдийн Урт насны хүснэгт
Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



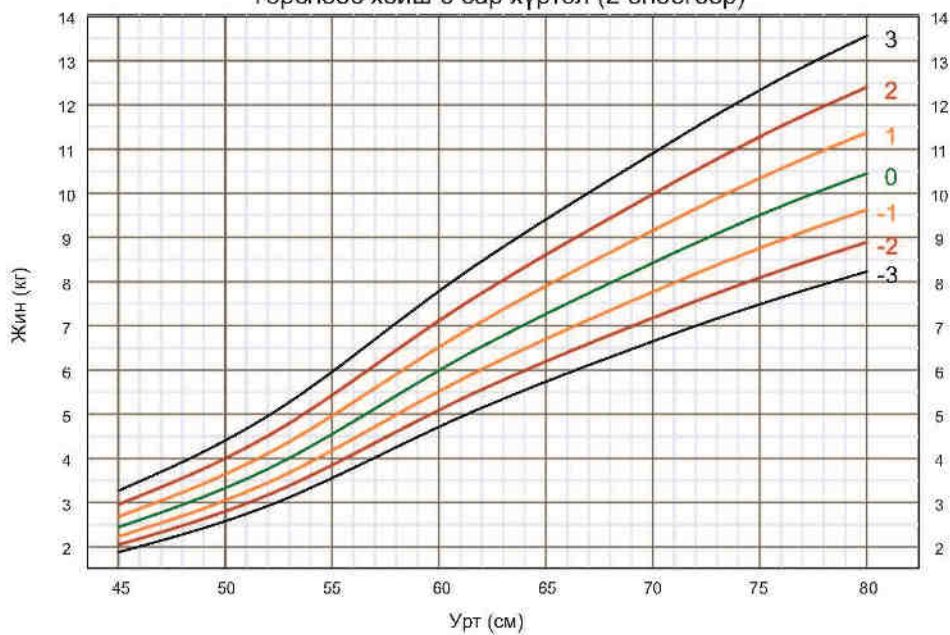
Урт насны энэ хүснэгт нь биеийн урлаг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Урт насны үзүүлэлт нь -2 шугамаас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу өсөлтийн хоцролттой гэж үзнэ. -3 шугамаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт
Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



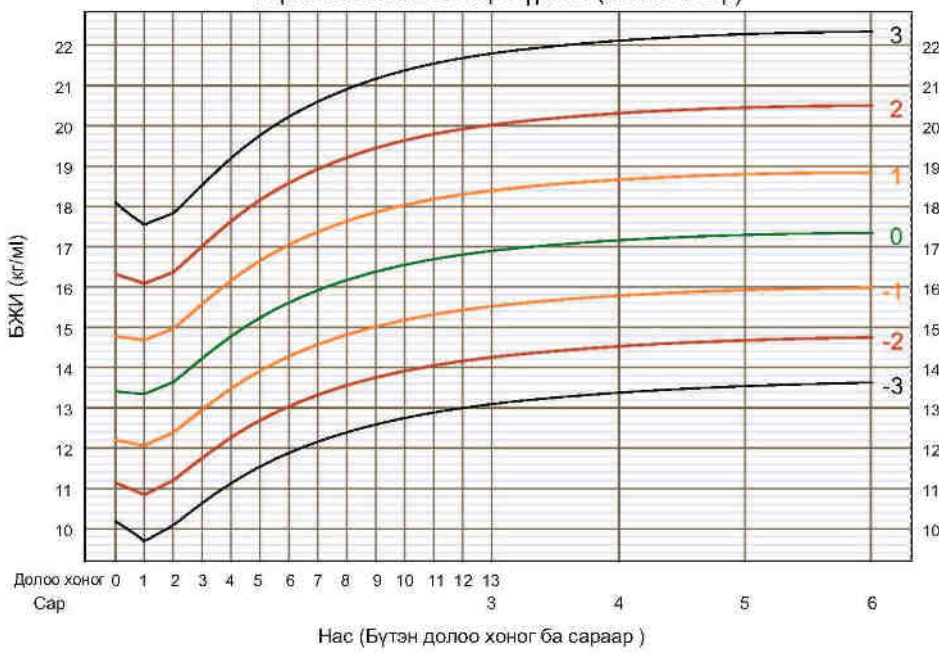
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг туралттай байна гэж үзнэ. -3 шугамаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн туралттайг илтгэнэ. Энэ үед маразм ба квациоркозын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин уртын хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



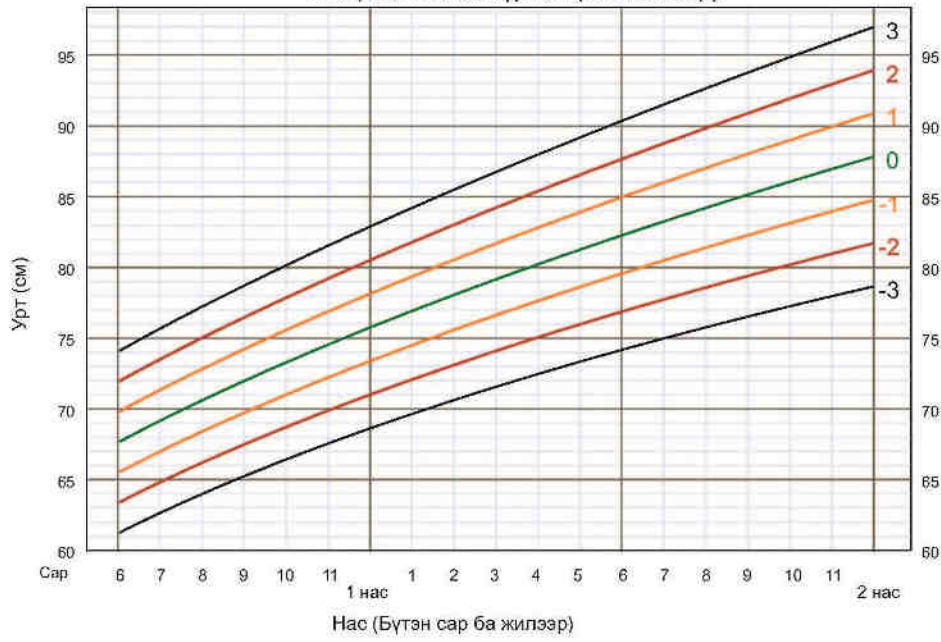
Жин уртын энэ хүснэгт нь биеийн жинг уртад харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин уртын үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл туранхай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн туранхай гэж үзнэ. Энэ үед яаралтай тусгай асаргаа шаарддөгтэй.

Эрэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



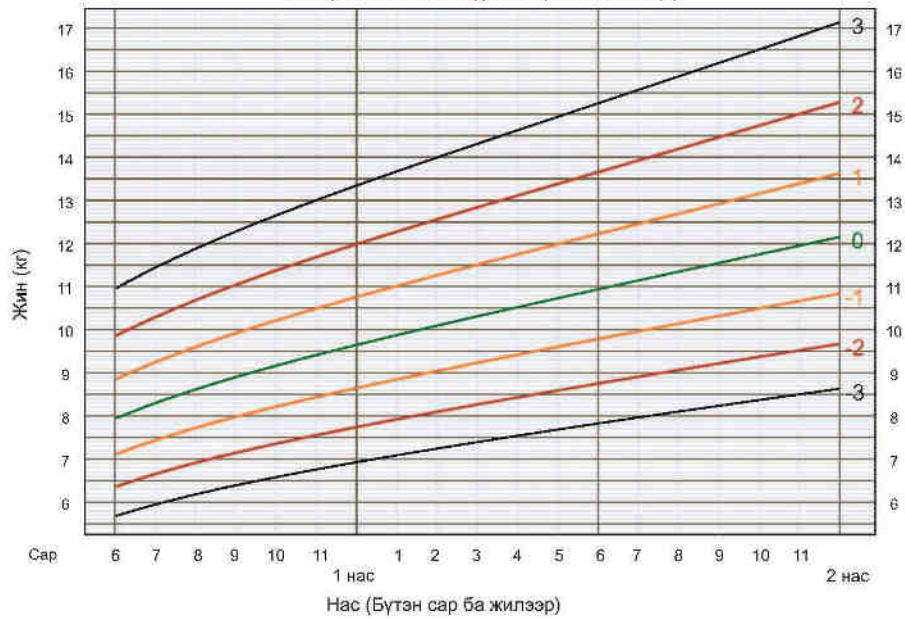
БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Илүүдэл жинг хэрхэвч БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байвал тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Урт насны хүснэгт
6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



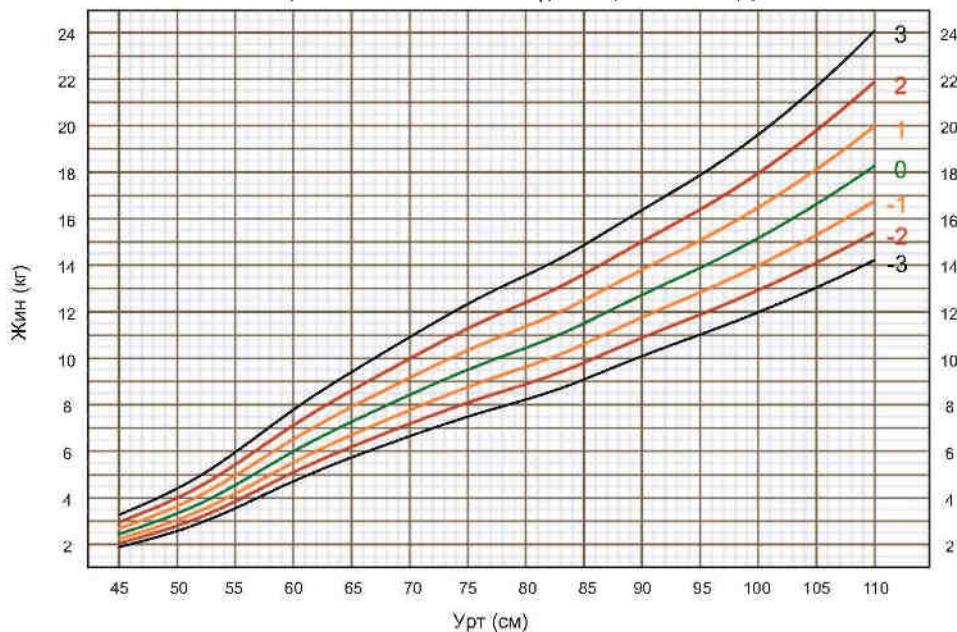
Урт насны энэ хүснэгт нь биеийн уртыг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Урт насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу өсөлтийн хоцролттой гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт
6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



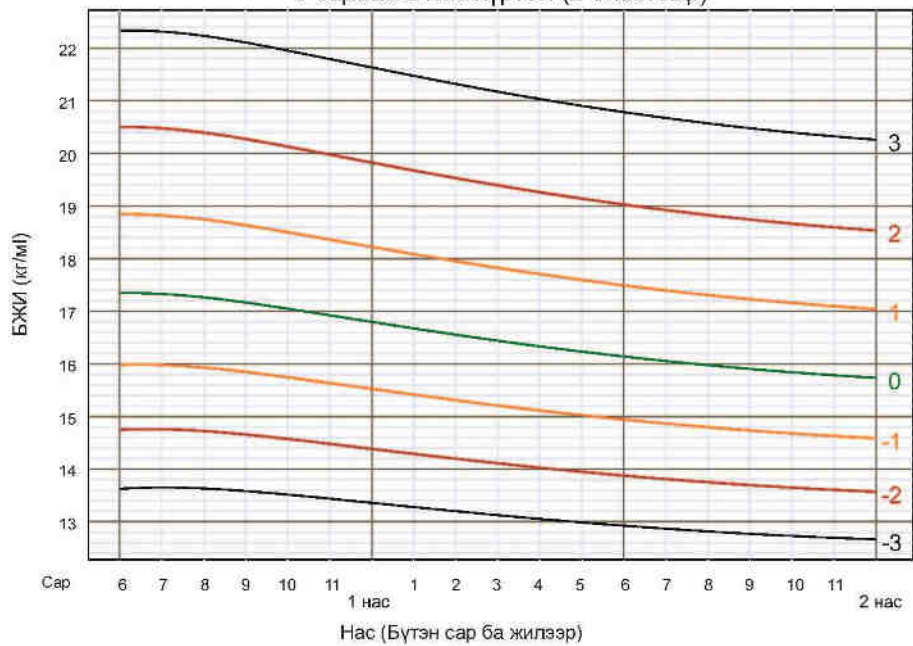
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг туралтай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн туралтайг илтэнэ. Энэ үед марам ба квашиоркорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин уртын хүснэгт Төрснөөс хойш 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



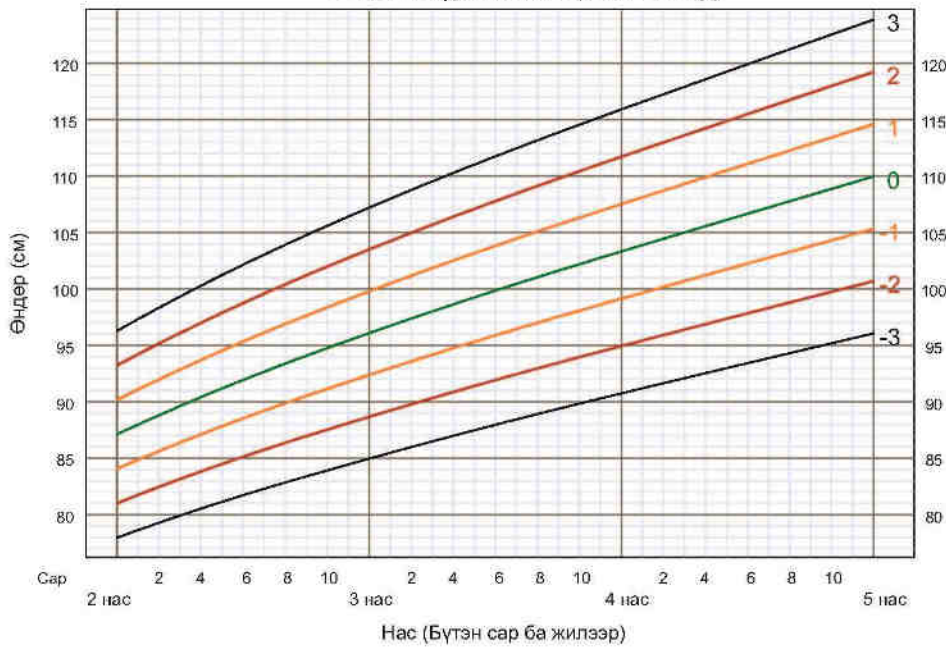
Жин уртын энэ хүснэгт нь биеийн жинг уртад харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин уртын үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэх байгаа хүүхдийг гарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл туранхай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн туранхай гэж үзнэ. Энэ үед яаралтай тусгай асаргаа шаардлагатай.

Эрэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



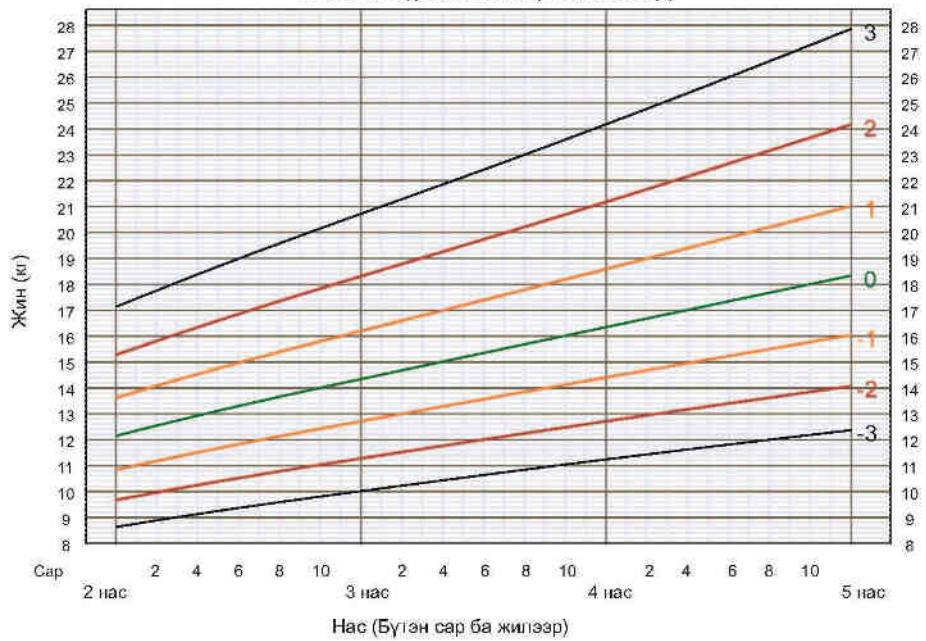
БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Үзүүдэл жинг хэвхэд БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэх байвал гарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Өндөр насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



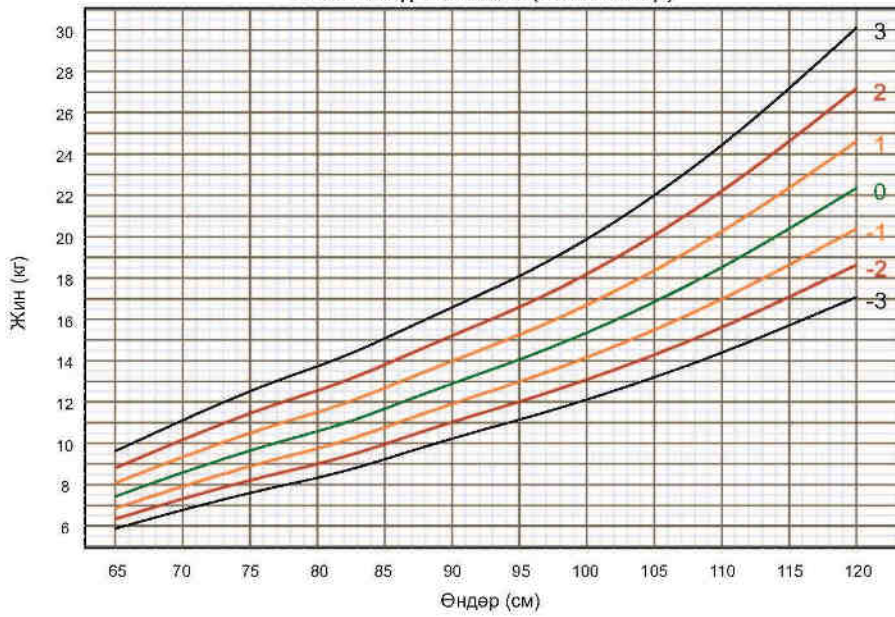
Өндөр насны энэ хүснэгт нь биеийн өндрийг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Өндөр насны үзүүлэлт нь -2 шугамас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу өсөлтийн хоцролттой байна гэж үзнэ. -3 шугамас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



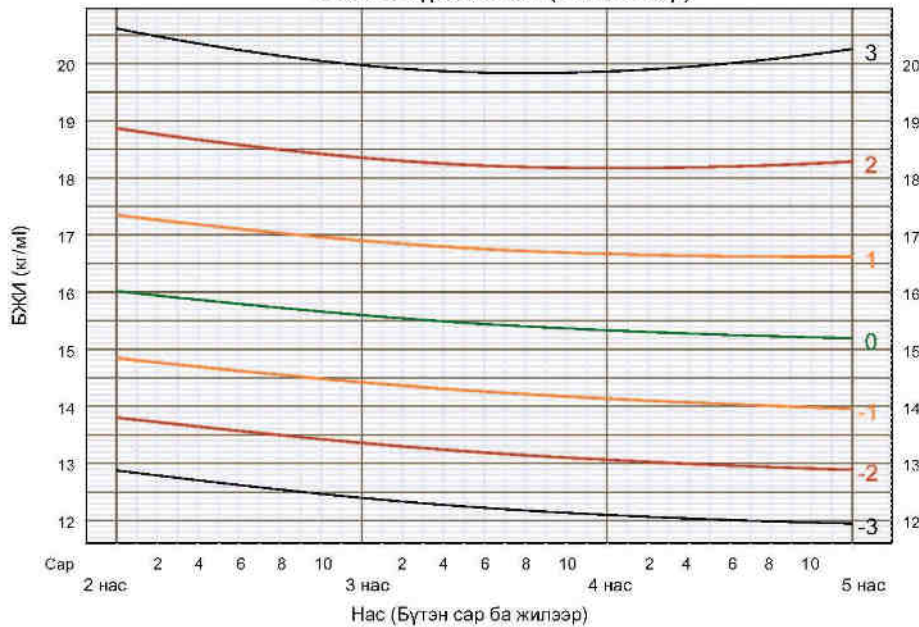
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамас доогуур тэмдэглэгдэх байгаа хүүхдийг турвалтай байна гэж үзнэ. -3 шугамас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн турвалтайг илтгэнэ. Энэ үед мэдрэм ба квалифориорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эрэгтэй хүүхдийн Жин өндрийн хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



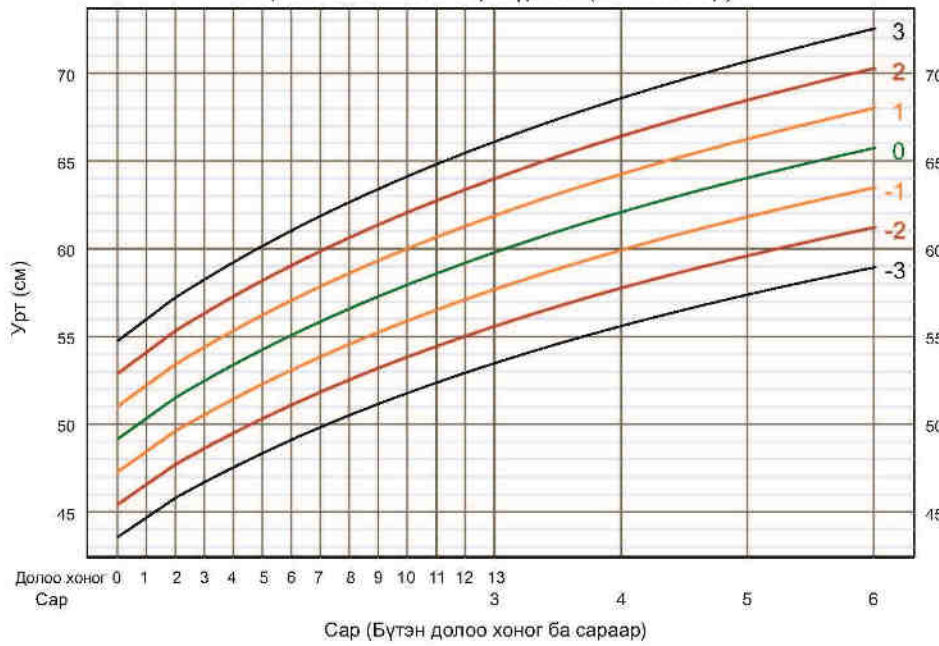
Жин өндрийн энэ хүснэгт нь биеийн жинг өндөрт харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин өндрийн үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл тураахай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн тураахай гэж үзнэ. Энэ үед няраатай тусгай асаргаа шаардлагатай.

Эрэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



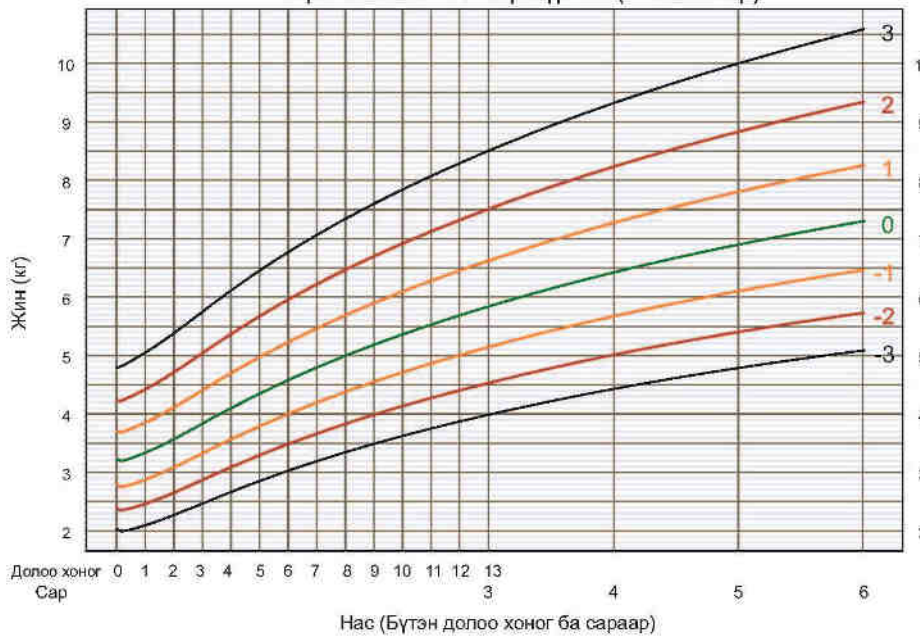
БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Илүүдэл жинг хянахад БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байвал тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Урт насны хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



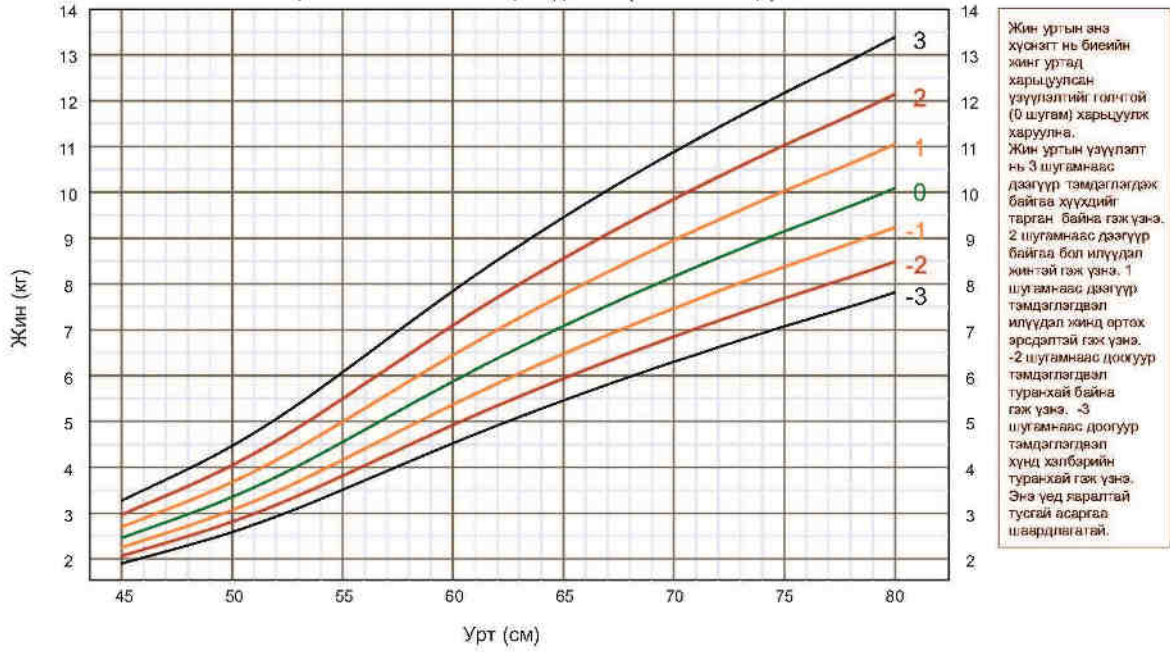
Урт насны энэ хүснэгт нь биеийн уртыг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Урт насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур байгаа хүүхдийг нэмхэн буюу өсөлтийн хоцролттой гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)

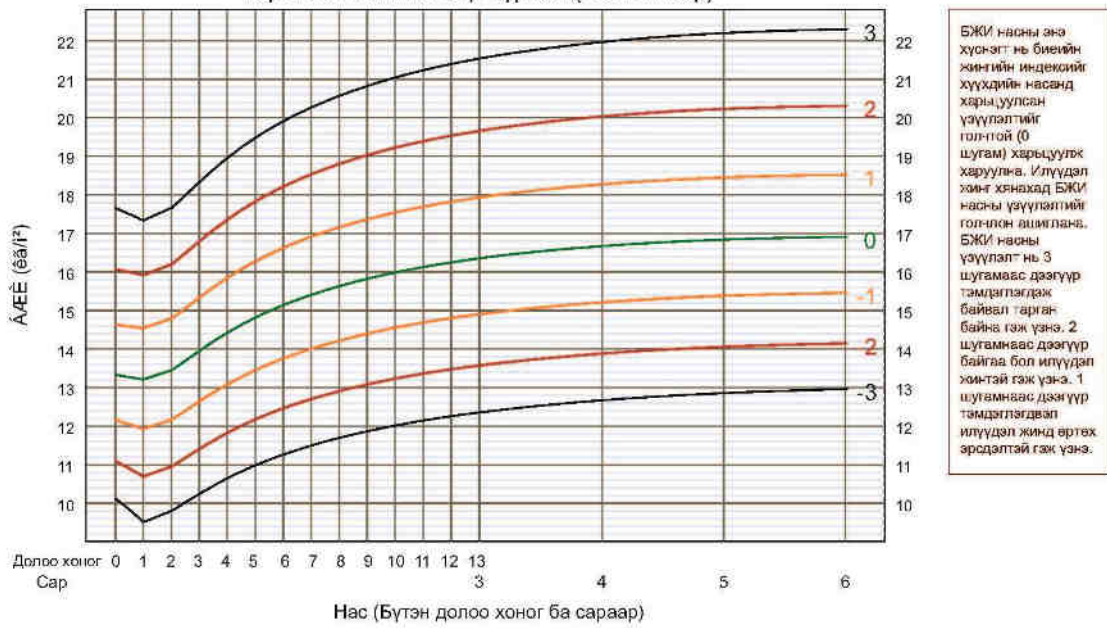


Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг гуравтай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн гуравтай илтгэнэ. Энэ үед марам ба квашиоркорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

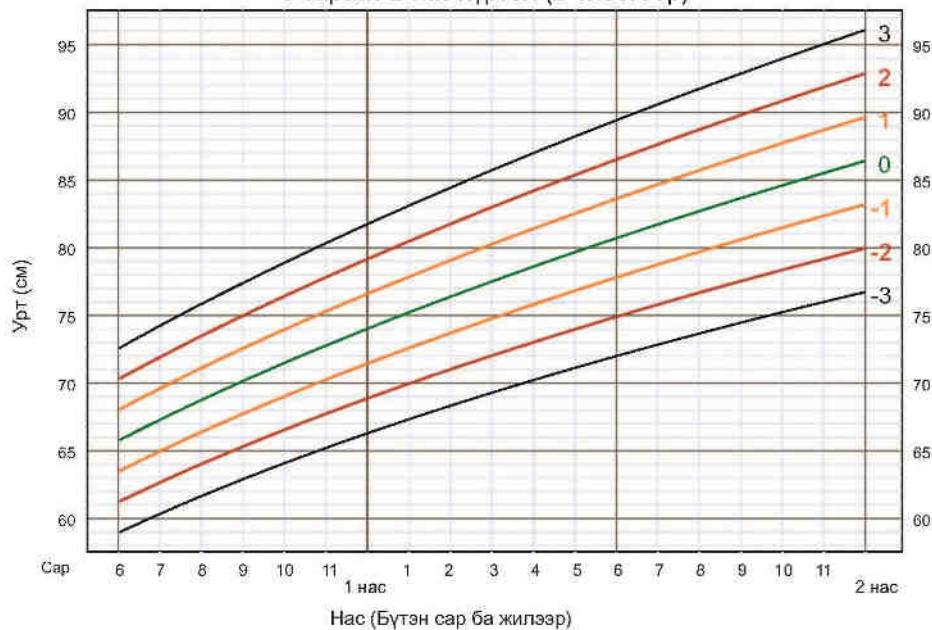
Эмэгтэй хүүхдийн Жин уртын хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)



Эмэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт Төрснөөс хойш 6 сар хүртэл (z-оноогоор)

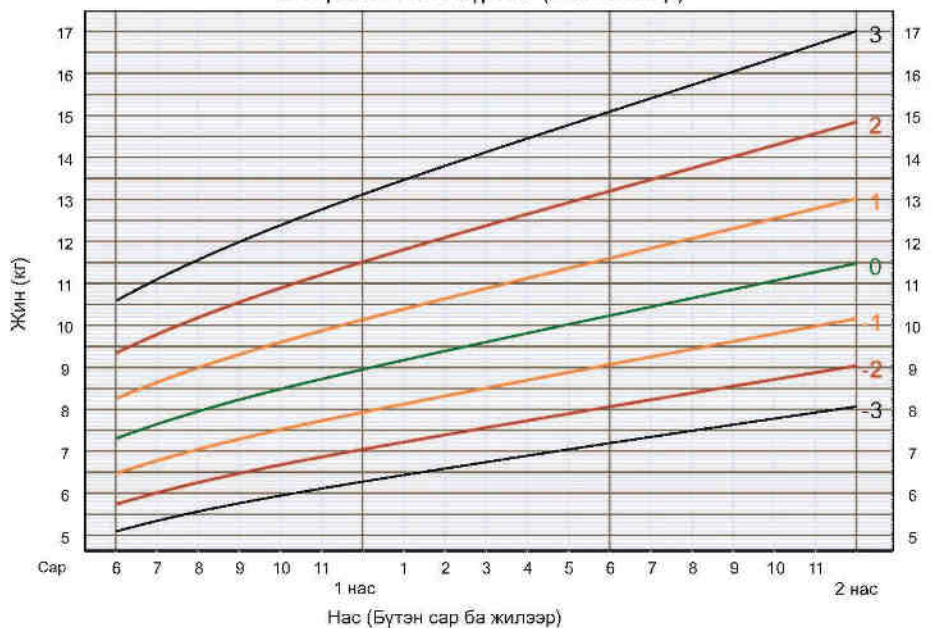


Эмэгтэй хүүхдийн Урт насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



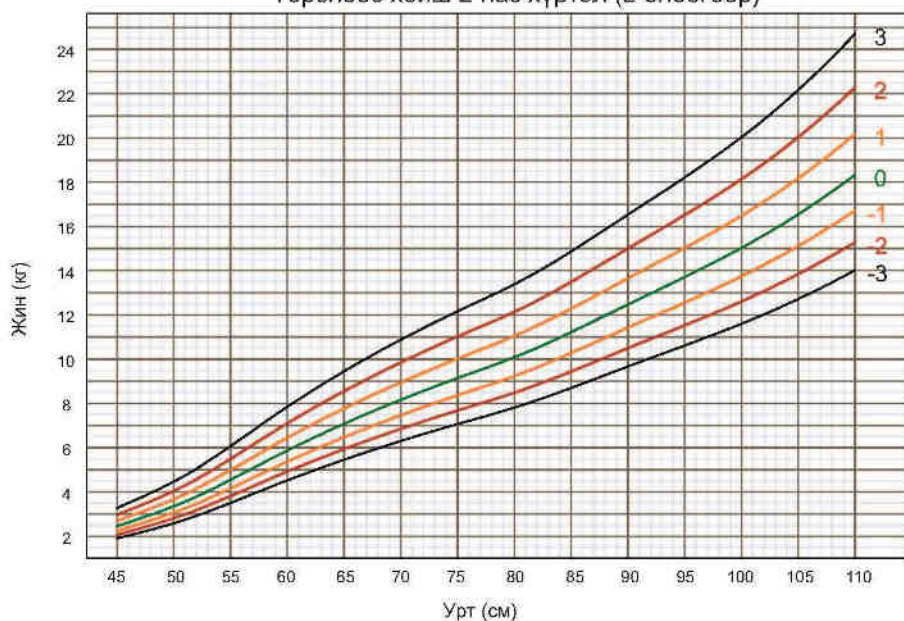
Урт насны энэ хүснэгт нь биеийн уртыг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Урт насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу өсөлтийн хоцролттой гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн өсөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



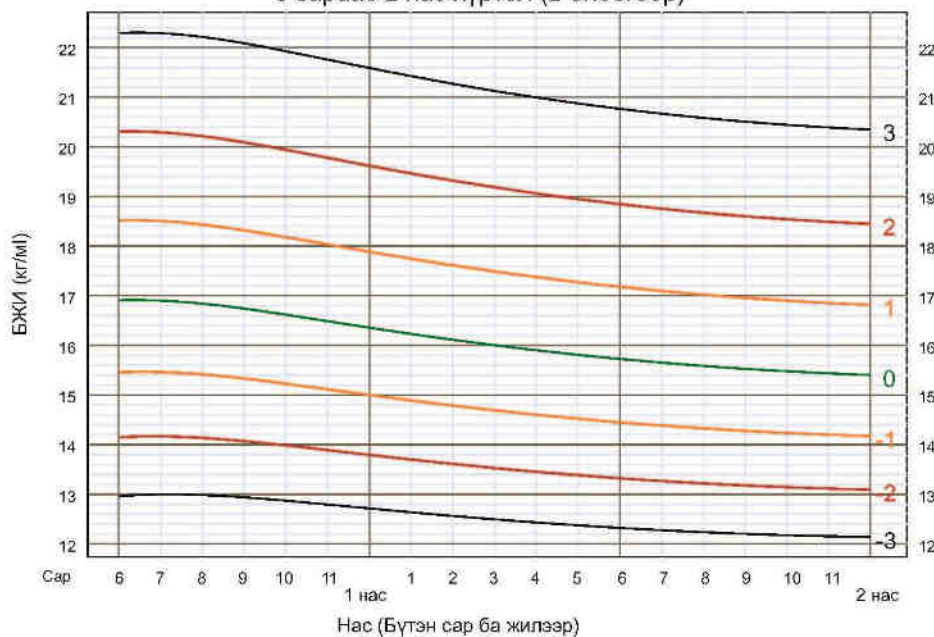
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг турвалттай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн турвалттай илтэнэ. Энэ үед марам ба квашиоркорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин уртын хүснэгт Төрснөөс хойш 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



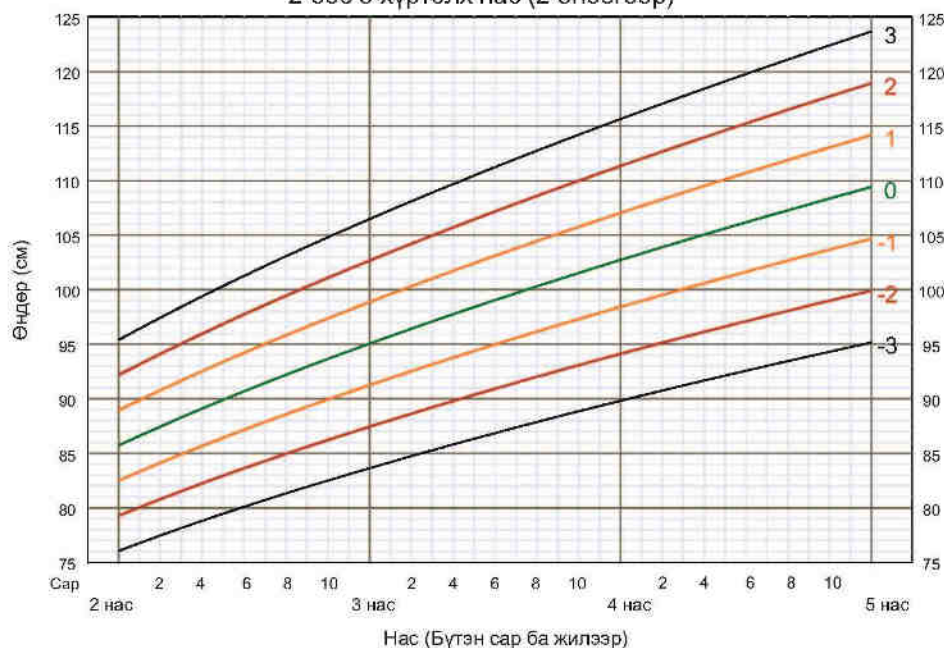
Жин уртын энэ хүснэгт нь биеийн жинг уртад харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин уртын үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өргөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл туранхай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн туранхай гэж үзнэ. Энэ үед яаралтай тусгай асаргаа шаардлагатай.

Эмэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт 6 сараас 2 нас хүртэл (z-оноогоор)



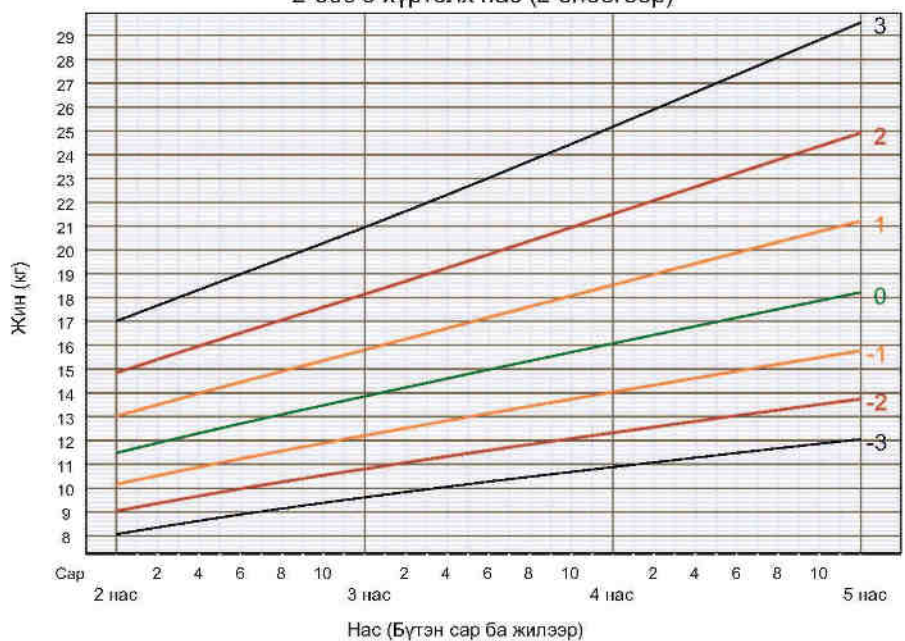
БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Илүүдэл жинг хянахад БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байвал тарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өргөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Өндөр насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



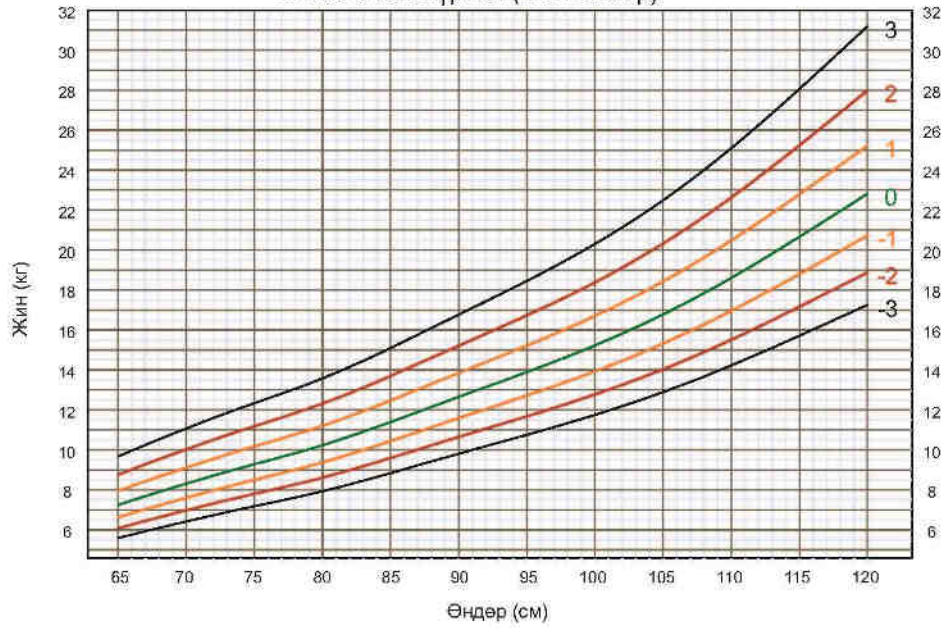
Өндөр насны энэ хүснэгт нь биеийн өндрийг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Өндөр насны үзүүлэлт нь -2 шугамаас доогуур байгаа хүүхдийг намхан буюу есөлтийн хоцролттой байна гэж үзнэ. -3 шугамаас доогуур бол хүнд хэлбэрийн есөлтийн хоцролттой гэнэ.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин насны хүснэгт 2-оос 5 хүртэлх нас (z-оноогоор)



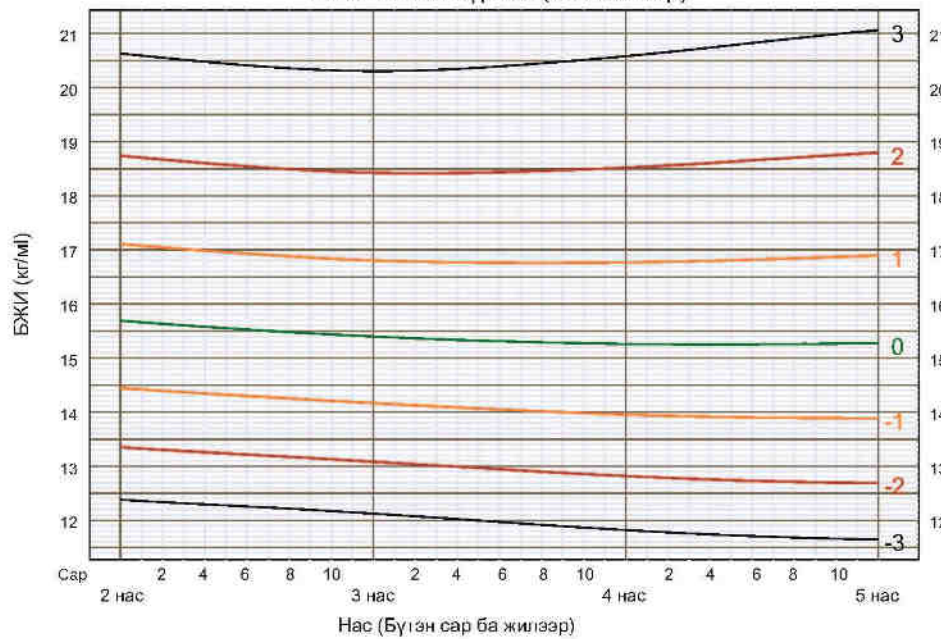
Жин насны энэ хүснэгт нь биеийн жинг насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин насны үзүүлэлт нь -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг туралтай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур байх нь хүнд хэлбэрийн туралтайг илтгэнэ. Энэ үед марам ба квашиоркорын клиник шинж тэмдгүүд ажиглагдаж болно.

Эмэгтэй хүүхдийн Жин өндрийн хүснэгт 2-оос 5 нас хүртэл (z-оноогоор)



Жин өндрийн энэ хүснэгт нь биеийн жинг өндөрт харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Жин өндрийн үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байгаа хүүхдийг гарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ. -2 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл туранхай байна гэж үзнэ. -3 шугамнаас доогуур тэмдэглэгдвэл хүнд хэлбэрийн туранхай гэж үзнэ. Энэ үед яаралтай тусгай асаргаа шаарддагтай.

Эмэгтэй хүүхдийн БЖИ насны хүснэгт 2-оос 5 нас хүртэл (z-оноогоор)



БЖИ насны энэ хүснэгт нь биеийн жингийн индексийг хүүхдийн насанд харьцуулсан үзүүлэлтийг голчтой (0 шугам) харьцуулж харуулна. Илүүдэл жинг хянахад БЖИ насны үзүүлэлтийг голчлон ашиглана. БЖИ насны үзүүлэлт нь 3 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдэж байвал гарган байна гэж үзнэ. 2 шугамнаас дээгүүр байгаа бол илүүдэл жинтэй гэж үзнэ. 1 шугамнаас дээгүүр тэмдэглэгдвэл илүүдэл жинд өртөх эрсдэлтэй гэж үзнэ.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ӨЭ-1Б-2

6-18 НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДЭВТЭР

Хүүхдийн төрсөн тухай батламж				Төрөх тасаг бүхий Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр, тамга						
Ургийн овог:				Хүйс: ЭР/ЭМ		Хүүхдийн хүйсийг заавал дугуйлан тэмдэглэ!				
Эцэг/эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг			Сум, хороо		Баг, хэсэг	
Хүүхдийн нэр:				Гэрийн хаяг:						
Эцгийн утас:				Эхийн утас:						
Цусны бүлэг:				Дэвтэр нээсэн огноо:						
Эрүүл мэндийн даатгалын дэвтрийн дугаар:				Регистрийн дугаар:						
<input type="text"/>				<input type="text"/>						
Төрсөн он	сар	өдөр	цаг	Дээрх хүүхдийн төрснийг 20... оны сарын өдөр албан ёсоор бүртгэсэн болно.						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							

ХҮҮХДИЙН БИЕ БЯЛДРЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТАЛААРХ ДҮГНЭЛТ

Хэмжилт он сар..... өдөр

Өндөр см	Биеийн жингийн индекс:
/10-тын орны бутархай оруулах/	(БЖИ=Жин(кг)/Өндөр ² (см))
Жин кг	1.Туранхай (<.....)
Бүсэлхийн тойргийн (БТ) хэмжээ см	2.Хэвийн жинтэй (.....)
	3.Илүүдэл жинтэй (.....)
	4.Таргалалт I (.....)
	5.Таргалалт II (.....)
	6.Таргалалт III (.....)

Дүгнэлт:.....
.....
.....
.....

Хэмжилт хийсэн эмчийн нэр:

Хэмжилт он сар..... өдөр

Өндөр см	Биеийн жингийн индекс:
/10-тын орны бутархай оруулах/	(БЖИ=Жин(кг)/Өндөр ² (см))
Жин кг	1.Туранхай (<.....)
Бүсэлхийн тойргийн (БТ) хэмжээ см	2.Хэвийн жинтэй (.....)
	3.Илүүдэл жинтэй (.....)
	4.Таргалалт I (.....)
	5.Таргалалт II (.....)
	6.Таргалалт III (.....)

Дүгнэлт:.....
.....
.....
.....

Хэмжилт хийсэн эмчийн нэр:

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТАЛААРХ ДҮГНЭЛТ

Үзлэг хийсэн 20__ оны __ сарын __ нд

	Үзлэг хийсэн огноо	Үзлэг хийсэн огноо	Үзлэг хийсэн огноо	Үзлэг хийсэн огноо
Биеийн байдал өсөлт бойжилт				
Биеийн өндөр				
Биеийн жин				
Биеийн галбир				
Нурууны хүч				
Тавхайн хэлбэр				
Бэлгийн бойжилт				
Дархлаажуулалт				
Шинжилгээнүүд				
Цагаан хорхой				
Цусны ерөнхий				
Шээсний ерөнхий				
Бусад				
5 хүртэл насанд өвчилсөн өвчнүүдийн талаарх тэмдэглэл ⁹ :				

Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал, зөвлөгөө:

Эмчийн нэр:

⁹Дэлгэрэнгүй бичнэ

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

Үзлэг хийсэн 20__ оны __ сарын __ нд

	Үзлэг хийсэн огноо _____	Үзлэг хийсэн огноо _____	Үзлэг хийсэн огноо _____	Үзлэг хийсэн огноо _____
Харшил				
Хорт зуршил				
Амны хөндий, хэл, шүд				
Арьс салст (цус багадалт)				
Арьсан дорх өөхөн эдийн байдал				
Халдварт өвчин				
Яс булчингийн тогтолцоо				
Зүрх судасны тогтолцоо				
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо				
Хоол боловсруулах эрхтэний тогтолцоо				
Бөөр шээсний замын эрхтэний тогтолцоо				
Мэдрэлийн тогтолцоо				

Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал, зөвлөгөө:

Эрүүл мэндийн байгууллага эсвэл эмчийн нэр:

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

Үзлэг хийсэн 20__ оны __ сарын __ нд

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Харшил												
Амны хөндий, хэл, шүд												
Арьс салст (цус багадалт)												
Арьсан дорх өөхөн эдийн байдал												
Яс булчингийн тогтолцоо												
Зүрх судасны тогтолцоо												
Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо												
Хоол боловсруулах эрхтэний тогтолцоо												
Бөөр шээсний замын эрхтэний тогтолцоо												
Мэдрэлийн тогтолцоо												

Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал, зөвлөгөө:

Эмчийн нэр:

⁹Дэлгэрэнгүй бичнэ

АМНЫ ХӨНДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗЛЭГ

Үзлэг хийсэн 20__оны__сарын__нд

Амны хөндий: Одоо байгаа шүдний тоо: _____ " Эрүүл " Эрүүл бус

- Шүдний цагаан толбо Шүдний өнгө өөрчлөгдсөн Шүдний ургалт буруу Буйлны үрэвсэл
 Уруулын хөвч богино Хэл мурийсан Хэлний хөвч богино Амны салстад шарх үүсдэг
 Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон Хүүхдийн шүд тогтмол угаадаг Бусад

	Хоншоор	Шүдлэх Үе	Солигдох Үе	Шүдний үзүүлэлт : <input type="checkbox"/> Цоорсон <input type="checkbox"/> Ломбодсон <input type="checkbox"/> Авагдсан <input type="checkbox"/> Давхар ургасан байнгын шүд _____ <input type="checkbox"/> Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургасан · Хоншоор <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн · Эрүү <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)
	Төвийн үүдэн шүд	8-12 сар	6-7 нас	
	Хажуугийн үүдэн шүд	9-13 сар	7-8 нас	
	Соёо	16-22 сар	10-12 нас	
	1-р араа	13-19 сар	9-11 нас	
	2-р араа	25-33 сар	10-12 нас	
	Эрүү	Шүдлэх Үе	Солигдох Үе	
	2-р араа	23-31 сар	10-12 нас	
	1-р араа	14-18 сар	9-11 нас	
	Соёо	17-23 сар	9-12 нас	
	Хажуугийн үүдэн шүд	10-16 сар	7-8 нас	
Төвийн үүдэн шүд	6-10 сар	6-7 нас		

	Хоншоор	Солигдох Үе
	Төвийн үүдэн шүд	7-8 нас
	Хажуугийн үүдэн шүд	8-9 нас
	Соёо	11-12 нас
	1-р бага араа	10-11 нас
	2-р бага араа	10-12 нас
	1-р их араа	6-7 нас
	2-р их араа	12-13 нас
	Агт араа	17-21 нас
	Эрүү	Солигдох Үе
Агт араа	17-21 нас	
2-р их араа	11-13 нас	
1-р их араа	6-7 нас	
2-р бага араа	11-12 нас	
1-р бага араа	10-12 нас	
Соёо	9-10 нас	
Хажуугийн үүдэн шүд	7-8 нас	
Төвийн үүдэн шүд	6-7 нас	

Шүдний үзүүлэлт :

- Цоорсон
 Ломбодсон
 Авагдсан
 Давхар ургасан байнгын шүд _____
 Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургасан
 · Хоншоор Баруун Зүүн
 · Эрүү Баруун Зүүн
 Эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)

Тайлбар:

- Сүүн шүд унаагүй боловч байнгын шүд нь давхар ургасан эсэхийг сайтар тэмдэглэж мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ.
- Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургаж, буйлнаас цухуйж эхэлмэгц мэргэжлийн эмчид хандаж ховил битүүлэх эмчилгээ (ховилын ломбо) хийлгэх зайлшгүй шаардлагатай тул мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ.
- Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон хожуу үүсэх хүндрэлээс сэргийлж шүдний эмчид үзүүлж зөвлөгөө авах шаардлагатай
- Холимог зуултын үед хүүхдийн сүүн ба байнгын шүдийг зураглалын шүд тус бүрт дараах байдлаар бичиж тэмдэглэнэ:

· Байнгын шүд: Ц, Л, А

Сүүн шүд: ц, л, а

Эмчийн нэр: _____

Хяналтын үечилсэн дүгнэлт

1. 20... он сар өдөр

Ds:

Дүгнэлт:

Цаашид авах арга хэмжээ:

Эмчийн гарын үсэг:

Хяналтын үечилсэн дүгнэлт

1. 20... он сар өдөр

Ds:

Дүгнэлт:

Цаашид авах арга хэмжээ:

Эмчийн гарын үсэг:

Он сар өдөр	Эмчийн үзлэг	Эмчилгээний заалт

Он сар өдөр	Эмчийн үзлэг	Эмчилгээний заалт

Он сар өдөр	Эмчийн үзлэг	Эмчилгээний заалт

2 САР ХҮРТЭЛХ ХҮҮХДИЙН ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Нэр: _____ Нас: _____ Жин: _____ кг Биеийн температур _____ °C

Хүүхэд ямар зовиуртайг АСУУ: _____ Анхны үзлэг? ____ Давтан үзлэг? ____
 _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг

ҮНЭЛ (Байгаа бүх шинжийг дугуйл)

АНГИЛ

<p>МАШ ХҮНД ӨВЧИН БА ХЭСЭГ ГАЗРЫН ХАЛДВАРЫГ ШАЛГА</p> <p>- Нярайг хооллоход бэрхшээл байна уу? - Нярай хүүхэд татсан уу?</p>	<p>* Амьсгалын тоо нэг минутад _____ Олширсон бол давт. _____ Амьсгал олширсон уу? * Цээж хүчтэй хонхолохыг ажигла. * Хамар сарталзахыг ажигла. * Яраглаж амьсгалахыг ажигла, сонс * Зулай чинэрэлтийг ажигла, тэмтэр. * Чих булагтсан эсэхийг ажигла. * Хүйг ажигла * Улайсан буюу идээтэй байна уу? * Улайлт арьс руу тэлсэн үү? * Халууралт (37.5°C буюу их, барихад халуун) буюу халуун буурах (35.5°C буюу бага, барихад хүйтэн) * Арьсны идээт цэврүүг ажигла. ' - Тэдгээр нь олон буюу хүнд байна уу? * Нярай унтаарсан буюу ухаангүй эсэхийг хар. * Нярайн хөдөлгөөнийг ажигла. ' - Хөдөлгөөн хэвийнхээсээ бага байна уу?</p>	
<p>ШАРЛАЛТЫГ ШАЛГА</p>	<p>* Шарлалтыг шалга (нүд, арьс шарлах.) * Нярайн гарын алга, хөлийн ул шар байна уу?</p>	
<p>НЯРАЙ СУУЛГАЖ БАЙНА УУ?</p> <p>* Баасанд цус байна уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____ * Нярайн ерөнхий байдлыг ажигла. Нярай: ' - Зөвхөн хүрэхэд хөдлөөд болих буюу огт хөдөлгөөнгүй ' - Тайван бус ба цочромхой? * Нүд нь хонхойсныг ажигла. * Хэвлийн арьсны хуниас арилах нь: ' - Маш удаан (2 секундээс их)? ' - Удаан уу?</p>	
<p>ДАРАА НЬ ХООЛЛОЛТЫН БЭРХШЭЭЛ БУЮУ БАГА ЖИНГ ШАЛГА</p> <p>* Хооллолтонд ямар нэг бэрхшээл байна уу? Тийм__ Үгүй __ * Хүүхэд хөхөөр хооллодог уу? Тийм __ Үгүй __ Хэрэв тийм бол 24 цагт хэдэн удаа хөхдөг вэ? __ удаа * Нярайд өөр ямар нэгэн хоол буюу шингэн өгдөг үү? Тийм __ Үгүй __ Хэрэв тийм бол хэдэн удаа? _____ * Нярайг та юугаар хооллодог вэ? _____</p>	<p>* Насанд тохирох жинг тодорхойл Бага __ Бага биш __ * Аман шархлаа буюу цагаан толбо буйг ажигла (ам гэмтэх).</p>	
<p>Хэрэв нярай ямар нэг хооллолтын бэрхшээлтэй, 24 цагт хөхөө 8-аас цөөн хөхдөг, өөр ямар нэг хоол буюу шингэн өгдөг буюу насанд тохирох жин бага БА эмнэлэгт яаралтай хэвтүүлэх ямар нэг заалтгүй бол:</p>		
<p>ХӨХӨӨР ХООЛЛОЛТЫГ ҮНЭЛ: * Нярай сүүлийн 1 цагт хөхөө хөхсөн үү? Хэрэв сүүлийн 1 цагт хөхөө хөхөөгүй бол хүүхдээ хөхүүлэхийг эхээс хүс. Хөхөхийг 4 минут ажигла. * Хүүхэд хөхөө үмхэж чадаж байна уу? Үмхэлтийг шалгаж, ажигла. Үүнд: - Эрүү хөхөнд хүрэлцэх Тийм __ Үгүй __ - Амаа том ангайх Тийм __ Үгүй __ - Доод уруул цорвойх Тийм __ Үгүй __ - Хөхний нөсөөт хэсэг амны дээд талд илүү том харагдах Тийм __ Үгүй __ зөв үмхэхгүй зөв үмхэнэ * Нярай хөхөө сайн сорж байна уу (аажим, гүнзгий сорж, заримдаа түр завсарлана)? сайн сорохгүй сайн сорно</p>		
<p>НЯРАЙН ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН БАЙДЛЫГ ШАЛГА Өнөөдөр шаардлагатай вакциныг дугуйл.</p> <p>БЦЖ _____ Тавт _____ Саа-1 _____ Саа-2 _____ ВГ-1 _____</p>	<p>РАХИТЫН СЭРГИЙЛЭЛТ _____ Д аминдэм _____</p> <p>К АМИНДЭМ _____ К₁ аминдэм _____ яй _____</p>	<p>Дараагийн вакцинд ирэх: _____ (Өдөр)</p>
<p>БУСАД ӨВЧНҮҮДИЙГ ҮНЭЛ, АНГИЛ, ЭМЧИЛ (Чагнаж үз)</p>	<p>Эхийн өөрийнх нь эрүүл мэндийн тухай асуу: _____ _____ Үзлэгт зарцуулсан хугацаа _____</p>	

2 САРААС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ӨВЧТЭЙ ХҮҮХДИЙН ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Нэр: _____ Нас: _____ Жин: _____ кг Биеийн температур _____ °C
Хүүхэд ямар зовиуртайг АСУУ: _____ Анхны үзлэг? _____ Давтан үзлэг? _____
_____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг

ҮНЭЛ (Байгаа бүх шинжийг дугуйл)

АНГИЛ

<p>АЮУЛТАЙ ЕРӨНХИЙ ШИНЖҮҮДИЙГ ШАЛГА</p> <p>УУХ БУЮУ ХӨХӨӨ ХӨХӨХ ЧАДВАРГҮЙ УУХ, ИДЭХ БҮРТЭЭ БӨӨЛЖИХ ТАТАХ</p>	<p>УНТААРСАН БУЮУ УХААНГҮЙ</p>	<p>Аюултай ерөнхий шинж байна уу? Тийм _____ Үгүй _____ Ангилал сонгохдоо аюултай шинжийг үндэслэнэ гэдгийг сана</p>
<p>ХҮҮХЭД ХАНИАЛГАСАН БУЮУ АМЬСГАЛ СААДТАЙ ШИНЖТЭЙ ЮУ?</p> <p>* Хэр удаан? _____ өдөр</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Амьсгалыг нэг минутад тоол. Нэг минутад _____ удаа. Амьсгал олширсон уу? * Цээж хонхолохыг ажигла. * Хяхтнаа амьсгалыг ажигла, сонс * Шуугиантай амьсгалыг ажигла, сонс.</p>	
<p>ХҮҮХЭД СУУЛГАЖ БАЙНА УУ?</p> <p>* Хэр удаан? _____ өдөр * Баасанд цус байна уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Хүүхдийн биеийн ерөнхий байдлыг ажигла. Хүүхэд: Унтаа буюу ухаангүй Тайван бус ба цочромхой? * Нүд хонхойсныг ажигла. * Хүүхдэд уух юм өг. Хүүхэд: Уухдаа муу буюу ууж чадахгүй юу? Цангасан, ховдоглон ууж байна уу? * Хэвлийн арьсны хуниас арилах нь: Маш удаан (2 секундээс их)? Удаан уу?</p>	
<p>ХҮҮХЭД ХАЛУУРСАН УУ? (мэдүүлэгтэй/тэмтрэхэд халуун/ биеийн халуун 37.5°C буюу их)</p> <p>* Хэр удаан? _____ өдөр * Сүүлийн 3 сард хүүхэд улаанбурхнаар өвчилсөн үү? * 5-аас олон хоног бол өдөр бүр халуурсан уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Хүзүүний хөшингийг ажигла, үз. УЛААНБУРХНЫ шинжийг ажигла. * Түгээмэл тууралт ба * Ханиалгах, нус гоожих буюу нүд улайх шинжийн нэг * Халууралтын бусад шалтгааныг ажигла, үнэл. * Амны шархлааг ажигла. Шархлаа гүнзгий ба өргөн үү? * Нүднээс нуух гарч буйг ажигла. * Эвэрлэг бүдгэрсэн эсэхийг ажигла</p>	
<p>Сүүлийн 3 сар дотор буюу одоо улаанбурхнаар өвчилсөн бол:</p>		
<p>ХҮҮХЭД ЧИХНИЙ ӨВЧИН БАЙНА УУ?</p> <p>* Чих өвдөж байна уу? * Чихнээс булаг гарч байна уу? Хэрэв тийм бол хэр удаан _____ өдөр</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Чихнээс булаг гарсныг ажигла. * Чихний ард хавдар, хөндүүр байгаа эсэхийг тэмтэр.</p>	
<p>ХҮҮХДИЙН ХООЛОЙ ӨВДӨЖ БАЙГААГ ШАЛГА?</p> <p>* Залгихад эмзэглэж байна уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Эрүүн доорхи булчирхайнуудыг тэмтэр. * Хоолойд нэвчдэс, идээ байгааг ажигла.</p>	
<p>ДАРАА НЬ ТУРААЛ БА ЦУС БАГАДАЛТЫГ ШАЛГА</p> <p>6 сараас дээш настай бол * Бугалганы тойрог 110 мм-ээс бага байна уу? * Хоолны дуршил муу байна уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Илт хүнд тураалыг ажигла. * Хоёр хөлд хавантай эсэхийг ажигла. * Алганы цайлтыг ажигла. Хувхай цагаан уу? Бага зэрэг цагаан уу? * Хүүхдийн насанд тохирох жинг тодорхойл: Жин бага _____ Жин бага биш _____</p>	
<p>ХҮҮХЭД 2 НАС ХҮРЭЭГҮЙ БОЛ РАХИТЫГ ШАЛГА</p> <p>* Хөхөө хөхөх, унтаж байхдаа хөлөрч байна уу? * Шээсний үнэр өөрчлөгдсөн үү?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Гавлын яс зөөлөрсөн эсэхийг тэмтэр. * "Сампингийн эрх"-ийн шинж * Булчингийн хүчдэл суларсан эсэхийг ажигла.</p>	
<p>ХҮҮХЭД 12 САРААС ДЭЭШ НАСТАЙ БОЛ ЦАГААН ХОРХОЙТОХЫГ ШАЛГА</p> <p>* Хошного загатнадаг уу? * Нойронд муу юу? * Цагаан хорхой гарч байсан уу?</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>* Хошногони амсар, хярзан орчим улайсан буюу маажсан эсэхийг ажигла.</p>	
<p>ХҮҮХДИЙН ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН БАЙДАЛ БА А АМИНДЭМИЙН ХАНГАЛТЫН БАЙДЛЫГ ШАЛГА</p> <p>Өнөөдөр хийх вакциныг дугуйл.</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p> <p>_____ СХХТ (давтан) _____ А АМИНДЭМ _____ _____ УБ-1, У, ГХ-1 _____ УБ, У, ГХ-2 _____ _____ ВГ-1 _____</p>	<p>Дараагийн дархлаажуулалтад ирэх: _____ (Өдөр)</p>
<p>ХҮҮХЭД ЦУС БАГАДАЛТ БУЮУ ЖИН БАГА эсвэл 2 нас хүрээгүй бол ХҮҮХДИЙН ХООЛЛОЛТЫН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛ.</p> <p>* Та хүүхдээ хөхөөр хооллодог уу? Тийм _____ Үгүй _____ Хэрэв тийм бол 24 цагт хэдэн удаа? _____ удаа. Та шөнө хөхүүлдэг үү? Тийм _____ Үгүй _____ * Хүүхдэд ямар нэг хоол буюу шингэн өгдөг үү? Тийм _____ Үгүй _____ Хэрэв тийм бол ямар хоол буу шингэн ямар хэмжээгээр өгдөг вэ? _____ Өдөрт хэдэн удаа? _____ удаа. Хүүхдийг хооллохдоо та юу хэрэглэдэг вэ? _____ Хэрэв насанд тохирсон жин бага бол: Ямар хэмжээтэй хоол иддэг вэ? _____ Хүүхэд өөрөө хоолоо иддэг үү? _____ Хэн хүүхдийг хооллодог вэ? Яаж? _____ * Энэ өвчний явцад хүүхдийн хооллолт өөрчлөгдсөн үү? Тийм _____ Үгүй _____ Тийм бол, яаж? _____</p>	<p>Тийм _____ Үгүй _____</p>	<p>Хооллолтын бэрхшээлүүд</p>
<p>БУСАД ӨВЧНҮҮДИЙГ ҮНЭЛ, АНГИЛ, ЭМЧИЛ (Чагнаж үз)</p>	<p>Эхийн өөрийнх нь эрүүл мэндийн тухай асуу: _____</p>	<p>Үзлэгт зарцуулсан хугацаа _____</p>

ЭМЧИЛГЭЭ

Өөр хүнд өвчний ангилалгүй ч гэсэн ямар нэг
аюултайшинжтэй хүүхдийг хэвтүүлнэ гэдгийг сан

Давтан үзлэгт эргэж ирэх хугацаа: _____

Хэзээ яаралтай эргэж үзүүлэхийг эхэд зөвлө. _____

Өнөөдөр шаардлагатай дархлаажуулалтыг хийж, А аминдэм өг: _____

Хооллолтыг зөвлөгөө өг

ТОВЛОЛЫН БУС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГАД ХАМРАГДСАН ХҮМҮҮСИЙН БҮРТГЭЛ

..... он сар

Д/д	Овог нэр, регистр	Нас	Хүйс	Гэрийн хаяг (Аймаг/хот, сум/дүүрэг)	Вакцин, биобэлдмэлийн нэр	Цувралын дугаар	Дархлаажуулалтын хэлбэр (Сайн дур-1 Нэмэлт-2, Тархвар судлал-3)	Тархвар судлалын заалтаар хийж байгаа бол мэргэжил*	Эмч, эмнэлгийн ажилтан бол ажилладаг эрүүл мэндийн байгууллагын нэр	Тариулсан сар, өдөр		
										1 тун	2 тун	3 тун
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												
4												
5												
6												

*Тархвар судлалын заалт: Эмч, эмнэлгийн ажилтнууд-1, цэрэг, цагдаа, хил гааль-2 халдварт өвчний голомтод-3 Малын эмч, мал амьтны түүхий эдтэй харьцдаг хүмүүс-4 Цэвэр бохир усны слесарь, үйлчлэгч-5 Бохир ус цэвэрлэх байгууламжийн слесарь, механик-6 Байгалийн голомтот нутагт амьдардаг хүмүүс-7 Голомт бүхий улс руу явж байгаа хүмүүс-8 Бусад-9

Тарьсан/бүртгэл хөтөлсөн хүний нэр:.....
 Хянасан:Өрхийн эмч, эрхлэгч, дарга.....

ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ДАРААХ УРВАЛ ХҮНДРЭЛИЙН БҮРТГЭЛ

Сум, дүүрэг, өрх, эмнэлгийн нэр _____

.....он.....сар

Д/д	Овог, нэр, регистер	Гэрийн хаяг, утас	Төрсөн огноо	Сүүлчийн дархлаажуулалт хийсэн огноо, цаг минут	Эмнэлгүй шинж илэрсэн огноо, цаг минут	Тухайн ЭМБ-д хандсан огноо	Дараагийн шатлалд мэдээлсэн огноо, цаг минут	Тандалт судалгаа эхэлсэн огноо	Сэжиглэж буй вакцины талаарх мэдээлэл					
									Вакцины нэр	Тухайн вакцины хэд дэх тун	Үйлдвэрлэсэн улс	Цувралын дугаар	Хугацаа дуусах огноо	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

Хэсэг газрын хүнд урвалд*: 1. Хамгийн ойрын үенд хүртэл хавдах; 2. Хөндүүрлэ

Бүртгэл хөтөлсөн: Вакцинатор сувилагч:

Хянасан: Өрхийн эмч, эрхлэгч, дарга:.....

0-15 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙГ ДАРХЛААЖУУЛАХ САРЫН ТӨЛӨВЛӨГӨӨ БА ХАМРАЛТ

Сум/дүүрэг, өрх, эмнэлгийн нэр: _____

20... он сар

№	Овог, нэр, регистр	Нас	Хүйс	Хороо	Утас	Тухайн сард хамрагдах урьдчилан сэргийлэх тарилгын нэр																			Вакцин			Явуулаар хийсэн бол-1	Шилжилт хөдөлгөөн (Нас барсан-1, ирсэн-2, явсан-3)	ДДУХ (Тийм-1, Үгүй-2)
						Сүрьеэ	В гепатит	Халдварт саа					Таван вакцин			УГУ		А гепатит		СТ		Пневмококк			Хийх сар, өдөр	Хийсэн сар, өдөр	Хийсэн цаг, минут			
								0	I	II	III	IV	I	II	III	I	II	I	II	I	II	I	II	III						
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	
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														

Төлөвлөгөө гаргасан:Сувилагч, бага эмч.....

Хянасан: Өрхийн эмч, эрхлэгч, дарга:.....

УРЬДЧИЛАН СЭРГИИЛЭХ ТАРИЛГААС ТАТГАЛЗСАН ТУХАИ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Мэдээлсэн байгууллага..... Эмчийн нэр.....
2. Мэдээлсэн.....он.....сар.....өдөр
3. Тарилгаас татгалзсан хүний овог Нэр
4. Нас..... Хүйс..... Төрсөн.....он.....сар.....өдөр
5. Тарилгын нэр..... Тун.....
6. Тарилгаас татгалзсан шалтгаан/Эцэг, эхийн өгүүлснээр/.....
.....
7. Татгалзсан хүн хэн болох аав, ээж, асран халамжлагч /Зур/
Овог.....Нэр.....
8. Татгалзсан хүний гэрийн болон тодорхой хаяг.....
.....
9. Татгалзсан хүний гарын үсэг.....

Хянаж мэдээлсэн:

Халдвар судлагч эмч.....

Статистикч эмч.....

.....он.....сар.....өдөр

СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫНОНЫ ТӨЛӨВЛӨГӨӨ

.....Улс, аймаг, нийслэл, сум, дүүрэг, өрх, эмнэлгийн нэр

Вакцины нэр	Тарих нас	Тунгийн тоо	Хамрагдвал зохих хүүхдийн тоо	Вакцины хорогдлын индекс	Бага нөөц (20%-25%)	Үлдэгдэл вакцин /хүн тун/	20.. онд шаардлагатай нийт вакцины хэрэгцээ /хүн тун/
А	Б	В	Г	Д	Е	Ё	(В х Г х Д +Е)-Ё
Сүрьеэгийн эсрэг сэргийлэх тарилга	Төрсний дараа 24 цагт	1					
Халдварт саагийн эсрэг сэргийлэх тарилга	Төрсний дараа 24 цагт	1					
	2 сартай	1					
	3 сартай	1					
	4 сартай	1					
	5 сартай	1					
В вируст гепатитийн эсрэг сэргийлэх тарилга	Төрсний дараа 24 цагийн дотор	1					
Таван (Сахуу, хөхүүл ханиад, татран, В вируст гепатит, хемофилюс инфлюэнза В) вакцин	2 сартай	1					
	3 сартай	1					
	4 сартай	1					
Пневмококкийн эсрэг вакцин	2 сартай	1					
	4 сартай	1					
	9 сартай	1					
Улаанбурхан, гахай хавдар, улаануудын эсрэг сэргийлэх тарилга	9 сартай	1					
	2 настай	1					
А вируст гепатитийн эсрэг сэргийлэх тарилга	1 нас 2 сартай	1					
	2 настай	1					
Сахуу, татран өвчний эсрэг сэргийлэх тарилга	7 настай	1					
	15 настай	1					

Захиалга хийсэн: Дархлаажуулалт хариуцсан тархвар судлагч их эмч

Хянасан: Аймаг, нийслэлийн ЭМГ-ын дарга, дүүрэг, сум, өрхийн ЭМТ-ийн дарга, эрхлэгч.....

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн код:

ХӨГЖЛИЙН БЭРХШЭЭЛТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН БҮРТГЭЛ

Д/Д	Эцэг /эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас хүйс	Тогтмол хаяг	Хөдөлмөр эрхлэлт	Боловсрол	Шалтгаан		Хөгжлийн бэрхшээлийн хэлбэр							Онош	Шилжилт хөдөлгөөн			
						Өвчнөөр	Ослоор	Харааны бэрхшээл	Сонсгол, хэл ярианы бэрхшээл	Хөдөлгөөний бэрхшээл	Зайн үйл /сэтгэгц-ийн бэрхшээл	Унадаг, татдаг	Сурах /оюун ухаан/ бэрхшээл	Хавсарсан бэрхшээл		Бусад бэрхшээл	Группээс гарсан	Шилжсэн	Нас барсан
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Тайлбар:
 3-р багана Хөдөлмөр эрхлэлт: Ажилтай-1, Ажилгүй-2, Группэд-3, Тэтгэвэр-4, Тэтгэмж-5
 4-р багана Боловсрол: Дээд-1, Дунд-2, Бага-3, Боловсролгүй-4
 5-р багана Өвчнөөр: Төрөлхийн-1, Олдмол-2, Мэргэжлээс шалтгаалсан-3, Ердийн-4
 6-р багана Ослоор: Ахуйн осол-1, Үйлдвэрийн осол-2, Зам тээврийн осол-3

9. Уруулын хөдөлгөөнөөр уншиж чаддаг уу?	Амархан Бэрхшээлтэй Ерөөсөө чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ярьж чадах уу?	Амархан Бэрхшээлтэй Ерөөсөө чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Сууж чадах уу? (хэвтээ байдлаас суух хамаарна)	Ганцаараа Бага зэрэг тусламжтайгаар эсвэл заримдаа Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Зогсож чадах уу? (суугаа байдлаас зогсох хамаарна)	Ганцаараа Бага зэрэг тусламжтайгаар эсвэл заримдаа Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Гэр дотроо хөдөлж чадах уу? (алхах, бөхийх, мөлхөх, эсвэл дугуйтай тэрэг хэрэглэх хамаарна)	Ганцаараа Бага зэрэг тусламжтайгаар эсвэл заримдаа Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Тосгон дотроо хөдөлж чадах уу? (алхах, бөхийх, мөлхөх, эсвэл дугуйтай тэрэг хэрэглэх хамаарна)	Ганцаараа Бага зэрэг тусламжтайгаар эсвэл заримдаа Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Наад зах арван шатаар алхаж чадах уу?	Ганцаараа Хөндлөн мод, рам, суга таяг эсвэл гар таягтай Хүний тусламжтайгаар Огт чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Нуруу эсвэл үе өвддөг үү?	Маш ховор эсвэл огт үгүй Заримдаа тэгэхдээ одоог хүртэл ажлаа хийж байна Ажилд саад болдог, гэхдээ унтаж чаддаггүй Унтахад саад болдог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Бусад хүүхдийн нэгэн адил хөхөөр хооллож өссөн үү?	Тийм Үгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Өөрийнхөө ижил насны хүүхдүүд шиг тоглодог уу?	Тийм Үгүй, өөрийнхөө наснаас доогуур хүүхэд шиг тоглодог Үгүй, ерөөсөө тоглодоггүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Сургуульд явдаг уу?	Тийм, ердийн сургуульд явдаг Тийм, гэхдээ өөрийнхөө наснаас доогуур сургуульд явдаг Тийм, гэхдээ сургуульд явдаггүй Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Гэр бүлийн үйл ажиллагаанд оролцдог уу?	Тийм Заримдаа Огт үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Хамт олны үйл ажиллагаанд оролцдог уу?	Тийм Заримдаа Огт үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Гэрийн ажил хийдэг үү?	Тийм, бүгдийг нь Бүгдийг нь биш заримыг нь Юу ч хийдэггүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Ажил хийдэг үү эсвэл ямар нэгэн орлого олдог уу?	Бүтэн цагаар ажил хийдэг эсвэл өөрийн хэрэгцээг хангах боломжийн орлоготой Хагас цагаар ажил хийдэг эсвэл улирлын шинж чанартай ажил хийдэг эсвэл тодорхой орлоготой Ажил хийдэггүй эсвэл орлого байхгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Өрхийн эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ӨЭ-10

ӨРХИЙН ЭМЧИЙН СЭТГЭЦИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУДАЛТАЙ ХҮМҮҮСТ ҮЗҮҮЛСЭН ТУСЛАМЖИЙН БҮРТГЭЛ

№	Сар, өдөр	Эцэг/эх/-ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Тогтмол хаяг	Ажлын газар, албан тушаал	Боловсрол	Өвчлөл		Үндсэн онош /Сэтгэцийн аягийн эмгэг ӨОУА-10/	Зөвлөгөө өгсөн, нарийн мэргэжлийн эмчид явуулсан хүний тоо	Шинээр хяналтанд авсан хүний тоо	Сэтгэц нөлөөт эм олгосон хүний тоо	Хөгжлийн бэрхшээлтэй эсэх Тийм (+), Угүй (-) ХЧА-ын хувь
								Шинэ	Хуучин					
1								1	2					
2								1	2					
3								1	2					
4								1	2					
5								1	2					
6								1	2					
7								1	2					
8								1	2					
9								1	2					
10								1	2					

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ӨЭ-11а

18 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЦОГЦ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

ХҮҮХДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

				Регистрийн дугаар: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Хүүхдийн ургийн овог:				Хүйс: Эр / Эм <i>Хүүхдийн хүйсийг заавал дугуйлан тэмдэглэ!</i>
Эцэг, эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг Сум, хороо Баг, хэсэг
Хүүхдийн нэр:				Гэрийн хаяг: Утас
Төрсөн он	сар	өдөр	цаг	Хүүхдийн нас: ____ сар ____ хоногтой

ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Регистрийн дугаар: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Эцэг, эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг Сум, хороо Баг, хэсэг
Нэр:				
Яс үндэс:				Ажлын газар, эрхэлдэг ажил, утас:
Мэргэжил	Боловсрол	Гэр бүлийн байдал:	Ам бүлийн тоо:	
Амьдралын нөхцөл байдал		<input type="checkbox"/> Амины сууц <input type="checkbox"/> Орон сууцны байранд <input type="checkbox"/> Гэрт <input type="checkbox"/> Бусад амьдардаг		
Хэнтэй амьдардаг вэ?		Хүүхэд (тоо: _____), <input type="checkbox"/> Нөхөр, <input type="checkbox"/> Хадам аав, <input type="checkbox"/> Хадам ээж <input type="checkbox"/> Өөрийн аав, <input type="checkbox"/> Өөрийн ээж, <input type="checkbox"/> Бусад (тоо: _____)		
Тамхи татдаг уу?		<input type="checkbox"/> Тийм (өдөрт _____ тамхи татдаг) <input type="checkbox"/> Үгүй		
Архи хэрэглэдэг үү?				<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хааяа

ЭХИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Дараах өвчнөөр өвчилж байсан уу? гэж тэмдэглэнэ.

- Цусны даралт ихсэх, Бөөрний архаг үрэвсэл, Чихрийн шижин,
 Зүрхний өвчин, Бамбай булчирхайн өвчин, Харшил
 Бусад өвчин (нэрлэнэ үү)

Дараах халдварт өвчнөөр өвчилж байсан уу?

Улаанууд Тийм _____ нас Үгүй Вакцин хийлгэсэн

Улаанбурхан Тийм _____ нас Үгүй Вакцин хийлгэсэн

Салхин цэцэг Тийм _____ нас Үгүй

Халдварт гепатит Тийм _____ нас Үгүй

Мэс засал хийлгэж байсан уу? Үгүй Тийм бол

ямар:

Нөхрийн эрүүл мэнд: хэвийн хэвийн биш
(Өвчин юм уу зовиур:))

Цусны бүлэг: Эх А В 0 АВ Мэдэхгүй

Эцэг А В 0 АВ Мэдэхгүй

Эхийн жирэмслэлтийн түүх

Хэдэн удаа жирэмсэлсэн.....
Хэдэн удаа төрсөн.....
Одоо хэдэн хүүхэдтэй.....
Үүний өмнөх жирэмслэлт .....он.....сар .
Бага жинтэй хүүхэд төрүүлж байсан уу (22-36 долоо хоног) <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Үр хөндүүлж байсан эсэх <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Зулбаж байсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй

Хүүхдийн төрөлтийн түүх

Хэд дэх хүүхэд
Төрөх үеийн хүүхдийн жин/урт
Төрөлтийн явц <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> бүтэлтэй <input type="checkbox"/> кесар <input type="checkbox"/> Бусад
Төрөхөд тандалт шинжилгээ хийсэн үү? <input type="checkbox"/> сонсгол <input type="checkbox"/> нүд <input type="checkbox"/> түнх <input type="checkbox"/> зүрх <input type="checkbox"/> бодисын солилцооны (өсгийнөөс цус авч) <input type="checkbox"/> бусад.....
Төрөнгүүт уйлсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Төрөнгүүт амлуулсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Төрөнгүүт хүүхдийг ээжийнх нь цээжин дээр тавьсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй

Өмнөх өвчлөлийн талаарх мэдээлэл тэмдэглэнэ.

- Улаан бурхан Салхин цэцэг Улаанууд Гахай хавдар
 Менингит Багтраа- астма Халдварт гепатит Гар хөл амны өвчин

Бусад

(Үзлэгийг 2017 оны _____ сарын _____ нд хүүхэд _____ сар, _____ хоногтой байхад хийв).

Жин (кг)..... Урт, өндөр (см)..... БЖИ ЖН-ны Z оноо..... ЖУ-ийн Z оноо..... УН-ны Z оноо..... ЖУ/БЖИ-ийн Z оноо.....	Толгойн тойрог (см): Толгой хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Том <input type="checkbox"/> Жижиг
Хооллолт: <input type="checkbox"/> Хөхөө хөхдөг <input type="checkbox"/> Нэмэгдэл хоол иддэг Өдөрт .....удаа, нэг удаад .....мл иддэг Гол иддэг хоол 1.....2.....3.....4.....	
Арьс, үс, хумс: <input type="checkbox"/> Хэвийн, <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: <input type="checkbox"/> Арьсны уян чанар алдагдсан <input type="checkbox"/> Шарлалт <input type="checkbox"/> Тууралт <input type="checkbox"/> Атопи (Шүүдэст эмзэгшил) <input type="checkbox"/> Нуралт <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> 2 хөлийн хаван <input type="checkbox"/> Илт тураал <input type="checkbox"/> Хумс хөх <input type="checkbox"/> Алганы зураасны өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр <input type="checkbox"/> Бусад.....	
Цус багадалтын шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Алга цайсан <input type="checkbox"/> Хувхай цагаан	
Толгой, хүзүү, захын тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Макроцефали <input type="checkbox"/> Микроцефали <input type="checkbox"/> Гидроцефали <input type="checkbox"/> Толгойгоо даахгүй <input type="checkbox"/> Хүзүү гилжгий <input type="checkbox"/> Бусад	
Яс, булчингийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн, <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Цээжний хэлбэр <input type="checkbox"/> Нуруу муруй <input type="checkbox"/> Сампингийн эрхи <input type="checkbox"/> Дагз зөөлрөх <input type="checkbox"/> Түнхний эмгэг <input type="checkbox"/> Үе мөчдийн хөдөлгөөн хязгаарлагдсан _____ <input type="checkbox"/> Үений үрэвсэл <input type="checkbox"/> Булчингийн атрофи Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Нүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хялар <input type="checkbox"/> Харааны бэрхшээл <input type="checkbox"/> Урвасан зовхи <input type="checkbox"/> Харц эгцэлж харахгүй <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Чих, хамар, хоолой: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Хамрын эмгэг <input type="checkbox"/> Аденоидит <input type="checkbox"/> Гүйлсэн булчирхай <input type="checkbox"/> Чихнээс булаг гарсан: .....хоног <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Сонсгол: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	
Амьсгалын тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> 14-өөс олон хоног ханиалгасан <input type="checkbox"/> Амьсгал олширсон <input type="checkbox"/> Цээж хонхолзох <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Шуугиантай амьсгал <input type="checkbox"/> Хяхтнаа амьсгал <input type="checkbox"/> Хэржигнүүр <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Зүрх судасны тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Тахикарди <input type="checkbox"/> Брадикарди <input type="checkbox"/> Авиа бүдэг <input type="checkbox"/> Хэм алдагдалтай <input type="checkbox"/> Шуугиантай <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Хоол боловсруулах тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Бөөлждөг <input type="checkbox"/> Хэвлий эмзэглэлтэй, Элэг: <input type="checkbox"/> Том <input type="checkbox"/> Эмзэглэлтэй, <input type="checkbox"/> Дэлүү том <input type="checkbox"/> Суулгалт _____ <input type="checkbox"/> Баас хатдаг <input type="checkbox"/> Хүйн ивэрхий <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Шээс бэлгийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Олон удаа шээдэг <input type="checkbox"/> Шөнө шээдэг <input type="checkbox"/> Орондоо шээдэг <input type="checkbox"/> Шээхэд өвддөг, <input type="checkbox"/> Дүлж шээдэг <input type="checkbox"/> Төмсөг усжилттай <input type="checkbox"/> Төмсөг хуухнагт буугаагүй <input type="checkbox"/> Тээрхийн арьс чөлөөтэй эргэхгүй <input type="checkbox"/> Цавины ивэрхий <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Мэдрэлийн эрхтэн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Татдаг <input type="checkbox"/> Дагз хөшингө <input type="checkbox"/> Эмгэг рефлексүүд илэрсэн..... <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Нүдэнд ил харагдах хөгжлийн эмгэг: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Эмгэгтэй бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Уруул тагнайн сэтэрхий <input type="checkbox"/> Чихний дэлбэнгүй <input type="checkbox"/> Чихний гадна суваггүй <input type="checkbox"/> 2 нүдний зай хол <input type="checkbox"/> Хөлгүй <input type="checkbox"/> Гаргүй <input type="checkbox"/> Олон хуруу <input type="checkbox"/> Цөөн хуруу <input type="checkbox"/> Бусад_____	
Амны хөндий: Хүүхдийн шүд анх ____ сартайдаа ургасан. Одоо байгаа шүдний тоо ____ <input type="checkbox"/> Шүдний цагаан толбо <input type="checkbox"/> Шүдний өнгө өөрчлөгдсөн <input type="checkbox"/> Шүдний ургалт буруу <input type="checkbox"/> Буйлны үрэвсэл <input type="checkbox"/> Хэл мурийсан <input type="checkbox"/> Хэлний хөвч богино <input type="checkbox"/> Бусад_____	

Доод эрүү	Ургалт	Солигдох	Сүүн шүдний зураг				
	2 дахь бага араа	23-31 сар	10-12 нас	Дээд эрүү	Дээд үүдэн	8-12 сар	6-7 нас
	Эхний бага араа	14-18 сар	9-11 нас		Дээд үүдэн хажуу	9-13 сар	7-8 нас
	Соёо	17-23 сар	9-12 нас		Соёо	16-22 сар	10-12 нас
	Доод үүдэн хажуу	10-16 сар	7-8 нас		Эхний бага араа	13-19 сар	9-11 нас
	Доод үүдэн	6-10 сар	6-7 нас		2 дахь бага араа	25-33 сар	10-12 нас

Шүд: Эрүүл (Цоороогүй, цэвэр)
 Цоороогүй гэхдээ цэвэр биш
 Цоорсон

Эмчилгээ шаардлагатай (шүднийтоо _____)

ЗААВАЛ ХИЙХ ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ҮНДЭСНИЙ ТОВЛОЛ

ВАКЦИНЫ НЭР	ТОВЛОЛ	Төрснөөс хойш 24 цагийн дотор	2 сартайд	3 сартайд	4 сартайд	5 сартайд	9 сартайд	1 нас 2 сартайд	2 настайд	7 настайд	15 настайд
Сүрьеэ (БЦЖ)		0 тун									
В Гепатит		0 тун									
Халдварт саа		0 тун	I тун	II тун	III тун	IV тун					
Сахуу, хөхүүл ханиад, татран + В Гепатит, Хемофильнос инфлюэнца В (Тавт вакцин)			I тун	II тун	III тун						
Пневмококкийн эсрэг вакцин			I тун		II тун		III тун				
Уланбурхан, Гахай хавдар, Улаанууд (УГУ)							I тун		II тун		
А Гепатит								I тун	II тун		
Сахуу, Татран										I тун	II тун
Вакцин хийлгэсэн огноо											

Дархлаажуулалтанд бүрэн хамрагдсан эсэх: Тийм Үгүй

Хүүхдийн хөгжлийн үзүүлэлт

- Хүүхэд өөрөө сайн явж чадаж байна уу? (___ нас ___ сартайдаа хөлд орсон)
- Хүүхэд утгатай, тухайлбал “ээж”, “аав” гэх мэт үг хэлж байна уу?
- Аяганаас өөрөө ууж чадаж байна уу?
- Хүүхэд угжаар уусаар байна уу? (шүд цоорохоос сэргийлэх зорилгоор угжаар уухыг зогсоох хэрэгтэй)
- Хүүхэд цагаар хооллодог уу?
- Хүүхдийн нүд нь ер бусын хөдлөх эсвэл гэрэлд хэт их мэдрэмтгий байдаг уу¹?
- Хүүхэд хүний нүд рүү эгцэлж харж чадаж байна уу?
- Хүүхдийг араас нь нэрээр нь дуудахад эргэж хардаг уу?
- Хүүхдэд шүдээ угаахыг зааж өгөхөд дууриаж угааж чаддаг уу?
- Таны хүүхэд юу хийх, оролдох дуртай вэ?
Жишээ нь:
- Хүүхдээс мэддэг юмыг нь асуухад хуруугаараа зааж чадаж байна уу?
- Өөрийн биеийн эрхтнүүдийг мэддэг үү? Тухайлбал амаа ангай, хэлээ гарга гэх мэт

Тэмдэглэсэн огноо

- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй
- тийм үгүй

¹Хэрэв хүүхэд гэрэлд хэт мэдрэмтгий эсвэл нүдээ хагас анисан эсвэл хүзүүгээ гилжийж хазайж телевиз үздэг бол хүүхэд харааны гажигтай байж болзошгүй юм.

- Хүүхэдтэй хамт байхдаа тэдэнтэй хамтдаа тоглодог уу?
- Танил хүмүүстэйгээ ярилцах дуртай юу?
- Тэврэхэд хариуд нь бас тэвэрнэ.
- Өөртэй нь тоглоход инээнэ, ход ход инээнэ.

- тийм
- тийм
- тийм
- тийм

- үгүй
- үгүй
- үгүй
- үгүй

Онош/үнэлгээ _____

Хүүхдэд өгсөн зөвлөмж:

Хоол тэжээлийн _____

Хүүхдийн эрүүл мэнд, хөгжлийн _____

Явцын хяналт, ажиглалт _____

Төрөлжсөн мэргэжлийн зөвлөгөө _____

Эрүүл мэндийн дэлгэрэнгүй шинжилгээ _____

Илгээсэн байгууллага, газар _____

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____ /гарын үсэг/

36 САРТАЙ ХҮҮХДИЙН ХӨГЖЛИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТ

<i>Хүүхдийн хөгжлийн үзүүлэлт</i>	Тэмдэглэсэн огноо	
<input type="checkbox"/> Хүүхэд шатаар явахдаа хөтлөхгүй гарч чадаж байна уу?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд харандаагаар дугуй дүрсийг зурж чадах уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд хувцсаа өөрөө тайлж өмсөх дуртай юу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд өөрийнхөө нэрийг хэлж чадах уу?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд шүдээ сойзоор угаах болон гараа угаах чадаж байна уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Хуруугаа үргэлж хөхөх зуршилтай юу ? гэдэг үү	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд хоолоо сайн зажилж идэж чадаж байна уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд сөлөр хардаг уу	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд юмыг харахдаа ойртуулах болон сөлийх, хажуунаас нь хардаг уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд юмыг сонсохдоо тааруу санагддаг удаа бий юү?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Таны хүүхдийн шүдний хазалт зуулт хэвийн биш санагддаг удаа бий юу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Бөмбөг шидэх, өшиглөхдөө тэнцвэрээ хадгалж ойчихгүй байж чадаж байна уу ?	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Шатаар өгсөхдөө хөлөө нэг нэгээр ээлжилж зөөж алхана.	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> 9 шоог дээр дээрээс нь давхарлаж өрж чадна	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Богино өгүүлбэрээр болон нэг үгээр ярьж чадна. Богино шүлэг уншина	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Бусдын анхаарлыг өөртөө татах , найзтайгаа ярих, дуртай	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Үсээ самнах гэж оролцдоно.	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй
<input type="checkbox"/> Хүүхэд юу оролдох дуртай вэ ? Жишээ нь:	<input type="checkbox"/> тийм	<input type="checkbox"/> үгүй

Тусгай тэмдэглэл :

Онош/үнэлгээ

Хүүхдэд өгсөн зөвлөмж:

Хоол тэжээлийн _____

Хүүхдийн эрүүл мэнд, хөгжлийн _____

Явцын хяналт, ажиглалт _____

Төрөлжсөн мэргэжлийн зөвлөгөө _____

Эрүүл мэндийн дэлгэрэнгүй шинжилгээ _____

Илгээсэн байгууллага, газар _____

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____ /гарын үсэг/

ГЭРЭЭР ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛСЭН ХЯНАЛТЫН КАРТ

ДугаарӨрх, сум, тосгоны ЭМТ /доогуур зурах/

Эцэг/эхийн нэр _____ Нэр _____ Нас ____ Хүйс: эр, эм /зур/

Регистрийн дугаар

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

Оршин суугаа хаяг:

Утасны дугаар: даатгуулагчийн _____ асран хамгаалагчийн _____

Гэрээр үзүүлэх тусламж үйлчилгээнд авсан шалтгаан.....:

Карт нээсэн.....он.....сар.....өдөр

Онош:

Эмчлэгч эмчийн нэр....., сувилагчийн нэр

ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛСЭН ТУХАЙ ТЭМДЭГЛЭЛ

№	Огноо	Үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээ	Үйлчилгээ үзүүлэгчийн гарын үсэг	Даатгуулагч эсвэл асран хамгаалагчийн гарын үсэг

Тусламж, үйлчилгээний тухай дүгнэлт:

.....
.....
.....
.....

Хянасан:

Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн дарга...../

Тамга,

/

ӨЭ-11 18.36 сартай хүүхдийн цогц үзлэгийн маягт
Word-ийн файл байгаа

ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ХАМШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Хамшинж, сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____

1 дүгээр хэсэг												
Эцэг/эхийн нэр	Өөрийн нэр	Нас	Хүйс	Утасны дугаар.								
Регистрийн дугаар		Боловсролын байдал:		Ажлын хаяг:								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										1. Боловсролгүй 2. Бага 3. Суурь боловсрол 4. Бүрэн дунд 5. Мэргэжлийн болон техникийн 6. Дипломын 7. Бакалавр 8. Магистр 9. Доктор		
Оршин суугаа хаяг												
Аймаг / Хот: _____ Сум / Дүүрэг: _____												
Баг / Хороо: _____ Хэсэг / Хороолол: _____												
Газар / Гудамж / Байр: _____ Тоот: _____												
Хөдөлмөр эрхлэлт		Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо		Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх								
				Өвчтөн нас барсан эсэх								
1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал		_____ /он/ _____ /сар/ _____ /өдөр/ _____ /цаг мин/		<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____								
2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан				<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол огноо: _____								
Эмнэлзүйн мэдээлэл (хамшинж тэмдгийг бичнэ)												
Хамшинж:		Эмнэл зүйн шинж тэмдгийг онцлон бичнэ үү.		Илэрсэн огноо:								
Тархвар судлалын холбогдол												
Халдварын эх уурхай		Дамжих зам		Халдварт өртсөн байж болзошгүй огноо:								
<input type="checkbox"/> Хүн <input type="checkbox"/> Мал (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Амьтан (төрөл) _____ <input type="checkbox"/> Тогтоогдоогүй		Ахуйн: <input type="checkbox"/> Шууд хавьтал /ам мөр <input type="checkbox"/> Ус <input type="checkbox"/> Хүнс <input type="checkbox"/> Хөрс <input type="checkbox"/> Бусад: _____ <input type="checkbox"/> Агаар / дусал <input type="checkbox"/> Дам халдвар <input type="checkbox"/> Цусаар <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй										
Эмнэлэгт хандахаас өмнөх эмчилгээ												
Хэрэглэсэн эмийн нэр	Хэдэн ширхэг, хэдэн удаа	Эмчилгээ эхэлсэн хугацаа	Үргэлжилсэн хугацаа	Сорьц авахаас өмнө хэрэглэсэн эмийн нэр, тун, хэмжээ								
Урьдчилсан онош (ОУӨА-10)												
Мэдээлсэн байгууллага												
Мэдээлсэн байгууллага	Мэдээлсэн эмч / мэргэжилтэн / албан тушаалтны нэр	Мэдээлсэн хэлбэр	Мэдээлсэн хугацаа									
		<input type="checkbox"/> Утсаар <input type="checkbox"/> Цахимаар <input type="checkbox"/> Цаасаар										
2 дугаар хэсэг												
Лабораторийн шинжилгээ												
Сорьцын нэр	Сорьц авсан огноо	Шинжилгээний төрөл	Шинжилгээний дүн	Лабораторийн нэр								
Батлагдсан онош (ОУӨА-10)		Эмнэлзүйгээр	Тархвар холбогдлоор									
		Лаборатороор										
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээтэй холбоотой халдвар		Тийм	Үгүй									
Онош батлагдсан огноо:												

Эмнэлгийн нэр

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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-3

БЗДХ-ЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ 2. Нэр: _____ 3. РД:

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

4. Нас:

--	--

 5. Хүйс: /зур/ эрэгтэй, эмэгтэй 6. Жирэмсэн эсэх:

--

 тийм

--

 үгүй

7. Тогтмол хаяг: _____

Утасны дугаар: _____

8. Боловсролын байдал	Боловсролгүй	1
	Бага	2
	Суурь боловсрол	3
	Бүрэн дунд	4
	Мэргэжлийн болон техникийн	5
	Дидломын	6
	Бакалавр	7
	Магистр	8
	Доктор	9

9. Хөдөлмөр эрхлэлт	Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	
	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан	

11. Үзлэгийн төрөл	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	1
	Өвчний учир амбулаторт	2
	Хяналт	3
	Тандалт /хавьтлаар/	4
	Дуудлага	5

10. Гэр бүлийн байдал	Огт гэрлээгүй	1
	Батлуулсан гэр бүлтэй	2
	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	3
	Тусгаарласан	4
	Цуцалсан	5
	Бэлбэсэн	6

12. Илрүүлсэн байгууллага	Улсын ЭМБ	1
	Хувийн хэвшлийн ЭМБ	2
	ТББ	3

13. Эрсдэлт бүлэг	ЭБҮ	1
	ЭБЭ	2
	МБСТХ	3
	Хөдөлгөөнт хүн ам	4

14. Бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа илэрхийлэл	Гетеросекс	1
	Гомосекс	2
	Бисекс	3
	Трансжендер	4
	Тодорхой бус	5

15. Үндсэн онош:	1	2	3	4	5	6
------------------	---	---	---	---	---	---

16. Халдвар дамжсан зам

Бэлгийн хавьтлаар	Байнгын бэлгийн хавьтагч	1А
	Тохиолдлын бэлгийн хавьтагч	1В
	Мэс ажилбар	2
Цус, цусан бүтээгдэхүүн	МБСТХ	3
	Бохир зүү тариур	4
	Цус сэлбүүлсэн	5
Эхээс хүүхдэд халдварласан		6
Тодорхой бус		7

17. Онош баталгаажилт

Хурдавчилсан сорил	1	Полимеразын гинжин урвал /PCR/	7
RPR	2	Нойтон түрхэц	8
TPHA	3	Наац	9
ФХЭБУ/ ELISA/	4	Өсгөвөр	10
FTA-abs	5	Эмнэл зүй	11
Бараан талбайд шууд харах	6	Бусад	12

Эмчид үзүүлсэн: он _____ сар _____ өдөр _____

Мэдээлсэн их эмч:

/албан тушаал/

/гарын үсэг/

/нэр/

СҮРЬЕЭГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____ Мэдээлсэн огноо: ____/____/____

Тохиолдлын тодорхойлолт: <input type="checkbox"/> Шинэ <input type="checkbox"/> Дахилт <input type="checkbox"/> Эмчилгээ үр дүнгүй болсны дараах <input type="checkbox"/> Хяналт алдагдсаны дараах <input type="checkbox"/> Эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй		Тохиолдлын илрүүлсэн арга: <input type="checkbox"/> Өвчний учир амбулаториор /идэвхигүй/ <input type="checkbox"/> Идэвхитэй илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Хавьтлын илрүүлэлтээр <input type="checkbox"/> Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр <input type="checkbox"/> Бусад /задлан шинжилгээ-нас барсан Огноо: ____/____/____																															
Эцэг, эхийн нэр: _____		Өөрийн нэр: _____																															
Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Хаяг: _____ тоот _____		Регистрийн дугаар: _____																															
Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал: 1. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал <input type="checkbox"/> 2. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: <input type="checkbox"/>		Огноо: Өвчин эхэлсэн: ____/____/____ Эмчид үзүүлсэн: ____/____/____ Оношлогдсон: ____/____/____ Бүртгэлд авсан: ____/____/____ Эмчилгээ эхэлсэн: ____/____/____																															
Гэр бүлийн байдал: <table border="1"> <tr><td>Огт гэрлээгүй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулсан гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Батлуулаагүй гэр бүлтэй</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Тусгаарласан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Цуцалсан</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Бэлбэсэн</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>	Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>	Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>	Цуцалсан	<input type="checkbox"/>	Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>	Боловсролын ангилал: <table border="1"> <tr><td>Боловсролгүй</td><td>01</td></tr> <tr><td>Бага</td><td>02</td></tr> <tr><td>Суурь боловсрол</td><td>03</td></tr> <tr><td>Бүрэн дунд</td><td>04</td></tr> <tr><td>Мэргэжлийн болон техникийн</td><td>05</td></tr> <tr><td>Дидломын</td><td>06</td></tr> <tr><td>Бакалавр</td><td>07</td></tr> <tr><td>Магистр</td><td>08</td></tr> <tr><td>Доктор</td><td>09</td></tr> </table>		Боловсролгүй	01	Бага	02	Суурь боловсрол	03	Бүрэн дунд	04	Мэргэжлийн болон техникийн	05	Дидломын	06	Бакалавр	07	Магистр	08	Доктор	09
Огт гэрлээгүй	<input type="checkbox"/>																																
Батлуулсан гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																																
Батлуулаагүй гэр бүлтэй	<input type="checkbox"/>																																
Тусгаарласан	<input type="checkbox"/>																																
Цуцалсан	<input type="checkbox"/>																																
Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/>																																
Боловсролгүй	01																																
Бага	02																																
Суурь боловсрол	03																																
Бүрэн дунд	04																																
Мэргэжлийн болон техникийн	05																																
Дидломын	06																																
Бакалавр	07																																
Магистр	08																																
Доктор	09																																
Ажлын газар, албан тушаал: Мэргэжил: _____		Ханиалгах шинж тэмдэг: <input type="checkbox"/> Илэрсэн _____ хоног <input type="checkbox"/> Илрээгүй																															
БЦЖ вакцины сорвитой эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Онош баталгаажилт: Нян судлалаар батлагдсан: <input type="checkbox"/> Түрхэцээр <input type="checkbox"/> Бусад шинжилгээгээр Эмнэлзүйгээр оношлогдсон																															
Сүрьеэгийн хэлбэр: <input type="checkbox"/> Уушгины <input type="checkbox"/> Уушгины бус		ӨОУА: А1 ____																															
Цээжний рентген зургийн дүгнэлт: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийгүй <input type="checkbox"/> Хэвийн бус-хөндийтэй <input type="checkbox"/> Хийгдээгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй		Эрсдэлт хүчин зүйлс: <input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн хавьтал <input type="checkbox"/> Өмнө нь эмчлэгдсэн <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин <input type="checkbox"/> ХДХВ/ДОХ <input type="checkbox"/> Орон гэргүй <input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан <input type="checkbox"/> Уул уурхай <input type="checkbox"/> Жирэмслэлт <input type="checkbox"/> Гэр хороолол <input type="checkbox"/> Дархлал дарангуйлах эмчилгээ <input type="checkbox"/> Өдөр бүр тамхи татах <input type="checkbox"/> Архи хэтрүүлэн хэрэглэх <input type="checkbox"/> _____																															
Халдварын эх уурхай: <input type="checkbox"/> Өрхийн хавьтал <input type="checkbox"/> Ойрын хавьтал <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй Өрхийн хавьтлын тоо: ____ Насанд хүрэгчид: _____ Хүүхэд /0-15 нас/ _____		Эмэнд тэсвэржилт:																															
ЭМЧТ шинжилгээнд хамрагдсан эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Тийм бол, ЭМЧТШ дугаар: _____ Огноо: ____/____/____																															
Тэсвэртэй эмүүд: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Am <input type="checkbox"/> OfI <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> FQ																																	

Тамга Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: / _____ /

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-7

НАС БАРСАН ТУХАЙ ЭМНЭЛГИЙН ГЭРЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нэр лого																	
Эцэг/эхийн нэр:.....	Нэр:.....				Хүйс: <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Эрэгтэй				РД:.....				нас				
Төрсөн өдөр, сар,он	Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж	Нас барсан огноо	Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж
Гэрийн хаяг:																	
А хэсэг :																	
1 Үхэлд шууд хүргэсэн өвчин ба эмгэг /а/		Нас баралтын шалтгаан:						Өвчин эхэлснээс хойш нас барах хүртэлх хугацаа				ӨУУА-10					
		A															
		B	Улмаас														
		B	Улмаас:														
	G	Улмаас:															
Үндсэн онош:																	
2 Нас барахад хүргэсэн бусад нөхцөл, шалтгаан																	
В хэсэг:																	
Сүүлийн 4 долоо хоногт мэс засал хийлгэсэн эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Хэрэв тийм бол мэс засал хийлгэсэн огноо																	
Мэс заслын шалтгааныг тодруулж бичих (өвчин ба шалтгаан)												УУУА-9					
.....																	
Асуумжаар дүгнэлт шинжилгээ (VA WHO 2016 standard) хийсэн эсэх ?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Хэрэв тийм бол онош баталгаажуулахад ашигласан эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Нас барсан хэлбэр:																	
<input type="checkbox"/> Өвчин				<input type="checkbox"/> Амиа хорлосон				<input type="checkbox"/> Бусад осол									
<input type="checkbox"/> Зам тээврийн осол				<input type="checkbox"/> Бусдад хорлогдсон				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрийн осол									
<input type="checkbox"/> Хордлого				<input type="checkbox"/> Шалтгаан тогтоогдоогүй байгаа				<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй									
Гадны шалтгаант болон хордлогын шалтгаант бол:								Гэмтсэн өдөр, сар, он		Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж
Гадны шалтгааныг тодорхойлон бичих (Хэрэв хордлогын шалтгаант бол хордсон бодисыг бичих)								.....								
Нас барсан газар:																	
<input type="checkbox"/> Эмнэлэгт		<input type="checkbox"/> Гэртээ		<input type="checkbox"/> Амьдрах зориулалттай тусгай байр				<input type="checkbox"/> Сургууль, бусад олон нийтийн ба засаг захиргааны газрууд									
<input type="checkbox"/> Гудамж ба зам		<input type="checkbox"/> Биенийн тамир, спортын талбай		<input type="checkbox"/> Худалдаа үйлчилгээний газрууд				<input type="checkbox"/> Үйлдвэрлэл ба барилгын газар									
<input type="checkbox"/> Бусад (тодорхойлж бичих):								<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй									
Эмнэлэгт нас барсан бол:								Эмнэлгээс гадуурх нас баралт бол: Нас барахаас өмнө эмнэлэгт хэвтсэн эсэх?									
Ор хоног .....өдөр .....цаг.....минут				<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		Хэрэв тийм бол: өдөр..... сар жил											
Хорт хавдар, ДОХ/ХДХВ-ээр нас барсан бол оношлогдоноос хойш амьдарсан хугацаа								<input type="checkbox"/> Жил [] <input type="checkbox"/> сар [] <input type="checkbox"/> хоног []									
Ураг болон нярайн эндэгдэл																	
Ихэр эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Амьгүй төрөлт?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Хоног болоогүй нас баралт бол хугацааг бичих /цагаар/								Төрөх үеийн жин (гр)									
Жирэмсний хугацаа /7 хоногоор/								Эхийн нас									
Перинаталь эндэгдэлд нөлөөлсөн эхийн эрүүл мэнд болон жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэл /тодорхойлж бичих/													ӨУУА-10			
.....																	
Эхийн эндэгдэл мөн эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрөх, төрсний дараах үе								<input type="checkbox"/> Жирэмсэн ба төрсний дараа 42 хоногийн дотор									
<input type="checkbox"/> Жирэмслэлт, төрөлтийн дараа 42 хоногоос 1 жилийн дотор								<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй									
Жирэмслэлт нь нас баралтын шалтгаан болсон эсэх?								<input type="checkbox"/> Тийм		<input type="checkbox"/> Үгүй		<input type="checkbox"/> Тодорхойгүй					
Гэрчилгээ олгосон огноо										Ө	Ө	С	С	Ж	Ж	Ж	Ж
Тамга	Эмчлэгч эмч, өрхийн эмч, бусад /зур/							Нэр:				Гарын үсэг					
	Гэрчилгээ олгосон эмч:							Нэр:				Гарын үсэг					

Эмнэлгийн нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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.

Энгийн эмийн жорын маягт

Энгийн эмийн жор			
..... оны .....сарын			
Өвчтөний овог, нэр: _____			
Нас: _____ Хүйс: _____ Онош: _____			
Регистрийн № _____			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Rp: _____			
S: _____			
#			
Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____			
Эмнэлгийн нэр: _____			

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			
2			
3			

Урд тал

Энгийн эмийн жорын маягтад 3-аас илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмчийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.
Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Гарын үсэг, огноо:

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.
Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягт

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Rp:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Сэтгэгцэд нөлөөт эмийн жорын маягтад 2-оос илүүгүй эмийг бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Мансууруулах эмийн жорын маягт

Мансууруулах эмийн жор

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна оны ...сарын ...

Өвчтөний овог, нэр: _____

Нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Онош: _____

Регистрийн № _____

Rp:

S:

#

Жор бичсэн эмчийн нэр, утас, тэмдэг: _____

Ерөнхий эмчийн гарын үсэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Индекс: Хэвлэмэл дугаар байна.

№	Эмийн нэр, тун, хэмжээ, хэлбэр	Хэрэглэх арга, хугацаа	Олгосон /гарын үсэг/
1			

Урд тал

Мансууруулах эмийн жорын маягтад 1 эм бичих ба энэхүү жор нь бичигдсэн өдрөөс хойш 7 хүртэлх хоногийн хугацаанд хүчинтэй.

Жорыг стандартын дагуу бүрэн бичээгүй, эмийн нэр, тун хэмжээг засварласан, эмч болон эмнэлгийн тэмдэггүй тохиолдолд хүчингүйд тооцно.

Жорыг иргэдээс хүлээн авсан жорын бүртгэлд бүртгэнэ.

Жор баригч доорх мэдээллийг бүрэн хөтөлж, эмийг олгоно.

Өвчтөний регистрийн дугаар: _____

Эм хүлээн авсан хүний нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар: _____

Гарын үсэг: _____

Жор хүлээн авсан	Бэлтгэсэн	Шалгасан	Олгосон	Огноо

Энэхүү хэсгийг жор баригч эмчийн бичсэн жорын дагуу олгох эмийг тэмдэглэж, тасархай зураасын дагуу таслан, эмийн хамт иргэнд олгоно.

Эмчилгээний явцад гаж нөлөө илэрвэл жор бичсэн эмчдээ яаралтай хандана уу.

Ар тал

Эмнэлгийн нэр _____

Кабинетын нэр _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

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) Боловсролгүй, Бага, Суурь боловсрол, Бүрэн дунд, Мэргэжилийн болон техникийн, Дипломын, Бакалавр, Магистр, Доктор

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

10. Хяналтанд авсан _____ 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		

7-9-р тал

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 _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-13Б

Бүртгэлийн код

РД

ЭМД

ЭМНЭЛГЭЭС ӨВЧТӨН ИЛГЭЭХ ХУУДАС

1. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ Нэр _____ Нас _____ 2. Хүйс /зур/ эр, эм

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

ЭМНЭЛЭГТ ИРГЭНИЙГ ИЛГЭЭХ ЦАХИМ БҮРТГЭЛИЙН МАЯГТ

Паспортын хэсэг

1. Иргэний овог _____ Нэр _____ Нас _____

РД																				
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЭМД																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Цахим №																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Хүйс (сонго) 1. эрэгтэй 2. эмэгтэй
3. Иргэний утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
4. Иргэний (асран хамгаалагчийн) утас _____ гар утас _____ цахим хаяг _____
5. Иргэний гэрийн /тогтмол/ хаяг:

“Илгээх” хэсэг

6. Илгээж байгаа байгууллагын нэр (сонго)..... код /автоматаар гарч ирнэ/

7. Илгээсэн он сар өдөр цаг минут

8. Эмчлэгч эмчийн нэр хувийн дугаар

9. Хүлээн авах байгууллагын нэр (сонго).....

10. Иргэнийг илгээж байгаа шалтгаан (сонго)

- Онош тодруулах /сонго/
- Урьдчилан сэргийлэх үзлэг /сонго/
- Эмчилгээ /сонго/
- Эмчилгээний дараах хяналт /сонго/
- Жирэмсний болон төрөх үеийн тусламж, үйлчилгээ
- Хөнгөвчлөх эмчилгээ
- Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ
- Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ
- Давтан хяналт
- Бусад: /тодорхой бичих/

11. Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ) _____ /сонго/

Хавсарсан онош /сонго/ _____

Хавсарсан онош /сонго/ _____

Хавсарсан онош /сонго/ _____

Хавсарсан онош /сонго/ _____

Тайлбар /бичих/ _____

12. Шилжүүлэх болсон шалтгааныг үндэслэх шинжилгээ (програмын өгөгдлийг бөглөнө)

ЦЕШ /сонгох/ _____

Биохими /сонгох/ _____

ШЕШ /сонгох/ _____

Рентген /эмчийн хариуг бичих/ _____

Бусад /MRI, KTG/ /эмчийн хариуг бичих/ _____

“Цаг товлох” хэсэг

- 13. Хүлээн авах эсэх шийдвэр (сонго) 1.тийм 2.үгүй
- 14.Хэрэв тийм бол үзлэгийн кабинетын нэртасгийн нэр /сонго/
- 15.Хэрэв үгүй бол тайлбар, үндэслэл (сонго)
 - тухайн эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ авах боломжгүй
 - бусад /бичих/
- 16. Шийдвэр гаргасанон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
- 17.Товлосонсар.....өдөр.....цаг

“Хүлээн авах” хэсэг

- 18. Хүлээн авсан сар.....өдөр.....цагХүлээн авах эмчийн нэр.....
- 19. Хүлээн авсан: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
Хавсарсан онош /сонго/ _____
_____ Хавсарсан онош /сонго/ _____
- 20. Эмчлүүлсэн: Үндсэн онош (Өвчний олон улсын 10-р ангиллын дагуу дэлгэрэнгүй бичнэ)
Хавсарсан онош /сонго/ _____
_____ Хавсарсан онош /сонго/ _____
- 21.Эмнэлэгт хэвтсэн ор хоног /сонго/ _____
- 22.Эмнэлгээс гарсан огноо, цаг (сонго)_____
- 23.Эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлт (эпикриз)_/бичих/ _____
- 24.Эмчлэгч эмчийн нэр.....утасны дугаар....., цахим хаяг.....

“Эргэх холбоо тогтоох” хэсэг

- 25. Илгээсэн байгууллагад өгөх зөвлөмж /бичих/
- 26. Зөвлөмжийг хүлээн авсан огнооон.....сар.....өдөр.....цаг.....минут
- 27. Иргэнийг хяналтад авсан эсэх (сонго) 1.тийм 2. үгүй
- 28. Иргэнийг хяналтад авсан эмчийн нэр утасцахим хаяг

ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙН ХЯНАЛТЫН ХӨТӨЧ КАРТ №

РД

ЭМД

ХОТ, 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 _____

Эцэг /эх/-ийн нэр _____

Нэр _____

2. *Төрсөн _____ он _____ сар _____ өдөр

3. Жирэмсэн эмэгтэйн цусны бүлэг

1-р бүлэг 2-р бүлэг 3-р бүлэг 4-р бүлэг

резус бүлэг эерэг эерэг

4. *Яс үндэс _____

5. *Тогтмол хаяг, гэрийн болон гар утас _____

6. *Ажлын газар. Албан тушаал. Утас _____

7. *Мэргэжил _____

8. Боловсролын байдал **

Боловсролгүй

Бага

Суурь боловсрол

Бүрэн дунд

Мэргэжлийн болон техникийн

Дидломын

Бакалавр

Магистр

Доктор

13.1 Архи хэрэглэдэг эсэх? /зур/ тийм/үгүй

13.2 Тамхи хэрэглэдэг эсэх? /зур/ тийм/үгүй

14. Урт хугацааны эм биологийн идэвхит бүтээгдэхүүн

тогтмол хэрэглэдэг эсэх? /зур/ Тийм / Үгүй

9. Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал

Цалин хөлстэй ажиллагч

Ажил олгогч

Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч

Нөхөрлөл хоршооны гишүүн

Мал аж ахуй эхрлэгч

Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин

Бусад /бичнэ/ _____

10. Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан

Сургуульд сурдаг

Тэтгэвэрт

Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй

Гэрийн ажилтай

Тохирох ажил олдохгүй

Ажил хайж байгаа

Ажиллах сонирхолгүй

Бусад /бичнэ/

11. Гэр бүлийн байдал

Огт гэрлээгүй Тусгаарласан

Батлуулсан Цуцалсан

Батлуулаагүй Бэлбэсэн

12. Хөгжлийн бэрхшээлтэй эсэх

Тийм

Үгүй

*Ажлын нөхцөл

Ердийн Хүнд Хортой

* Ам бүлийн тоо

Тийм бол бичих: _____

II. ӨМНӨХ ЖИРЭМСЛЭЛТ, ТӨРӨЛТИЙН БАЙДАЛ*

Хэд дэх жирэмслэлт	Он	Жирэмсний төгсгөл (үр хөндөлт, зулбалт, төрөлт алин болохыг бич)	Жирэмсний хүндрэл	Төрөлтийн хүндрэл	Төрсний дараах хүндрэл	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. Нийгэм биологийн хүчин зүйлс		18-аас доош. 35-аас дээш насны тулгар төрөгч						
		Байнга тамхи татдаг. Архи уудаг. Мансууруулах бодис хэрэглэдэг /доогуур зур/						
		Гэр бүлд хүчирхийлэлийн орчин байгаа эсэх						
		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- Ү гэж тэмдэглэнэ)						

Б. Эх барихын ужиг дурдатгал	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)						
	Өмнөх жирэмсэлтийн үед манас таталтын урьдал, манас таталт O15, үжил халдвар O85-O86 -аар хүндэрсэн						
	Зуршсан зулбалт-O03, үр хөндөлт-O04, дутуу төрөлт-O60, умайн гаднах жирэмсэлт-O00, цулцант хураа-O01						
	Өсөлтгүй жирэмслэж байсан эсэх						
	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						
ны өвчний дурдатгал	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						
	Цусны өвчин: Цус багадлын 2,3-р зэрэг D50-D53, цусны бусад өвчин D55-D77						
	Хөхний болон эмэгтэйчүүдийн өвчин: Хөхний эмгэгүүд N60-N64, дайвруудын үрэвсэл N70, умай умайн хүзүүний үрэвсэл-N71-N72, эндометроз N80, бусад N70-N99						

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа	
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40		
Эх барихын тусгайлсан үзлэг	**Үтрээний шинжилгээ	Дайварууд	*Баруун тэмтрэгдэнэ /хэмжээ бич/								
			**Эмзэглэлтэй эсэх								
			**Зүүн тэмтрэгдэнэ /хэмжээ бич/.								
			**Эмзэглэлтэй эсэх								
		**Хүнхрээ чөлөөтэй эсэх									
	**Толины шинжилгээ	Умайн хузуу	**Шовх								
			**Бортгон								
			**Цэвэр								
			**Шархтай								
			**Урагдсан								
			**Эргэсэн								
		Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээ /заалтаар/									
	Үтрээний ялгарал	**Хэвийн									
		**Идээрхэг									
		**Усархаг									
**Цусархаг											

Үзлэгийн дугаар		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Төрсний дараа
Жирэмсэн эмэгтэйд үзлэг хийх товлол		<12	16	20	28	32	36	38	39-40	
Шинжилгээ	**Шээсний ерөнхий шинжилгээ	Огноо								
		*Хэмжээ								
		*Өнгө (шар)								
		*Цөсний пигмент (-)								
		*Хувийн жин 1015-1025								
		*Уураг (-)								
		*рН 5.0-6.0								
		*Эпители эс 0-4х/т								
		*Бактери								
		*Цагаан эсүүд 0-4х/т								
	*Улаан эсүүд 0-1х/т									
	***Цусны ерөнхий шинжилгээ	Огноо								
		Гемоглобин 130-160 г/л								
		Цагаан эсүүд 4*109/л-8*109/л								
		Улаан эсүүд 3.7*1012/л-4.7*1012/л								
		Тромбоцит 180*109/л-320/109/л								
		Моноцит 2-9%								
		Улаан эсийн тунах хурд 2-12 мм/цаг								
		Гематокрит								
		Витамин Д хэмжээ үзэх /заалтаар/								
	Кальцын хэмжээ үзэх /заалтаар/									
	Т эсийн лемпотрофик вирус*									
	Шинж тэмдэггүй бактериурийг илрүүлэх /заалтаар/									
"TORCH" халдварыг илрүүлэх /заалтаар/										
В С вирусын маркер илрүүлэх шинжилгээ	Огноо									
	HBS Ag									
	HCV									
Стрептококкын халдварыг үзэх										

Тайлбар: * - Т эсийн лемпотрофик вирусийн шинжилгээг хөхний сүүний донор болох хүсэлтэй эхчүүд өгнө.

ЧАНД АВИАН ШИНЖИЛГЭЭ

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

Жирэмсний явцыг удирдах /шийдвэрлэх төлөвлөгөө:	Эмчилгээ
Эхний үзлэгээр _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №2 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №3 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №4 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №5 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №6 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №7 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг №8 _____ _____ _____	_____ _____ _____
Үзлэг _____ _____ _____	_____ _____ _____

Огноо	Мэргэжлийн чиглэл	Онош	Эмчилгээ	Гарын үсэг
	Дотор			
	Нүд			
	Шүд			
	Мэдрэл			
	Зүрх судас			
	Цусны эмгэг			
	Бөөр			
	Чих, хамар, хоолой			
	Эндокринолог			
	Сүрьеэ			
	БЗДХ			
	Бусад			

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
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 _____

1. Эхийн жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үед (зур):
 - 1.1 Хүндэрсэн
 - 1.2 Эндсэн
2. Эхийн хүндэрсэн, эндсэн газар
 - 2.1 Гэрт
 - 2.2 ӨЭМТ/СЭМТ
 - 2.3 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 2.4 Хувийн эмнэлэгт
 - 2.5 Амаржих газар
 - 2.6 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
 - 2.7 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 2.8 Бусад
3. Нас _____
4. Ам бүл: _____
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: (ӨОУА-10 кодлоно уу)
 Үндсэн онош: _____

 Хүндрэл: _____

 Дагалдах онош: _____

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. Каогулограмм:	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 жирэмсний төгсгөл:
- 18.1 Эрт үеийн зулбалт
 - 18.2 Хожуу үеийн зулбалт(халдварлагдсан,халдварлагдаагүйг зурах)
 - 18.3 Үр хөндөлт
 - 18.4 Умайн гадуурх жирэмсэн
 - 18.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
 - 18.6 Дутуу төрөлт
 - 18.7 Гүйцэд төрөлт
 - 18.8 Илүү тээлттэй төрөлт
 - 18.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
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, ЭХЭМҮТ
 - 23.2 Улаанбаатар хот, Эрүүл мэндийн нэгдэл
 - 23.3 Улаанбаатар хот, Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
 - 23.5 Аймаг сумын Өрхийн Эрүүл мэндийн төв
 - 23.6 Хувийн эмнэлэгт
 - 23.7 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
 - 26.11 Бусад _____
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 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
 - 28.3 Амаржих газар
 - 28.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ

- 28.5 ӨЭМТ/СЭМТ
28.6 Хувийн эмнэлэг
28.7 Бусад (нэрлэ) _____
29. Төрөлтийн тусламж үзүүлсэн газар:
29.1 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг
29.2 Төв эмнэлэг/Тусгай мэргэшлийн төв
29.3 Амаржих газар
29.4 Аймгийн эмнэлэг/БОЭТ
29.5 ӨЭМТ/СЭМТ
29.6 Хувийн эмнэлэг
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 хугацаа (долоо 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 гадуурх жирэмсэн
32.5 Өсөлтгүй жирэмсэн
32.6 Дутуу төрөлт
32.7 Гүйцэд төрөлт
32.8 Илүү тээлттэй төрөлт
32.9 Төрөөгүй (жирэмсэн үргэлжлэн тээгдэж буй)
33. Төрсөн, үр хөндүүлсэн, зулбасан, мэс засал хийлгэсэн 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 гадуурх 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 Давтан 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 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг үтрээн дээгүүр авах хагалгаа
- 40.10 Кесар хагалгааг өргөтгөн, умайг бүхэлд нь авах хагалгаа
- 40.11 Кесар хагалгааг өргөтгөн хийгдсэн умайг тайрах/авах хагалгааны заалт
- 40.12 Давтан хийгдсэн хагалгааны нэр
- 40.13 Давтан хийгдсэн хагалгааны заалтыг бичих
- 40.14 Давтан хагалгаа хийгдсэн _____он____сар____өдөр
- 40.15 Умайн гадуурх жирэмсний улмаас хийгдсэн хагалгаа, нэр _____
- 40.16 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 гадуурх 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
- 45.6 Умайн урагдал
- 45.7 Ихэс түрүүлэлт
- 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 гадуурх 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 нарийсгагч эм үргэлжлүүлэн хэрэглэх
49.3 Зүрх зогсох
49.4 Хүнд хэлбэрийн гипоперфузи(лактат>5 ммоль/л эсвэл 45мг/дл)
49.5 Хүнд хэлбэрийн хүчилшил (рН<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 (РаО₂/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 диалез 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 (5нэгжээс 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 кодлоно уу/
Үндсэн онош: _____
Хүндрэл: _____
Дагалдах онош: _____
57. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан (зур)
58. Эмэгтэй дээд шатлалын аль нэг эмнэлэгт шилжсэн:
1. Тийм 2. Үгүй
59. Эмнэлгээс гарсан, шилжсэн, нас барсан _____ он _____ сар _____ өдөр
60. Ор хоног: _____ хоног _____ цаг _____ минут
61. Эх эндсэн үед: Эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн эсэх
1. Хийгдсэн 2. Хийгдээгүй

62.1 Эхийн эндэгдэл

Эмгэг судлалын шинжилгээний онош (ӨОУА-10 кодлох)

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

62.2 Эхийн ноцтой хүндрэл

Ихэс, умай, дайврыг гистологи шинжилгээнд илгээсэн эсэх

1. Илгээсэн 2. Илгээгээгүй

Ихэс, умай, дайврын гистологи шинжилгээний дүгнэлт:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

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 1: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 2: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

Хожимдол 3: Тайлбараа бичих

1 _____

2 _____

3 _____

67. Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

Нярайн хүйс: 1. Хүү 2. Охин

68. Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

Биеийн жин.....гр, өндөр.....см

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

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

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

70. Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 1 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

71. Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

Амьд бол 5 минутын дараах Апгарын үнэлгээ: _____

72. Гэрийн төрөлт бол:

72.1 Эмч дуудсан хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.2 Төрсөн хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

72.3 Төрөөд эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа

72.4 Эмч очсон хугацаа _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Мэдээлсэн

Огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Аймаг /хот: _____ сум/дүүрэг: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмчийн нэр: _____

Албан тушаал: _____

3-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

4, 16-р тал

Он, сар, өдөр	Эмчийн тэмдэглэл	Заалт

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-каковскийн 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

Шинжилгээнд явуулах бичиг

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

Судасны цусны шинжилгээ

1. Элэгний үйл ажиллагаа (АЛАТ, 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 /LgA, LgM, LgG/
7. Альфа амилаза
8. Фермент /КК, ГГТ, ШФ, КФ, ЛДГ/
9. Коагулограмм /РТ, ТТ, АРТВ, Фибриноген/
10. Хеликобактери /H pylori/
11. Серологи /RPR/
12. Бусад _____

Эмчийн нэр _____ /...../

200__ 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

Шинжилгээнд явуулах бичиг

Кабинетийн № _____
_____ овогтой _____ нэр

Нас _____ Хүйс: /зур/ эр, эм

Онош _____

Өндөгний цусны шинжилгээ

1. Ерөнхий шинжилгээ (Лейкоцит, Гемоглобин, СОЭ, Лейкограмм)
2. Дэлгэрэнгүй (ЦЕШ+Эритроцит, Тромбоцит, Гематокрит)
3. Цусны урсалт, 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 _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

АМ-21Г

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 няи \бактер судлах\

Эмч: _____/гарын үсэг/

200 оны сарын өдөр

ЗӨВЛӨМЖ

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 халдваргүйжүүлэж бодисын үлдэгдлийг арилгана.

Танд баярлалаа

ӨДРИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ /Хүүхэд/

Дугаар №

Өдрийн эмчилгээний хуудас нээсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ мин _____

Эмнэлгийн нэр: _____ Тасаг, кабинетийн нэр: _____

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____ Нас _____ Хүйс _____

Регистрийн дугаар: _____ ЭМДаатгал №: _____

Цусны бүлэг: (эцэг эхийн үгээр / _____ эмнэлэгт тодорхойлсон бол хэзээ? _____)
Тодорхойлсон эмч: _____ сувилагч: _____ огноо _____

Тогтмол хаяг: _____

Холбоо барих утас: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Нарийн мэргэжлийн эмчид үзүүлсэн: _____ оны _____ сарын _____ өдөр

Явуулсан эмнэлэг: _____ Үйлчлүүлэгчийн өвчний онош: _____

	Онош	ӨОУА-10 код	Огноо
1. Үндсэн			
2. Хавсарсан			
3. Хүндрэл			
Мэс засал / ажилбарын нэр огноо. / /		ӨОУА-9 код	нийт зардал
		 ₮

Эмчийн үзлэг: _____

Өгүүлэмж: _____

Харшил: эм _____ хоол _____ бусад _____

Хүүхдийн амин үзүүлэлт: Биеийн байдал _____, Ухаан санаа _____ ,

Амьсгал _____ Зүрхний цохилт _____, Артерийн даралт _____, Биеийн хэм _____ ,

Цусны хүчилтөрөгчийн хангамж _____, Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт _____, FIO₂ _____ ,

Ерөнхий үзлэг: _____

Хэсэг газрын үзлэг: _____

Шинжилгээний үзүүлэлтүүд хэвийн / хэвийн бус _____

Хавсаргасан шинжилгээ: () ЦЕШ () ШЕШ () Rё зураг/харалт () Биохими () Бүлэгнэлт () Вирус () Бак

Өдрийн (мэс засал / эмийн) оношлогоо/эмчилгээний үндэслэл: _____

Төлөвлөж буй мэдээгүйжүүлгийн хэлбэр: _____

Төлөвлөж буй мэс засал/ажилбар: _____

Мэс заслын өмнөх өвөрмөц бэлтгэл, гарч болох хүндрэл, түүнээс сэргийлэн авсан арга хэмжээ:

1. _____

2. _____

Үйлчлүүлэгчээс тавьсан асуулт: _____

Хариулт: _____

Өвчтөн

_____ –н аав/ ээж/ ах/ эгч/ эмээ/ өвөө/ асран хамгаалагч (доогуур зур)

би хүүхэддээ өдрийн мэс засал / эмийн эмчилгээг хийлгэхийг зөвшөөрч байна

Үйлчлүүлэгч/асран хамгаалагчийн нэр: _____ овогтой _____ Гарын үсэг / _____ /

20..... оны –р сарын.....өдөр

Эмчлэгч эмч _____ / _____ /

Мэдээгүйжүүлэлтийн хэлбэр:

Хэсэг газарт нэвчүүлэн Бүсчилсэн/ мэд.хориг Ерөнхий (ЕТТ / LMA / FM) үгүй

Мэс засал / ажилбар: цэвэр / идээт (зур)

Огноо.....	Эхэлсэн	Дууссан	Нийт
Мэдээгүйжүүлэг	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин
Мэс засал / ажилбар	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин
Эмийн эмчилгээ	..... цаг мин	..... цаг мин	..... цаг мин

Мэс заслын/ ажилбарын/ эмийн эмчилгээний тэмдэглэл:

Мэс засал/ ажилбарын үед авсан эдийн болон бусад шинжилгээ авсан эсэх: тийм / үгүй (зур)

	Шинжилгээ	сорьц	Тоо, хэмжээ
1	Эдийн		
2	Нян судлалын		
3	Цусны		
4	Бусад		

Мэс засал / ажилбарын дараах онош:

Оёдолд хэрэглэсэн утас:

Хэрэглэсэн антибиотикийн тухай:

Мэс заслын өмнө:

Мэс заслын үед:

Мэс заслын дараа:

Үйлчлүүлэгчид өгсөн зөвлөгөө:

1.
2.
3.
4.

Өдрийн эмчилгээний баг:

1. / /
2. / /
3. / /
4. / /
5. / /
6. / /

ӨДРИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮРТГЭЛ /Насанд хүрэгчид/

Эцэг /эх/ийн нэр: нэр: огноо: / / ...
 РД. нас. эр / эм ӨЭ Хуудас №.
 Мэс заслын өмнөх өрөөнд ирсэн: цаг. минут. Сувилагч.
 Мэс заслын дараах хяналтын өрөөнд ирсэн: цаг. минут. Сувилагч.

Мэс заслын өмнөх															Илэрсэн шинж
Мэс заслын дараах															1. () чичрэх
Цаг/ минут															2. () өвдөх
ЗЦ	А	t ⁰	АД	SpO ₂											3. () тайван бус
150	55	40,5	140	100											4. () хөхрөх
140	50	40	130	98											5. () цус шүүрэх
130	45	39,5	120	96											6. () огих, бөөлжих
120	40	39	110	94											7. () амьсгал өөрч-х
110	35	38,5	100	92											8. () эмийн гаж нөлөө
100	30	38	90	90											9. () булчин сулрах
90	25	37,5	80	88											10. ()
Хооллолт															Авсан арга хэмжээ
Анхаарах асуудал															1. () хяналт
Ялгаруулалт /давтамж/					Өтгөн										2. () нэмэлт O ₂ . . . л/м
					Шээс										3. () хэл дарагч
					Боолт/гуурс										4. () соруулга
															5. () ход/ гуурс
															6. () шээс/гуурс
															7. () боолт
															8. () эмийн эмчилгээ
															9. () эмчийн зөвлөгөө
															10. ()

Үйлчлүүлэгч, түүний ар гэрт асаргаа, сувилгааны зөвлөгөө өгсөн / өгөөгүй (зур). Өдрийн эмчилгээний хуудсыг хааж үйлчлүүлэгчийг аав/ ээж/ асран хамгаалагч/ тасагт хүлээлгэн өгөв:
 Амин үзүүлэлт: Биеийн байдал, Ухаан санаа, Амьсгал.
 , Зүрхний цохилт., Артерийн даралт. / /, Биеийн хэм., FiO₂,
 Цусны хүчилтөрөгчийн хангамж., Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт., Шарх.

Эмч..... /
 Сувилагч..... /

Үйлчлүүлэгч.....-ны аав/ ээж/ асран хамгаалагч (.....) би хүүхдийнхээ асаргаа сувилгааны зөвлөгөөг авсан / аваагүй (зур). Зөвлөгөөг зааврын дагуу сахих болно.
 Асран хамгаалагч: аав/ ээж/ өвөө/ эмээ/ ах/ эгч/ төрөл /

.....онсар.....өдөр.....цаг.....минут.

Нэмэлт тэмдэглэл:

29 ХОНОГООС 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭНДЭГДЛИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____
Эмнэлгийн нэр: _____
Эмчийн овог, нэр: _____
Эмчийн холбоо барих утас: _____

Мэдээлсэн огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут

Ерөнхий мэдээлэл:

- Эцэг, эхийн нэр: _____
- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар:
- Оршин суугаа хаяг: Аймаг/хот _____
Сум/дүүрэг _____
Баг/хороо _____
- Эхийн боловсрол: 1. Боловсролгүй 4. Мэргэжлийн ба техникийн
2. Бага 5. Дээд
3. Дунд 6. Мэдээлэлгүй
- Ажил эрхлэлт: 1. Ажилтай 3. Малчин 5. Сурагч
2. Ажилгүй 4. Оюутан 6. Бусад _____
- Хүүхдийн гэр бүл эмзэг бүлэгт хамаарагдах эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй; 3. Мэдээлэлгүй
- Тийм бол эмзэг бүлгийн аль хэсэгт хамаарагдах вэ?
 - Засгийн газраас тогтоосон амьжиргааны баталгаажих түвшнээс доогуур амьдралтай, орлого багатай, ажил эрхлээгүй
 - Нийгмийн байнгын анхаарал халамжид байхаас өөр аргагүй хэсэг
 - Өрх толгойлсон эх/эцэг
 - Архины хамааралтай хүн гэр бүлд нь байдаг
 - Бусад _____

Хүүхдийн ерөнхий мэдээлэл:

- Хүүхдийн төрсөн он, сар, өдөр: _____ он _____ сар _____ өдөр _____ цаг _____ минут
- Нас: нас сар хоног
- Хүйс: 1. Эрэгтэй 2. Эмэгтэй
- Хүүхдийн төрсөн газар : 1. ЭХЭМҮТ 6. Хувийн эмнэлэг
2. Хотын амаржих газрууд 7. Тээвэрлэх үед
3. Аймагийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ 8. Сумын эмнэлэг
4. Дүүргийн эмнэлэг 9. Бусад _____
5. Гэрт
- Төрөх үеийн биеийн жин: (гр)
- Хүүхдийг анх амлуулсан хугацаа:
 - Төрөнгүүт нь 1 цагийн дотор
 - Төрсний дараах эхний 1 хоногт
 - 2 дахь хоног, түүнээс хойш хугацаанд
 - Амлуулаагүй
- Амьдралын эхний 6 сарын дотор хүүхдийг дан хөхний сүүгээр хооллосон уу?
 - Тийм; 2. Үгүй
- Хүүхдийн одоогийн биеийн жин: (гр)
- Одоогийн биеийн өндөр: (см)
- Айлын хэд дэх хүүхэд вэ:
- Дархлаажуулалтад хамрагдсан байдал (дархлаажуулалт хийгдсэн бол чагтална уу):
 - БЦЖ 1 тун
 - Тавт вакцин 1 тун 2 тун 3 тун
 - УГУ (улаанууд, гахайн хавдар, улаанбурхан) вакцин 1 тун 2 тун
 - В гепатит 1 тун
 - Халдварт саа 1 тун 2 тун 3 тун 4 тун
 - Сахуу татран 1 тун 2 тун
 - Бусад _____

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн мэдээлэл:

20. Хүүхдийн нас барсан он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

21. Хүүхэд эндэхээс хэд хоногийн өмнө дараах шинж тэмдгүүдээс илэрч байсан эсэхийг сонгоно уу.

№	Өвчний шинж тэмдэг	Хариултыг дугуйлна уу	Хэрэв тийм бол шинж тэмдэг үргэлжилсэн хугацааг бичнэ үү
1	Хоол идэж чадахгүй	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
2	Халуурсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
3	Ханиалгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
4	Амьсгал түргэссэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
5	Цээж хонхолзсон	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
6	Хөхөрсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
7	Суулгасан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
8	Бөөлжсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
9	Гэдэс дүүрсэн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
10	Татсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
11	Арьсаар ямар нэг тууралт гарсан	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
12	Осол гэмтэл	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
13	Хүчирхийлэлд өртсөн	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног
14	Хэрэв өөр шинж тэмдэг байсан бол дэлгэрэнгүй бичнэ үү _____ _____ _____	Тийм / Үгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> хоног

22. Дээрх шинж тэмдгийн үед эмчилгээ хийсэн эсэх: 1. Тийм; 2. Үгүй

23. Тийм бол хаана эмчилсэн бэ?

1. Өрхийн эмнэлэгт
2. Сумын эмнэлэгт
3. Хувийн эмнэлэгт
4. Аймгийн эмнэлэгт
5. Төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт
6. Гэрт:
 - o Эмчийн заавраар
 - o Өөрсдөө

24. Хүүхэд эндсэн газар:

1. эмнэлэгт
2. гэрт
3. хээр, гадаа
4. тээврийн хэрэгсэлд
5. бусад _____

25. Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр, цаг, минут: _____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

26. Хүүхдийг энэ өвчний үед нэг эмнэлгээс нөгөө эмнэлэг рүү шилжүүлсэн эсэх?

1. Тийм;
2. Үгүй

27. Хүүхэд дээд шатлалын аль эмнэлэгт шилжиж, эмчлэгдсэн бэ:

1. 1-р шатлал (сум/өрх)→2-р шатлал (аймаг/дүүрэг/хувийн эмнэлэг)
2. 1-р шатлал (сум/өрх)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
3. 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)→3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)
4. 3-р шатлал (төв эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг)→1-р шатлал (сум/өрх) / 2-р шатлал (аймаг/дүүрэг)
5. Хувийн эмнэлэг→Улсын эмнэлэг
6. Бусад: _____

28. Хүүхэд шилжиж ирсэн үеийн биеийн байдал:

1. дунд;
2. хүндэвтэр;
3. хүнд;
4. маш хүнд

29. Эмнэлэгт хийгдсэн эмчилгээг дугуйлна уу:

1. Сэхээн амьдруулалт
2. Хүчилтөрөгч эмчилгээ
3. Судсаар дусал шингэн залгасан
4. Антибиотик
5. Таталтын эсрэг эмчилгээ
6. Унтуулж, тайвшруулах эмчилгээ
7. Тархины бодисын солилцоог сайжруулдаг бэлдмэлүүд

- 8. Гуурсан хоолой өргөсгөгч эмүүд
- 9. Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэсэн
- 10. Стеройдууд
- 11. Сүрьеэгийн эмчилгээ
- 12. Судас агшаагч эмүүд (допамин, добутамин, адреналин)
- 13. Амьсгал дэмжсэн (амьсгалын аппарат)
- 14. Халуун бууруулах, өвчин намдаах эмүүд
- 15. Мэс засал
- 16. Бусад _____

30. Эмнэлэгт эндсэн бол ор хоног: хоног цаг минут

31. Хүүхэд эндсэн тасгийн нэр:

- 1. Эрчимт эмчилгээний тасаг
- 2. Яаралтай тусламжийн тасаг
- 3. Бусад (нэрлэнэ үү) _____

32. Эмнэлзүйн онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош (суурь өвчин байсан бол дурдана уу): _____

33. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

34. Эмгэг судлалын онош:

Үндсэн онош: _____

Хүндрэл: _____

Дагалдах онош: _____

35. Эмгэг судлалын онош тохирсон эсэх: 1. тийм 2. үгүй

36. Аль түвшинд хожимдол тохиолдсон бэ?

• 1-р хожимдол (гэр бүлийнх нь хүүхдийн өвчин хүндэрснийг мэдээгүй, тусламж хайгаагүй, эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн) _____

• 2-р хожимдол (эмнэлгийн байгууллагаас хол, тээврийн хэрэгсэл байгаагүй, цаг агаарын хэцүү нөхцөл) _____

• 3-р хожимдол (тоног төхөөрөмж, эм тарианы дутагдал, эмчийн ур чадвар сул байх, эмчилгээний тактик буруу, эмчилгээг оройтож эхэлсэн) _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн

A/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-32

29 ХОНОГ - 5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖГИЙГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Ерөнхий мэдээлэл:

- Мэдээлсэн газар: Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
- Мэдээлсэн эмнэлгийн нэр: _____
- Мэдээлсэн эмчийн нэр: _____
- Мэдээлсэн огноо: ____ он ____ сар ____ өдөр

Гэрийн хаяг:

- Хүүхдийн гэрийн хаяг: Аймаг/хот: _____
Сум/дүүрэг: _____
Баг/хороо: _____
- Холбоо барих утас:

Эцэг, эхийн мэдээлэл:

- Эцгийн овог, нэр: _____
- Эцгийн нас:

--	--
- Эхийн овог, нэр: _____
- Эхийн нас:

--	--
- Жирэмслэлтийн тоо: (одоогийн жирэмслэлтийг оролцуулна)
- Өмнөх төрөлтийн тоо: (одоогийн жирэмсний төгсгөл оролцуулахгүй)
- Эцэг, эх нь ураг төрлийн холбоотой эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- Хэрэв тийм бол тодруулна уу.
 - Төрсөн ах дүүс
 - Төрсөн ах дүүсийн хүүхдүүд
 - Бусад _____

Хүүхдийн мэдээлэл:

- Хүүхдийн нэр: _____
- Хүүхдийн регистрийн дугаар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Хүүхдийн нас:

--	--
- Хүйс: 1. Хүү 2. Охин 3. Тодорхойгүй
- Хүүхдийн төрөх үеийн жин: _____ (гр)
- Хүүхдийн төрөх үеийн өндөр: _____ (гр)
- Хүүхэд дутуу төрсөн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй
- Хэрэв тийм бол төрсөн үеийн тээлтийн нас: _____ долоо хоног

--	--
- Хүүхэд ихэр эсэх: 1. Нэг 2. Хоёр ихэр 3. Гурав ба түүнээс олон ихэр

Төрөлхийн хөгжлийн гажгийн мэдээлэл:

- Төрөлхийн хөгжлийн гажиг оношлогдсон: ____ он ____ сар ____ өдөр
- Оношлогдсон төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

- _____
- _____
- _____
- _____

e
f
g
h
i
j

20. Хүүхэд эндсэн эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

21. Хэрэв тийм бол хүүхэд эндсэн: _____он ___сар ___өдөр ___цаг ___минут

22. Эндсэн шалтгаан:

23. Эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

24. Эмгэг судлалын шинжилгээнд илэрсэн төрөлхийн хөгжлийн гажгууд:

a
b
c
d
e
f
g
h
i
j

25. Нэмэлт тайлбар:

A1. Эмнэлгийн нэр:

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-33

ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ТОХИОЛДЛЫГ БҮРТГЭХ ХУУДАС

Эрэмбэлэн ангилал

А	В	С	D
---	---	---	---

A2. Эцэг /эх/-ийн нэр _____ A3. Нэр _____ A4. РД

A5. Нас

A6. Хүйс	
Эрэгтэй	1
Эмэгтэй	2
Тодорхойгүй	99

A10. Боловсрол	
Боловсролгүй	1
Бага	2
Суурь боловсрол	3
Бүрэн дунд	4
Мэргэжлийн болон техникийн	5
Дипломын	6
Бакалавр	7
Магистр	8
Доктор	9

A14. Өөр эмнэлэгт хандсан эсэх	
Өрх ЭМТөв	1
Сум, тосгон, сум дундын ЭМТ	2
Аймаг, Дүүргийн НЭ	3
БОЭТ	4
Төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг	5
Бусад	98

A7. ТОГТМОЛ ХАЯГ:

A8. УТАС _____

A9. АЖЛЫН ГАЗАР, АЛБАН ТУШААЛ

A11. Эмнэлэгт яаж ирсэн	
Өөрөө	1
Түргэн тусламжаар	2
Бусад _____	98

15. Гэмтсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			
16. Үзүүлсэн/он, сар, өдөр, цаг, мин/			

A12. Гэмтэл авах үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байсан эсэх	A17. Осол болсон газар, байршил /дүүрэг, хороо, осол болсон цэгийг бичнэ үү!/ 	
Тийм		1
Үгүй		2
A13. Гэмтэл авах үедээ мансууруулах бодис хэрэглэсэн байсан эсэх		
Тийм		1
Үгүй		2

Б 1. ОСОЛ ГАРАХ ҮЕИЙН БАЙРШИЛ				
Гэртээ	1	Ажлын байранд	Үйлдвэрлэл	8
Сургууль, цэцэрлэг	2		Барилга	9
Биеийн тамир, спортын талбай	3		Уурхай	10
Гудамж, зам	4		Албан тасалгаа	11
Худалдаа үйлчилгээний газар	5		Бусад / бичих / _____	98
Хөдөө аж ахуй ба ферм	6		_____	
Олон нийтийн газар (бар, диско)	7		Тодорхойгүй	99

Б 2. ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ШАЛТГААН						
Зам тээврийн осол /V00-V99/	1	Амьтай механик хүчинд өртөх /W50-W59/ бүлгээс харах	Нохойд хазуулах	17		
Хүчирхийлэл /X85-Y09/	2		Бусад хүн, амьтанд хазуулах, хатгуулах, өшиглүүлэх /бичих/ _____	18		
Амиа хорлохыг завдах /X60-X84/	3		Хорт амьтан, ургамалд өртөх /X20-X29/ бичих/ _____	19		
Уналт /W00-W19/ бүлгээс харах	Цас, мөсөн дээр хальтарч унах		4	Усанд унах, живэх /W65-W74/ бичих/ _____	20	
	Явганаас унах		5	Байгалийн хүчинд өртөх /аянга, газар хөдлөлт /X30-39/ /бичих/ _____	21	
	Тэшүүр, цанаар гулгаж үед унах		6	Үүнээс: осгох, хөлдөх /X31/	22	
	Хүнтэй мөргөлдөх, түлхэгдэн унах		7	Түлэгдэлт /W85-X19/ бүлгээс харах	Цахилгаан гүйдэл	23
	Ор, сандал, гэрийн тавилга /зур/		8		Гал, дөлд	24
	Спортын хэрэгслээс унах		9		Халуун цай, хоол, тосонд	25
	Шат, гишгүүрээс унах		10		Халуун усанд	26
	Барилга, байгууламжаас унах		11		Халуун уур, агаар, хийнд	27
	Бусад уналт /бичих/ _____		12		Ахуйн халуун хэрэгсэлд	28
	Тодорхойгүй уналт		13		Халаах хэрэгсэл, дулааны халаагуур	29
Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/ бүлгээс харах	Хурц зүйл /бичих/ _____		14		Бусад түлээдэл _____	30
	Мохоо зүйлд /бичих/ _____		15		Тодорхойгүй	31
	Бусад /бүх төрлийн буу, даралтат хийтэй зүйл, сальют гэх мэт бичих/ _____		16		Бусад осол /бичих/ _____	98
			Тодорхойгүй осол _____	99		

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
 өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт АМ-36

**БҮХ НИЙТЭЭР ТЭМДЭГЛЭХ БАЯР, ТЭМДЭГЛЭЛТ ӨДРИЙН АМРАЛТЫН ҮЕИЙН ЭМНЭЛГИЙН
 ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭГ МЭДЭЭЛЭХ БҮРТГЭЛ**

№	Үзүүлэлт		№	Өрх сумын	Аймаг,	Төв эмнэлэг,	Бусад	Нийт дүн		
				эрүүл мэндийн төв	дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	тусгай мэргэшлийн төвүүд				
А	Б		В	1	2	3	4	5		
1	Төрсөн эхийн тоо		1							
2	Амьд төрсөн нярай		2							
3	Амьгүй төрсөн хүүхэд		3							
4	Нас барсан хүний тоо		4							
5	Үүнээс: эмнэлэгт		5							
6	Хоног болоогүй нас баралт		6							
7	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл		7							
8	1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл		8							
9	Осол гэмтлийн улмаас нас барсан хүний тоо		9							
10	Үүнээс	Зам тээврийн ослоор		10						
		Хөлдөлт, осголт		11						
		Хордлогоор	Архины шалтгаант		12					
			Хоолны		13					
			Бусад		14					
Бусад ослоор		15								
11	Амбулаторын нийт үзлэг		16							
12	Үүнээс: Томуу, томуу төст өвчний учир		17							
13	Хүлээн авах, яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлсэн иргэдийн тоо	Насанд хүрэгчид	Нийт		18					
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		19				
				Хордлого	Архи	20				
					Хоол	21				
			Осол гэмтэл	Авто осол	22					
				Түлэгдэлт	23					
				бусад гэмтэл	24					
			Буцаасан		25					
			Нас барсан		26					
		Хүүхэд	Нийт		27					
			Хэвтсэн	Яаралтай мэс засал		28				
				Томуу, томуу төст өвчин, амьсгалын замын өвчлөл		29				
				Хордлого		30				
			Осол гэмтэл	Авто осол	31					
				Түлэгдэлт	32					
				бусад	33					
			Буцаасан		34					
Нас барсан			35							
Томуу, амьсгалын замын өвчний амбулаторийн үзлэгт эзлэх хувь		36								
14	Түргэн тусламжийн	Нийт		37						
		Хүүхэд	0-5 насны хүүхдийн томуу, амьсгалын замын өвчлөл		38					
			Хордлого		39					
			Халдварт өвчин		40					
		Нийт		41						
		ИД	ОЛ	ЛГЭ	Архи	42				

	дуудлагын тоо	Насанд хүрэг	ᠪ	ᠬоол	43				
			ᠲ	Төрөх	44				
			ᠬ	Халдварт өвчин	45				
			ᠪ	Бусад	46				
				Эмч очихоос өмнө нас барсан	47				
15	Орон нутаг гарсан олныг хамарсан аюулд өртсөн хүний тоо		Осол, гэмтэл	48					
			Хордлого	49					
			Түлэгдэл	50					
			Үер, усны аюул	51					
			Нас баралт	52					
16	Зоонозын өвчний сэжигтэй тохиолдол			53					

Мөрийн дагуу: 9= (10+11+12+13+14+15)

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /НАСАНД ХҮРЭГЧИД/ №.....

Эмнэлгийн нэр: _____

Яаралтай тусламжийн тасагт ирсэн.....он.....сар.....өдөр

Ерөнхий мэдээлэл																																																							
Эцэг /эх/-ийн нэр:		РЕГИСТРИЙН ДУГААР		ХҮЙС <input type="checkbox"/> ЭР <input type="checkbox"/> ЭМ																																																			
				НАС																																																			
				ЭМДД																																																			
ИРГЭНИЙ ХАРЬАЛАЛ:		ХОЛБОГДОХ УТАС		ДАВТАН ИРСЭН ХУГАЦАА:он....сар....өдөр <input type="checkbox"/> 24 цаг <input type="checkbox"/> 48 цаг <input type="checkbox"/> 72 цаг																																																			
ЯТТ-т ирсэн цагцагминут		Эрэмбэлсэнцагминут		ЯТТ-ийн эмч үзсэнцагминут																																																			
				Шийдвэрлэсэнцагминут																																																			
				ЯТТ-т байсан нийт цагцаг....минут																																																			
ОСОЛ ГЭМТЭЛ <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй		ЦАГДААД МЭДЭГДСЭН ЭСЭХ: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		ГЭМТСЭН ШАЛТГААН:																																																			
				Он, сар өдөр цаг минут																																																			
ЯТТ-т ирсэн хэлбэр <input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> Амбулаториос <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлгээс <input type="checkbox"/> 13А				Хэн авчирсан: Асуумж өгсөн хүн:..... Утас:.....																																																			
Ирэх үеийн зовиур:				Биеийн жин.....кг Өндөр.....см																																																			
				Сүүлийн сарын тэмдэг:сар....өдөр																																																			
				Цусны бүлэг: Rh:																																																			
				<input type="checkbox"/> Жирэмсэн <input type="checkbox"/> долоо хоног <input type="checkbox"/> Цэвэршсэн																																																			
Анхны үзлэг		Эрт сэрэмжлүүлэх үнэлгээ			Урьд өвчилсөн байдал																																																		
Амьсгалын зам <input type="checkbox"/> чөлөөтэй <input type="checkbox"/> саадтай		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Хугацаа</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Үзүүлэлт</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ухаан санааны байдал (AVPU)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Амьсгалын тоо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Зүрхний цохилтын тоо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Артерийн даралт</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Биеийн хэм</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO₂ %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fi O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нийт оноо</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Хугацаа					Үзүүлэлт					Ухаан санааны байдал (AVPU)					Амьсгалын тоо					Зүрхний цохилтын тоо					Артерийн даралт					Биеийн хэм					SpO ₂ %					Fi O ₂					Нийт оноо					Амьсгалын эрхтэний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>
Хугацаа																																																							
Үзүүлэлт																																																							
Ухаан санааны байдал (AVPU)																																																							
Амьсгалын тоо																																																							
Зүрхний цохилтын тоо																																																							
Артерийн даралт																																																							
Биеийн хэм																																																							
SpO ₂ %																																																							
Fi O ₂																																																							
Нийт оноо																																																							
Амьсгал <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус		Зүрх судасны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Цус эргэлт <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус		Хоол боловсруулах эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Арьсны өнгө <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус		Цусны эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Пульс <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус		Бөөрний эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Хялгасан судасны дүүрэлт <input type="checkbox"/> 2 сек <input type="checkbox"/> >2 сек		Мэдрэлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Булчингийн хүч <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Суларсан <input type="checkbox"/> Чангарсан <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Дээд мөч <input type="checkbox"/> Доод мөч		Удамшил тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Байнга хэрэглэдэг эм		Гэмтэл тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Харшил		Мэс заслын эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
		Дотоод шүүрлийн эмгэг тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
		Хавдар тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																					
Өвдөлтийн зэрэг		Эрэмбэлэн ялгалт																																																					
 0 2 4 6 8 10		Өвдөлт <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Цочмог <input type="checkbox"/> Архаг Өвдөлтийн хугацаа <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> ХАР <input type="checkbox"/> УЛААН <input type="checkbox"/> ШАР <input type="checkbox"/> НОГООН Эрэмбэлэх мэргэжилтэн																																																		
Тархвар судлалын асуумж																																																							
Тууралтат өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			Дархлаажуулалтанд хамрагдсан эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																				
Гадаад оронд зорчсон эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			Халдварт өвчтэй хүнтэй хавьталтай эсэх: тийм <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/>																																																				
Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн үзлэг																																																							
Үндсэн золгоо: _____ _____			Одоогийн өвчний түүх: _____ _____																																																				
Шийдвэрлэсэн байдал																																																							
<input type="checkbox"/> АЖИГЛАЛТ <input type="checkbox"/> ЭЭТ <input type="checkbox"/> БУСАД ТАСАГ <input type="checkbox"/> БУЦСАН <input type="checkbox"/> НАС БАРСАН <input type="checkbox"/> БУСАД ЭМНЭЛЭГРҮҮ ШИЛЖСЭН <input type="checkbox"/> ЭМЧИЛГЭЭ ҮЙЛЧИЛГЭЭНЭЭС ТАТГАЛЗСАН ШИЙДВЭРЛЭСЭН.....ОН.....САР.....ӨДӨР.....ЦАГ.....МИНУТ ШИЙДВЭРЛЭСЭН ЯТТ-Н ЭМЧ /...../																																																							
<input type="checkbox"/> ЭМИЙН ҮНЭ:..... /...../																																																							

Яаралтай тусламжийн тасгийн эмчийн анхны үзлэг

Үндсэн зовиур:	Одоогийн өвчний түүх:
----------------	-----------------------

Бодит үзлэг	Шинжилгээний төлөвлөгөө
--------------------	--------------------------------

Биеийн байдал _____ Ухаан санаа: глазго үнэлгээ <input type="checkbox"/> нүд <input type="checkbox"/> хөдөлгөөн <input type="checkbox"/> яриа <input type="checkbox"/> Арьс салст _____ Тунгалагийн булчирхай _____ Хүүхэн хараа _____ Зүрх _____ Уушиг _____ Хэвлийн тойм үзлэг _____ Хэсэг газрын үзлэг _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад </td> <td style="width:70%; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td></td> </tr> </table>	Биохимийн шинжилгээ		<input type="checkbox"/> Нийт билирубин	<input type="checkbox"/> Шууд билирубин	<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин	<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат	<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин	<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот	<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ	<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ	<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад	
<input type="checkbox"/> Цусны сахарын түргэвчилсэн үнэлгээ <input type="checkbox"/> ЦЕШ <input type="checkbox"/> УТХ <input type="checkbox"/> Лейкограмм <input type="checkbox"/> Коагулограмм <input type="checkbox"/> ШЕШ <input type="checkbox"/> ЗЦБ <input type="checkbox"/> ДОХ, В, С Вирус <input type="checkbox"/> Бактериологи <input type="checkbox"/> ЭХО <input type="checkbox"/> Дуран <input type="checkbox"/> Рентгенскопи <input type="checkbox"/> КТГ <input type="checkbox"/> Бусад	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Биохимийн шинжилгээ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Нийт билирубин</td> <td><input type="checkbox"/> Шууд билирубин</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин</td> <td><input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин</td> <td><input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ</td> <td><input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K</td> <td><input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад</td> <td></td> </tr> </table>	Биохимийн шинжилгээ		<input type="checkbox"/> Нийт билирубин	<input type="checkbox"/> Шууд билирубин	<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин	<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат	<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин	<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот	<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ	<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ	<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад			
Биохимийн шинжилгээ																	
<input type="checkbox"/> Нийт билирубин	<input type="checkbox"/> Шууд билирубин																
<input type="checkbox"/> Нийт уураг <input type="checkbox"/> Альбумин	<input type="checkbox"/> Алат <input type="checkbox"/> Асат																
<input type="checkbox"/> Амилаза <input type="checkbox"/> Креатинин	<input type="checkbox"/> Мочевин <input type="checkbox"/> Үлдэгдэл азот																
<input type="checkbox"/> Сахар <input type="checkbox"/> ШФ	<input type="checkbox"/> ЛДГ <input type="checkbox"/> КФК <input type="checkbox"/> ПКТ																
<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg																
<input type="checkbox"/> Cl <input type="checkbox"/> Бусад																	

Мэс заслын эмчийн үзлэг, онош	Дүрс оношилгооны эмчийн дүгнэлт
-------------------------------	---------------------------------

Эмчилгээ	Эмчилгээ
----------	----------

Урьдчилсан онош:	ӨОУА код
------------------	-------------

Шийдвэрлэсэн байдал: /ЯТТ-ийн эмч/ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Эмчилгээ: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--

Шийдвэрлэсэн байдал: <input type="checkbox"/> Ажиглалт <input type="checkbox"/> Тасагт хэвтсэн <input type="checkbox"/> Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн	<input type="checkbox"/> Буцсан <input type="checkbox"/> Нас барсан <input type="checkbox"/> Бусад
--	---

Шийдвэрлэсэн он сар өдөр..... цаг минут Шийдвэрлэсэн ЯТТ-ийн эмч.....

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН ХУУДАС /Эх барих, эмэгтэйчүүд/

Яаралтай тусламжид ирсэн огноо он . . . сар . . . өдөр цаг.... минут

ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ			
Эцэг/эх/-ийн нэр: _____ Нэр: _____		Регистрийн дугаар: _____	Нас: _____
Тогтмол хаяг		Хүйс: <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	
		Давтан ирсэн хугацаа	
		<input type="checkbox"/> 24 цаг <input type="checkbox"/> 48 цаг <input type="checkbox"/> 72 цаг	
ЯТТ-т ирсэн цаг минут		Эрэмбэлсэн цаг хугацаа:	Эхэлсэн: цаг минут
Ажиглалтын ерөөнд хянагдсан цаг			Дууссан: цаг минут
ЯТТ-т ирсэн хэлбэр		ЯТТ-аар үйлчлүүлсэн давтамж: <input type="checkbox"/> Анх <input type="checkbox"/> Давтан	
<input type="checkbox"/> Өөрөө <input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> Амбулаториор	<input type="checkbox"/> Бусад эмнэлгээс	
Асуумжийг хэнээс авсан		Асуумж авсан хүний овог нэр	
<input type="checkbox"/> Өөрөөс нь <input type="checkbox"/> Бусад хүнээс		Утасны дугаар	
Гол зовиур		Биеийн жин _____ кг	Өндөр _____ см
		Харшил	Хорт зуршил
		<input type="checkbox"/> Эм тариа	<input type="checkbox"/> Архи <input type="checkbox"/> Тамхи <input type="checkbox"/> Бусад
Бодит үзлэг			
№	Параметрууд	сар/ өдөр	
1	Онцлог байдал		
2	Зүрхний цохилт		
3	Амьсгалын тоо		
4	Артерийн даралт		
5	Биеийн температур		
6	SpO2 %		
7	Fi O2		
8	Хялгасан судасны дүүрэлт	<input type="checkbox"/> 2 сек бага	
		<input type="checkbox"/> 2 сек их	
Эрэмбэлэн ангилалт			
А. Яаралтай шинж		А. Тулгамдсан шинж	
<input type="checkbox"/>	Унтаарсан	<input type="checkbox"/>	Шээсэнд уураг 3 гр ба түүнээс дээш
<input type="checkbox"/>	Ухаангүй	<input type="checkbox"/>	Өндөр халуунтай
<input type="checkbox"/>	Цочромтгой, хөөрлийн байдалтай	<input type="checkbox"/>	Хэвлийгээр хүчтэй өвдөх
<input type="checkbox"/>	Таталт	<input type="checkbox"/>	Ураг орчмын шингэн гарсан, халууралттай
<input type="checkbox"/>	Амьсгал бөглөрөх	<input type="checkbox"/>	Умайн хүзүүний нээлт 8 см-ээс дээш
<input type="checkbox"/>	Амьсгал хямралын хүнд хэлбэр	<input type="checkbox"/>	Дотор муухайрах
<input type="checkbox"/>	Жирэмсний эрт, хожуу хугацаанд үтрээнээс их хэмжээний цус алдаж байгаа	<input type="checkbox"/>	Жирэмсний эрт, хожуу хугацаанд үтрээнээс цус багаар гарах
<input type="checkbox"/>	Захын хөхрөлт	<input type="checkbox"/>	Ургийн жижиг хэсэг, хүй унжих
<input type="checkbox"/>	Аюулхай орчмоор өвдөх	<input type="checkbox"/>	Хялгасан судасны дүүрэлт 3 секундээс удаашрах
<input type="checkbox"/>	Арьс салст гэнэт цонхийж цайх		
<input type="checkbox"/>	Жирэмсэн эмэгтэйн толгой хүчтэй өвдөх зовиур		

Эрэмбэлэн ангилалтын үнэлгээ Улаан-А Шар-В Ногоон-С Цагаан-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 Эмчийн нэр _____ / _____ /

Эх баригчийн нэр _____ / _____ /

Төрөлжсөн мэргэжлийн эмчийн үзлэг ба шинжилгээ	Зөвлөгөө, эмчилгээ:
Огноо: Зовиур: Үзлэгт: Толины үзлэг: Үтрээний үзлэг: КТГ: Чанд авиа: Сүүлийн сарын тэмдэг: Шинжилгээ: Онош:	
Шийдвэрлэсэн байдал	

Ажиглалт ЭЭТ Бусад тасаг _____

Бусад эмнэлэг рүү илгээсэн: _____

Харьяа хяналтанд

Шийдвэрлэсэн он сар өдөр..... цаг минут

Шийдвэрлэсэн ЯТТ-н эмч _____ / _____ /

Эмнэлгийн нэр: _____

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭИМ-3-1А

АРТЕРИЙН ГИПЕРТЕНЗИ, ЧИХРИЙН ШИЖИН ХЭВ ШИНЖ 2-ЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛГИЙН ҮЗЛЭГИЙН БҮРТГЭЛ

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр _____

№	Үзлэгийн огноо	Эцэг /эх/-ийн нэр Нэр Регистрийн дугаар	Нас, Хүйс	Оршин суугаа хаяг	Биеийн өндөр /м/	Биеийн жин /кг/	Биеийн жингийн индекс (БӨ/БЖ ²)	Хуучин АГ оношлогдсон	Артерийн гипертензи					Чихрийн шижин хэв шинж 2									
									Анхны үзлэг		Давтан үзлэг			Хуучин ЧШ оношлогдсон	Үзлэгийн хэлбэр	ЧШ-гийн эрсдлийн оноо		Цусны глюкоз (ммоль/л)			Үр дүн		
									Цусны даралт /ммМҮБ/	Үр дүн	Үзлэгийн огноо	Цусны даралт /ммМҮБ/	Үр дүн			Эрсдлийн оноо тооцсон эсэх	Эрсдлийн оноо	Түргэвчилсэн аргаар /өглөн үед/	Биохимийн аргаар /өглөн үед/	Глюкозын ачаалалт сорилд*	Хэвийн	ӨҮГӨөрчлөлттэй	Батлагдсан ЧШ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3
			1 2							1 2 3			1 2 3		1 2	1 2					1	2	3

Тайлбар: Багана 4. Хүйс: Эрэгтэй-1, Эмэгтэй-2
 Багана 11, 14. Үр дүн: Хэвийн-1, Артерийн гипертензи байж болзошгүй-2, Батлагдсан-3
 Багана 16. Үзлэгийн хэлбэр: Анх-1, Давтан-2
 Багана 17. Эрсдлийн оноо тооцсон эсэх: Тийм-1, Үгүй-2

5 ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Үзлэг хийсэн он.... сар... өдөр...

I. ХҮҮХДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

				Регистрийн дугаар: <input type="text"/>
Хүүхдийн ургийн овог:				Хүйс: Эр / Эм <i>Хүүхдийн хүйсийг заавал дугуйлж тэмдэглэ!</i>
Эцэг, эхийн нэр:				Хот, аймаг, дүүрэг Сум, хороо Баг, хэсэг
Хүүхдийн нэр:				
Төрсөн он	сар	өдөр	цаг	Хүүхдийн нас: сар _____ хоногтой

II. ЭХИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Регистрийн дугаар: <input type="text"/>			
Нэр:	Яс үндэс:	Утасны дугаар:	
Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын боловсрол <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	Хөдөлмөр эрхлэлт: 1. Цалин хөлстэй ажиллагч 2. Ажил олгогч 3. Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч 4. Нөхөрлөл хоршооны гишүүн 5. Мал аж ахуй эрхлэгч 6. Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин хөлсгүй ажиллагч гишүүн <input type="checkbox"/> Бусад /бичнэ/	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: 1. Сургуульд сурдаг 2. Тэтгэвэрт 3. Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй 4. Гэрийн ажилтай 5. Тохирох ажил олдохгүй 6. Ажил хайж байгаа 7. Ажиллах сонирхолгүй <input type="checkbox"/> Бусад /бичнэ/
Ажил, мэргэжил.....		Ажилладаг салбар, чиглэл.....	
Орон сууцны байдал:			
<input type="checkbox"/> Гэр, сууц <input type="checkbox"/> Орон сууцны байшин <input type="checkbox"/> Бие даасан тохилог сууц <input type="checkbox"/> Сууцны тусдаа байшин <input type="checkbox"/> Оюутан сурагчдын нийтийн байр <input type="checkbox"/> Ажиллагчдын нийтийн байр <input type="checkbox"/> Нийтийн зориулалтын бусад байр <input type="checkbox"/> Зориулалтын бус сууц <input type="checkbox"/> Бусад			
Хэнтэй амьдардаг вэ? Хүүхэд (тоо: _____) <input type="checkbox"/> Нөхөр <input type="checkbox"/> Хадам аав <input type="checkbox"/> Хадам ээж <input type="checkbox"/> Өөрийн аав <input type="checkbox"/> Өөрийн ээж <input type="checkbox"/> Бусад (тоо: _____)			
Тамхи татдаг уу? <input type="checkbox"/> Тийм (өдөрт _____ тамхи татдаг) <input type="checkbox"/> Үгүй			
Архи хэрэглэдэг үү? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хааяа			

III. ЭХИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

- Дараах өвчнөөр өвчилж байсан уу? Тийм Үгүй
- Артерийн гипертензи Бөөрний архаг үрэвсэл Чихрийн шижин
- Зүрхний өвчин Бамбай булчирхайн өвчин Харшил
- Халдварт хепатит
- Бусад өвчин (нэрлэнэ үү)

Эцгийн эрүүл мэнд: Хэвийн Хэвийн биш
(өвчин юм уу зовиур:))

IV. ЭХИЙН ЖИРЭМСЛЭЛТИЙН ТҮҮХ

Хэдэн удаа жирэмсэлсэн.....
Хэдэн удаа төрсөн.....
Одоо хэдэн хүүхэдтэй.....
Үүний өмнөх жирэмслэлт .....он.....сар .
Бага жинтэй хүүхэд төрүүлж байсан уу (22-36 долоо хоног) <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Үр хөндүүлж байсан эсэх <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Зулбаж байсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм бол удаа <input type="checkbox"/> Үгүй
Өсөлтгүй жирэмслэлт болж байсан уу?

V. ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ /ХҮҮХЭД/

Төрөх үеийн жин (кг)..... Одоогийн жин (кг)	Толгойн тойрог (см):
Урт, өндөр (см).....	Толгойн хэмжээ: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Том <input type="checkbox"/> Жижиг
Хооллолт: <input type="checkbox"/> Хөхөө хөхдөг <input type="checkbox"/> Холимог <input type="checkbox"/> Ердийн	
Өдөрт .....удаа Нэг удаад .....мл иддэг	
Гол иддэг хоол 1..... 2..... 3..... 4.....	
Арьс, үс, хумс: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Арьсны уян чанар алдагдсан <input type="checkbox"/> Шарлалт <input type="checkbox"/> Тууралт <input type="checkbox"/> Атопи (Шүүдэст эмзэгшил)	
<input type="checkbox"/> Нуралт <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> 2 хөлийн хаван <input type="checkbox"/> Илт тураал	
<input type="checkbox"/> Хумс хөх <input type="checkbox"/> Алганы зураасны өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр <input type="checkbox"/> Бусад	
Цус багадалтын шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Алга цайсан <input type="checkbox"/> Хувхай цагаан	
Толгой, хүзүү, захын тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Макроцефали <input type="checkbox"/> Микроцефали <input type="checkbox"/> Гидроцефали <input type="checkbox"/> Толгойгоо даахгүй	
<input type="checkbox"/> Хүзүү гилжгий <input type="checkbox"/> Бусад	
Яс, булчингийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн, <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Цээжний хэлбэр <input type="checkbox"/> Нуруу муруй <input type="checkbox"/> Сампингийн эрхи <input type="checkbox"/> Дагз зөөлрөх <input type="checkbox"/> Түнхний эмгэг	
<input type="checkbox"/> Үе мөчдийн хөдөлгөөн хязгаарлагдсан <input type="checkbox"/> Үений үрэвсэл <input type="checkbox"/> Булчингийн атрофи	
Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Бусад	
Нүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хялар <input type="checkbox"/> Харааны бэрхшээл <input type="checkbox"/> Урвасан зовхи <input type="checkbox"/> Харц эгцэлж харахгүй <input type="checkbox"/> Бусад	
Чих, хамар, хоолой: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Хамрын эмгэг <input type="checkbox"/> Аденоидит <input type="checkbox"/> Гүйлсэн булчирхай <input type="checkbox"/> Чихнээс булаг гарсан: .....хоног <input type="checkbox"/> Бусад	
Сонсгол: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус	
Амьсгалын тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> 14-өөс олон хоног ханиалгасан <input type="checkbox"/> Амьсгал олширсон <input type="checkbox"/> Цээж хонхолзох <input type="checkbox"/> Астма	
<input type="checkbox"/> Шуугиантай амьсгал <input type="checkbox"/> Хяхтнаа амьсгал <input type="checkbox"/> Хэржигнүүр <input type="checkbox"/> Бусад	
Зүрх судасны тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Тахикарди <input type="checkbox"/> Брадикарди <input type="checkbox"/> Авиа бүдэг <input type="checkbox"/> Хэм алдагдалтай <input type="checkbox"/> Шуугиантай <input type="checkbox"/> Бусад	
Хоол боловсруулах тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ)	
<input type="checkbox"/> Бөөлждөг <input type="checkbox"/> Хэвлий эмзэглэлтэй, <input type="checkbox"/> Элэг том <input type="checkbox"/> Элэг эмзэглэлтэй	
<input type="checkbox"/> Дэлүү том <input type="checkbox"/> Суулгалт <input type="checkbox"/> Баас хатдаг <input type="checkbox"/> Хүйн ивэрхий <input type="checkbox"/> Бусад	

Шээс бэлгийн тогтолцоо: Хэвийн Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ)

Олон удаа шээдэг Шөнө шээдэг Орондоо шээдэг Шээхэд өвддөг Дүлж шээдэг

Төмсөг усжилттай Төмсөг хуухнагт буугаагүй Тээрхийн арьс чөлөөтэй эргэхгүй

Цавины ивэрхий Бусад

Мэдрэлийн эрхтэн тогтолцоо: Хэвийн Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ)

Татдаг Дагз хөшингө Эмгэг рефлексүүд илэрсэн Бусад

Нүдэнд ил харагдах хөгжлийн эмгэг: Үгүй Эмгэгтэй бол: (✓ гэж тэмдэглэ)

Уруул тагнайн сэтэрхий Чихний дэлбэнгүй Чихний гадна суваггүй

2 нүдний зай хол Хөлгүй Гаргүй Олон хуру Цөөн хуруу Бусад

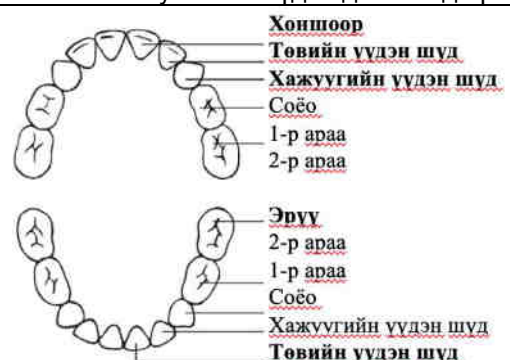
Амны хөндий: Хүүхдийн шүд анх ___ сартайдаа ургасан Одоо байгаа шүдний тоо: ___

Эрүүл Эрүүл бус

Шүдний цагаан толбо Шүдний өнгө өөрчлөгдсөн Шүдний ургалт буруу Буйлны үрэвсэл

Уруулын хөвч богино Хэл мурийсан Хэлний хөвч богино Амны салстад шарх үүсдэг

Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон Хүүхдийн шүдийг тогтмол угааж өгдөг Бусад



Хоншоор

Төвийн үүдэн шүд

Хажуугийн үүдэн шүд

Соёо

1-р араа

2-р араа

Эвүү

2-р араа

1-р араа

Соёо

Хажуугийн үүдэн шүд

Төвийн үүдэн шүд

Шүдлэх Үе

8-12 сар

9-13 сар

16-22 сар

13-19 сар

25-33 сар

Шүдлэх Үе

23-31 сар

14-18 сар

17-23 сар

10-16 сар

6-10 сар

Шүдний үзүүлэлт (цлаш):

цоорсон

ломбодсон

авагдсан

Эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)

Тайлбар: Цоорсон, ломбодсон, авагдсан шүдний үзүүлэлтийн шүд тус бүр дээр ц, л, а үсгээр тэмдэглэнэ.

VI. ЗААВАЛ ХИЙХ ДАРХЛААЖУУЛАЛТЫН ҮНДЭСНИЙ ТОВЛОЛ

ВАКЦИНЫ НЭР	ТОВЛОЛ	Торсноос хойш 24 насийн дотор	2 сартайд	3 сартайд	4 сартайд	5 сартайд	9 сартайд	1 нас 2 сартайд	2 настайд	7 настайд	15 настайд
Сүрьеэ (БЦЖ)		0 тун									
В Гепатит		0 тун									
Халдварт саа		0 тун	I тун	II тун	III тун	IV тун					
Сахуу, хөхүүд ханиал, таграи + В Гепатит, Хемофилюс инфлюэнза В (Тавт вакцин)			I тун	II тун	III тун						
Пневмококкийн эсрэг вакцин			I тун		II тун		III тун				
Улаибурхан, Гахай хавдар, Улаанууд (УГУ)							I тун		II тун		
А Гепатит								I тун	II тун		
Сахуу, Татраи										I тун	II тун
Вакцин хийлгэсэн огноо											

Дархлаажуулалтанд бүрэн хамрагдсан эсэх: Тийм Үгүй

VII. ЭМЧИЙН ЕРӨНХИЙ ДҮГНЭЛТ

Доорх сонголтуудаас тус өвчтөнд тохирох мэдээллийг сонгож, шаардлагатай хэсэгт эмчийн дүгнэлтийг бичнэ.

№	Эмчийн дүгнэлт	Шинэ	Хуучин	Авсан арга хэмжээ					
				Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх	Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах	Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах	Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах	Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах	Бусад
1	Эрүүл								
2	1. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	2. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	3. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	4. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	5. Өвчний онош: ICD10 код _____								

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____

_____/гарын үсэг/

5-18 НАСНЫ ХҮҮХЭД, ӨСВӨР ҮЕИЙНХНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ

Үзлэг хийсэн он.... сар.... өдөр

1. ХҮН АМ ЗҮЙН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ


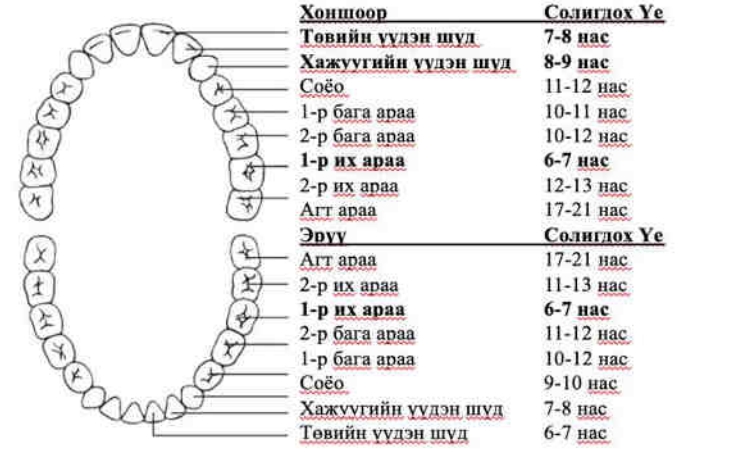
Эмнэлгийн нэр, лого		РД	<input type="text"/>
Эцэг, эхийн нэр:		Ургийн овог:	
Төрсөн он / сар / өдөр		Оршин суугаа хаяг:	
Нас: [] Хүйс: <input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм		Харъяалал: <input type="checkbox"/> Харъяалалтай байнгын оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалгүй байнгын оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалтай түр оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалгүй түр оршин суугч <input type="checkbox"/> Бүртгэлгүй иргэн	
Цэцэрлэгт явдаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм / 6 хүртэлх нас/ <input type="checkbox"/> Үгүй		Сургуульд сурдаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм /6-18 хүртэлх/ <input type="checkbox"/> Үгүй	
Орон сууцны байдал: <input type="checkbox"/> Гэр, сууц <input type="checkbox"/> Орон сууцны байшин <input type="checkbox"/> Оюутан сурагчдын нийтийн байр <input type="checkbox"/> Нийтийн зориулалтын бусад байр		Хөдөлмөр эрхэлдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
<input type="checkbox"/> Бие даасан тохилог сууц <input type="checkbox"/> Сууцны тусдаа байшин <input type="checkbox"/> Ажиллагчдын нийтийн байр <input type="checkbox"/> Зориулалтын бус сууц <input type="checkbox"/> Бусад			

II. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Өндөр см /10-тын орны бутархай оруулах/ Жин кг /10-тын орны бутархай оруулах/	Бүсэлхийн тойргийн (БТ) хэмжээ см /10-тын орны бутархай оруулах/
Харааны шил эсвэл линз зүүдэг эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	Сонсголын аппарат зүүдэг эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Шүдний аппарат зүүдэг эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	

III. ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ

Арьс, үс, хумс: <input type="checkbox"/> Хэвийн, <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Арьсны уян чанар алдагдсан <input type="checkbox"/> Шарлалт <input type="checkbox"/> Тууралт <input type="checkbox"/> Атопи (Шүүдэст эмзэгшил) <input type="checkbox"/> Нуралт <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> 2 хөлийн хаван <input type="checkbox"/> Илт тураал <input type="checkbox"/> Хумс хөх <input type="checkbox"/> Алганы зураасны өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр <input type="checkbox"/> Бусад
Цус багадаалтын шинж: <input type="checkbox"/> Илрээгүй <input type="checkbox"/> Алга цайсан <input type="checkbox"/> Хувхай цагаан
Толгой, хүзүү, захын тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Макроцефали <input type="checkbox"/> Микроцефали <input type="checkbox"/> Гидроцефали <input type="checkbox"/> Толгойгоо даахгүй <input type="checkbox"/> Хүзүү гилжгий <input type="checkbox"/> Бусад
Яс, булчингийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Цээжний хэлбэр <input type="checkbox"/> Нуруу муруй <input type="checkbox"/> Сампингийн эрхи <input type="checkbox"/> Дагз зөөлрөх <input type="checkbox"/> Түнхний эмгэг <input type="checkbox"/> Үе мөчдийн хөдөлгөөн хязгаарлагдсан <input type="checkbox"/> Үений үрэвсэл <input type="checkbox"/> Булчингийн атрофи
Булчингийн хүчдэл: <input type="checkbox"/> Сайн <input type="checkbox"/> Дунд <input type="checkbox"/> Сул <input type="checkbox"/> Бусад
Нүд: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хялар <input type="checkbox"/> Харааны бэрхшээл <input type="checkbox"/> Урвасан зовхи <input type="checkbox"/> Харц эгцэлж харахгүй <input type="checkbox"/> Бусад
Чих, хамар, хоолой: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Хамрын эмгэг <input type="checkbox"/> Аденоидит <input type="checkbox"/> Гүйлсэн булчирхай <input type="checkbox"/> Чихнээс булаг гарсан: .....хоног <input type="checkbox"/> Бусад
Сонсгол: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус
Амьсгалын тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (√ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> 14-өөс олон хоног ханиалгасан <input type="checkbox"/> Амьсгал олширсон <input type="checkbox"/> Цээж хонхолзох <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Шуугиантай амьсгал <input type="checkbox"/> Хяхтнаа амьсгал <input type="checkbox"/> Хэржигнүүр <input type="checkbox"/> Бусад

Зүрх судасны тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Тахикарди <input type="checkbox"/> Брадикарди <input type="checkbox"/> Авиа бүдэг <input type="checkbox"/> Хэм алдагдалтай <input type="checkbox"/> Шуугиантай <input type="checkbox"/> Бусад																																						
Хоол боловсруулах тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Бөөлждөг <input type="checkbox"/> Хэвлий эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Элэг том <input type="checkbox"/> Элэг эмзэглэлтэй <input type="checkbox"/> Дэлүү том <input type="checkbox"/> Суулгалт <input type="checkbox"/> Баас хатдаг <input type="checkbox"/> Хүйн ивэрхий <input type="checkbox"/> Бусад																																						
Шээс бэлгийн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Олон удаа шээдэг <input type="checkbox"/> Шөнө шээдэг <input type="checkbox"/> Орондоо шээдэг <input type="checkbox"/> Шээхэд өвддөг <input type="checkbox"/> Дүлж шээдэг <input type="checkbox"/> Төмсөг усжилттай <input type="checkbox"/> Төмсөг хуухнагт буугаагүй <input type="checkbox"/> Тээрхийн арьс чөлөөтэй эргэхгүй <input type="checkbox"/> Цавины ивэрхий <input type="checkbox"/> Бусад																																						
Мэдрэлийн эрхтэн тогтолцоо: <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус бол: (✓ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Татдаг <input type="checkbox"/> Дагз хөшингө <input type="checkbox"/> Эмгэг рефлексүүд илэрсэн <input type="checkbox"/> Бусад _____																																						
Нүдэнд ил харагдах хөгжлийн эмгэг: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Эмгэгтэй бол: (✓ гэж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Уруул тагнайн сэтэрхий <input type="checkbox"/> Чихний дэлбэнгүй <input type="checkbox"/> Чихний гадна суваггүй <input type="checkbox"/> 2 нүдний зай хол <input type="checkbox"/> Хөлгүй <input type="checkbox"/> Гаргүй <input type="checkbox"/> Олон хуруу <input type="checkbox"/> Цөөн хуруу <input type="checkbox"/> Бусад																																						
Амны хөндий: Одоо байгаа шүдний тоо: _____ <input type="checkbox"/> Эрүүл <input type="checkbox"/> Эрүүл бус <input type="checkbox"/> Шүдний цагаан толбо <input type="checkbox"/> Шүдний өнгө өөрчлөгдсөн <input type="checkbox"/> Шүдний ургалт буруу <input type="checkbox"/> Буйлны үрэвсэл <input type="checkbox"/> Уруулын хөвч богино <input type="checkbox"/> Хэл мурийсан <input type="checkbox"/> Хэлний хөвч богино <input type="checkbox"/> Амны салстад шарх үүсдэг <input type="checkbox"/> Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон <input type="checkbox"/> Хүүхдийн шүдийг тогтмол угааж өгдөг <input type="checkbox"/> Бусад																																						
 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Хоншоор</th> <th>Шүдлэх Үе</th> <th>Солигдох Үе</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Төвийн үүдэн шүд</td> <td>8-12 сар</td> <td>6-7 нас</td> </tr> <tr> <td>Хажуугийн үүдэн шүд</td> <td>9-13 сар</td> <td>7-8 нас</td> </tr> <tr> <td>Соёо</td> <td>16-22 сар</td> <td>10-12 нас</td> </tr> <tr> <td>1-р араа</td> <td>13-19 сар</td> <td>9-11 нас</td> </tr> <tr> <td>2-р араа</td> <td>25-33 сар</td> <td>10-12 нас</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Эрүү</th> <th>Шүдлэх Үе</th> <th>Солигдох Үе</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2-р араа</td> <td>23-31 сар</td> <td>10-12 нас</td> </tr> <tr> <td>1-р араа</td> <td>14-18 сар</td> <td>9-11 нас</td> </tr> <tr> <td>Соёо</td> <td>17-23 сар</td> <td>9-12 нас</td> </tr> <tr> <td>Хажуугийн үүдэн шүд</td> <td>10-16 сар</td> <td>7-8 нас</td> </tr> <tr> <td>Төвийн үүдэн шүд</td> <td>6-10 сар</td> <td>6-7 нас</td> </tr> </tbody> </table>		Хоншоор	Шүдлэх Үе	Солигдох Үе	Төвийн үүдэн шүд	8-12 сар	6-7 нас	Хажуугийн үүдэн шүд	9-13 сар	7-8 нас	Соёо	16-22 сар	10-12 нас	1-р араа	13-19 сар	9-11 нас	2-р араа	25-33 сар	10-12 нас	Эрүү	Шүдлэх Үе	Солигдох Үе	2-р араа	23-31 сар	10-12 нас	1-р араа	14-18 сар	9-11 нас	Соёо	17-23 сар	9-12 нас	Хажуугийн үүдэн шүд	10-16 сар	7-8 нас	Төвийн үүдэн шүд	6-10 сар	6-7 нас	Шүдний үзүүлэлт: <input type="checkbox"/> Цоорсон <input type="checkbox"/> Ломбодсон <input type="checkbox"/> Авагдсан <input type="checkbox"/> Давхар ургасан байнгын шүд <input type="checkbox"/> Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургасан <ul style="list-style-type: none"> • Хоншоор <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн • Эрүү <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Эмчилгээ шаардлагатай (шүдний тоо _____)
Хоншоор	Шүдлэх Үе	Солигдох Үе																																				
Төвийн үүдэн шүд	8-12 сар	6-7 нас																																				
Хажуугийн үүдэн шүд	9-13 сар	7-8 нас																																				
Соёо	16-22 сар	10-12 нас																																				
1-р араа	13-19 сар	9-11 нас																																				
2-р араа	25-33 сар	10-12 нас																																				
Эрүү	Шүдлэх Үе	Солигдох Үе																																				
2-р араа	23-31 сар	10-12 нас																																				
1-р араа	14-18 сар	9-11 нас																																				
Соёо	17-23 сар	9-12 нас																																				
Хажуугийн үүдэн шүд	10-16 сар	7-8 нас																																				
Төвийн үүдэн шүд	6-10 сар	6-7 нас																																				
 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Хоншоор</th> <th>Солигдох Үе</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Төвийн үүдэн шүд</td> <td>7-8 нас</td> </tr> <tr> <td>Хажуугийн үүдэн шүд</td> <td>8-9 нас</td> </tr> <tr> <td>Соёо</td> <td>11-12 нас</td> </tr> <tr> <td>1-р бага араа</td> <td>10-11 нас</td> </tr> <tr> <td>2-р бага араа</td> <td>10-12 нас</td> </tr> <tr> <td>1-р их араа</td> <td>6-7 нас</td> </tr> <tr> <td>2-р их араа</td> <td>12-13 нас</td> </tr> <tr> <td>Агт араа</td> <td>17-21 нас</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Эрүү</th> <th>Солигдох Үе</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Агт араа</td> <td>17-21 нас</td> </tr> <tr> <td>2-р их араа</td> <td>11-13 нас</td> </tr> <tr> <td>1-р их араа</td> <td>6-7 нас</td> </tr> <tr> <td>2-р бага араа</td> <td>11-12 нас</td> </tr> <tr> <td>1-р бага араа</td> <td>10-12 нас</td> </tr> <tr> <td>Соёо</td> <td>9-10 нас</td> </tr> <tr> <td>Хажуугийн үүдэн шүд</td> <td>7-8 нас</td> </tr> <tr> <td>Төвийн үүдэн шүд</td> <td>6-7 нас</td> </tr> </tbody> </table>		Хоншоор	Солигдох Үе	Төвийн үүдэн шүд	7-8 нас	Хажуугийн үүдэн шүд	8-9 нас	Соёо	11-12 нас	1-р бага араа	10-11 нас	2-р бага араа	10-12 нас	1-р их араа	6-7 нас	2-р их араа	12-13 нас	Агт араа	17-21 нас	Эрүү	Солигдох Үе	Агт араа	17-21 нас	2-р их араа	11-13 нас	1-р их араа	6-7 нас	2-р бага араа	11-12 нас	1-р бага араа	10-12 нас	Соёо	9-10 нас	Хажуугийн үүдэн шүд	7-8 нас	Төвийн үүдэн шүд	6-7 нас	Тайлбар: 1. Сүүн шүд унаагүй боловч байнгын шүд нь давхар ургасан эсэхийг сайтар тэмдэглэж мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ. 2. Байнгын 1-р их араа буюу 6-р шүд ургаж, буйлнаас цухуйж эхэлмэгц мэргэжлийн эмчид хандаж ховил битүүлэх эмчилгээ (ховилын ломбо) хийлгэх зайлшгүй шаардлагатай тул мэргэжлийн эмчийн хяналтанд илгээнэ. 3. Гэмтлийн улмаас шүд хөдөлгөөнд орсон хожуу үүсэх хүндрэлээс сэргийлж шүдний эмчид үзүүлж зөвлөгөө авах шаардлагатай 4. Холимог зуултын үед хүүхдийн сүүн ба байнгын шүдийг зураглалын шүд тус бүрт дараах байдлаар бичиж тэмдэглэнэ: <ul style="list-style-type: none"> • Байнгын шүд: Ц, Л, А Сүүн шүд: ц, л, а
Хоншоор	Солигдох Үе																																					
Төвийн үүдэн шүд	7-8 нас																																					
Хажуугийн үүдэн шүд	8-9 нас																																					
Соёо	11-12 нас																																					
1-р бага араа	10-11 нас																																					
2-р бага араа	10-12 нас																																					
1-р их араа	6-7 нас																																					
2-р их араа	12-13 нас																																					
Агт араа	17-21 нас																																					
Эрүү	Солигдох Үе																																					
Агт араа	17-21 нас																																					
2-р их араа	11-13 нас																																					
1-р их араа	6-7 нас																																					
2-р бага араа	11-12 нас																																					
1-р бага араа	10-12 нас																																					
Соёо	9-10 нас																																					
Хажуугийн үүдэн шүд	7-8 нас																																					
Төвийн үүдэн шүд	6-7 нас																																					

IV. ХАЛДВАРТ БА ХАЛДВАРТ БУС ӨВЧНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

Ямар нэгэн хорт зуршилтай эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
Тийм бол ямар хорт зуршилтай вэ? (8-18 нас) 1. Мансууруулах төрлийн бодис 2. Тамхи 3. Архи, согтууруулах ундаа 4. Компьютер, утсанд донтох 5. Бусад	Өмнө нь сэтгэцийн эмгэг оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй	Өмнө нь осол, гэмтэлд өртөж байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй

СҮРЬЕЭ (15-аас доош насны хүүхдэд асран хамгаалагчаас асууна)

Сүрьеэгийн шинж тэмдэг ба зовиур

Танд дараах зовиур/шинж тэмдэг илэрч байна уу?

1.Ханиалгах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
2.Халуурах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
3.Цустай цэр гарах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
4.Шөнө хөлрөх	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
5.Шалтгаангүйгээр турах	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
6.Бусад	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй

Сүрьеэгийн тархвар судлал

1.Та өмнө нь сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
2.Танай гэр бүлээс хэн нэгэн сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
3.Таны хамаатан садны дундаас сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
2. Таны ажил\ сургуулийн хамт олны дунд сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй

Цээжний рентген шинжилгээ

Рентген шинжилгээнд хамрагдсан эсэх	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
Дүгнэлт:	<input type="radio"/> Хэвийн авах <input type="radio"/> Өөрчлөлттэй – цэр авахгүй <input type="radio"/> Өөрчлөлттэй – цэр	
Цэрний сорьц өгсөн эсэх	<input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй	Цэрний түрхцийн шинжилгээний хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй

Оношийн баталгаажилт

1. Сүрьеэ өвчтэй
2. Сүрьеэ өвчингүй
3. Өвчний сэжигтэй

В ВИРУСТ ХЕПАТИТ (15-18 нас хүртэл)

В вирус хепатит халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх 1.Тийм 2.Үгүй 3.Мэдэхгүй	HBsAg хурдавчилсан оношлуурын хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй 4. Сул эерэг	Оношийн баталгаажилт 1. В вирус хепатитийн халдвартай 2. В, Дельта вирус хепатитийн хавсарсан халдвартай 3. В, С вирус хепатитийн хавсарсан халдвартай 4. В вирус хепатитийн халдваргүй 5. Өвчний сэжигтэй
---	---	---

С ВИРУСТ ХЕПАТИТ (15-18 нас хүртэл)

Хепатит С вирусийн халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх 1.Тийм 2.Үгүй 3.Мэдэхгүй	antiHCV хурдавчилсан оношлуурын хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй 4. Сул эерэг	Оношийн баталгаажилт 1. Хепатит С- вирусийн халдвартай 2. Хепатит С- вирусийн халдваргүй 3. Өвчний сэжигтэй
--	---	--

БЗДХ – ТЭМБҮҮ (15-18 нас хүртэл)

Тэмбүү өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх 1.Тийм 2.Үгүй 3.Мэдэхгүй	Тэмбүү хурдавчилсан оношлуурын хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт 1. Тэмбүү өвчнөөр ШИНЭЭР өвдсөн өвчтөн 2. Тэмбүү өвчингүй 3. Тэмбүү өвчнөөр өмнө нь өвчилж байсан 4. Өвчний сэжигтэй
---	--	---

V. ЭМЧИЙН ЕРӨНХИЙ ДҮГНЭЛТ

Доорх сонголтуудаас тус өвчтөнд тохирох мэдээллийг сонгож, шаардлагатай хэсэгт эмчийн дүгнэлтийг бичнэ.

№	Эмчийн дүгнэлт	Шинэ	Хуучин	Авсан арга хэмжээ					
				Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх	Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах	Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах	Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах	Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах	Бусад
1	Эрүүл								
2	1. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	2. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	3. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	4. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	5. Өвчний онош: ICD10 код _____								

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____

_____ /гарын үсэг/

НАСАНД ХҮРЭГЧДИЙН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН МАЯГТ (18 ба түүнээс дээш нас)

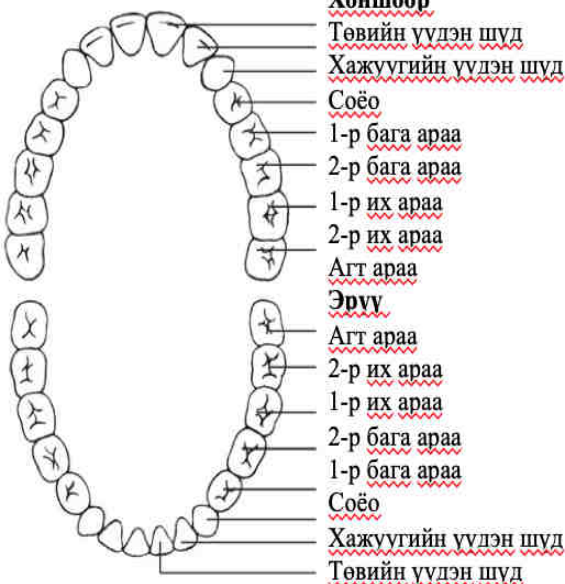
Үзлэг хийсэн он... сар... өдөр

3. ХҮН АМ ЗҮЙН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Эмнэлгийн нэр, лого		РД	<input type="text"/>	
		Ургийн овог:		
Эцэг, эхийн нэр:		Өөрийн нэр:		
Төрсөн он / сар / өдөр		Оршин суугаа хаяг:	Харъяалал:	
Нас []	Хүйс: <input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Харъяалалтай байнгын оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалгүй байнгын оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалтай түр оршин суугч <input type="checkbox"/> Харъяалалгүй түр оршин суугч <input type="checkbox"/> Бүртгэлгүй иргэн	
		Утасны дугаар: _____		
Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын боловсрол <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	Гэрлэлтийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй гэр бүлтэй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	Хөдөлмөр эрхлэлт: 1. Цалин хөлстэй ажиллагч 2. Ажил олгогч 3. Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч 4. Нөхөрлөл хоршооны гишүүн 5. Мал аж ахуй эрхлэгч 6. Өрхийн үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд цалин хөлсгүй ажиллагч гишүүн Бусад /бичнэ/	Хөдөлмөр эрхлэхгүй шалтгаан: 1. Сургуульд сурдаг 2. Тэтгэвэрт 3. Хөдөлмөр эрхлэх чадваргүй 4. Гэрийн ажилтай 5. Тохирох ажил олдохгүй 6. Ажил хайж байгаа 7. Ажиллах сонирхолгүй 8. Бусад /бичнэ/	
Ажил, мэргэжил.....		Ажилладаг салбар, чиглэл.....		
Орон сууцны байдал:				
<input type="checkbox"/> Гэр, сууц		<input type="checkbox"/> Орон сууцны байшин		<input type="checkbox"/> Бие даасан тохилог сууц
<input type="checkbox"/> Оюутан сурагчдын нийтийн байр		<input type="checkbox"/> Ажиллагчдын нийтийн байр		<input type="checkbox"/> Сууцны тусдаа байшин
<input type="checkbox"/> Нийтийн зориулалтын бусад байр		<input type="checkbox"/> Зориулалтын бус сууц		<input type="checkbox"/> Бусад

II. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Өндөр см /10-тын орны бутархай оруулах/ Жин кг /10-тын орны бутархай оруулах/ Бүсэлхийн тойргийн (БТ) хэмжээ см /10-тын орны бутархай оруулах/	Биеийн жингийн индекс: (БЖИ=Жин(кг)/Өндөр ² (см)) 1.Туранхай (<18.5) 2.Хэвийн жинтэй (18.5-24.9) 3.Илүүдэл жинтэй (25.0-29.9) 4.Таргалалт I (30.0-34.9) 5.Таргалалт II (35.0-39.9) 6.Таргалалт III (≥40.0)	Тамхи татдаг эсэх: 1. Тийм Тамхи татаж эхэлсэн нас 2. Үгүй Өдөр бүр тамхи татдаг эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Хааяа
Та сүүлийн 30 хоногт архи, согтууруулах ундаа хэрэглэсэн үү? 1. Тийм 2. Үгүй	Долоо хоногийн хэдэн өдөрт шинэ жимс, ногоо хэрэглэдэг вэ? 1. 7 хоногийн 1-2 өдөрт 2. 7 хоногийн 3-4 өдөрт 3. 7 хоногийн 5-6 өдөрт 4. Өдөр бүр 5. Хэрэглэдэггүй	7 хоногийн 5-аас доошгүй өдөр 30 минутаас багагүй хугацаанд идэвхтэй хөдөлгөөн хийдэг эсэх? 1. Тийм 2. Үгүй 3. Хааяа

Жирэмсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй <input type="checkbox"/> Хариулахаас татгалзсан		
Амны хөндий: Одоо байгаа шүдний тоо _____ <input type="checkbox"/> Эрүүл <input type="checkbox"/> Эрүүл бус		
<input type="checkbox"/> Буйлны үрэвсэл (шүдээ угаахад цус гардаг эсэх) <input type="checkbox"/> Амны салстад шарх үүсдэг <input type="checkbox"/> Авагддаг шүдэлбэр зүүдэг (хиймэл шүд: хуванцар, уян хуванцар) <input type="checkbox"/> Шүдэлбэрийн таарамж сайн, дунд, муу (доогуур нь зурж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Авагддаггүй шүдэлбэр (гүүрэлсэн шүдэлбэр, бүрээс, шаазан бүрээс, имплант гэх мэт) доогуур нь зурж тэмдэглэ) <input type="checkbox"/> Бусад		
	ЦЛАШүдний үзүүлэлт: <input type="checkbox"/> Цоорсон <input type="checkbox"/> Ломбодсон <input type="checkbox"/> Авагдсан Шүдний цоорлын олон улсын үзүүлэлт (ICDAS II-харж оношлох систем): 0 – Эрүүл 1 – Паалангийн толбо 2 – Паалангийн гүн толбо 3 – Паалан хэсэгчлэн эмтэрсэн 4 – Тугалмай түвшинд цоорсон 5 – Тугалмайн гүнд цоорсон 6 -Тугалмай ил гарч гүн цоорсон <input type="checkbox"/> Эмчилгээ шаардлагатай шүдний тоо _____	Тайлбар: 1. ЦЛАШ (цоорсон, ломбодсон, авагдсан тэмдэглэгээг Ц, Л, А үсгээр шүд тус бүрт тэмдэглэнэ) 2. Дээрх үзүүлэлтийн хажууд цоорлын түвшинг харж тодорхойлж бичнэ. Жиш: Ц1, Ц6, Ц4 гэх мэт. 3. Эмчилгээ шаардлагатай шүд хэсэгт цоорсон бүх шүдний тоог бичиж тэмдэглэнэ. 4. Шүдэлбэрийг тухайн зурган дээр тоймлон зурж тэмдэглэнэ. Жиш: хиймэл шүд бүхий хэсгийн дугуйлан тэмдэглэнэ

III. ХАЛДВАРТ БУС ӨВЧНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

АРТЕРИЙН ГИПЕРТЕНЗИ (18 ба түүнээс дээш)		
Та сүүлийн 1 жилийн хугацаанд цусны даралтаа хэмжүүлсэн үү? 1. Тийм 2. Үгүй	Цусны даралт хэмжилтийн үр дүн: 1. Хэвийн (СД<120; ДД<80) 2. Ихэссэн 120-129/80 3. 1-р зэрэг 130-139/80-89 4. 2-р зэрэг >140/>90	Артерийн гипертензи онош батлагдсан эсэх: 1. Артерийн гипертензитэй 2. Артерийн гипертензигүй 3. Артерийн гипертензитэй байх сэжигтэй
ЧИХРИЙН ШИЖИН (40 ба түүнээс дээш)		
Цусан дахь сахарын хэмжээ ихэссэн эсвэл чихрийн шижин өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Цусан дахь сахарын хэмжээг хурдавчилсан оношлуураар хэмжсэн үр дүн: 1. Өлөн үеийн – Хэвийн (<5.6 ммоль/л) 2. Өлөн үеийн – Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчтэй байж болзошгүй (≥5.6 ммоль/л) 3. Өлөн биш үеийн – Хэвийн (<7.8 ммоль/л) 4. Өлөн биш үеийн – Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчтэй байж болзошгүй (≥7.8 ммоль/л)	Чихрийн шижин хэв шинж 2 онош батлагдсан эсэх: 1. Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчтэй 2. Чихрийн шижин хэв шинж 2 өвчингүй 3. Чихрийн шижин хэв шинж 2 байх сэжигтэй
ЦУСАН ДАХЬ ХОЛЕСТЕРИНЫ ТҮВШИН (40 ба түүнээс дээш)		
Цусан дахь холестерин хэмжээ ихэссэн гэж оношлогдсон эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Цусан дахь холестерин хэмжээ: 1. Хэвийн (<5.0 ммоль/л; <190мг/дл) 2. Хэвийн бус (≥5.0 ммоль/л (≥190мг/дл))	Цусан дахь холестерин түвшин ихэссэн нь баталгаажсан эсэх: 1. Цусан дахь холестерин түвшин их 2. Цусан дахь холестерин түвшин их биш 3. Цусан дахь холестерин түвшин их байж болзошгүй

ХӨХНИЙ ХАВДАР (30-60 нас)		
Хөхөө өөрөө шалгадаг эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй	Үзлэгийн үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Хөхний хавдартай 2. Хөхний хавдаргүй 3. Хөхний хавдартай байх сэжигтэй
УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ХАВДАР (30-60 нас)		
Умайн хүзүүний хавдрын шинжилгээнд хамрагдаж байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Үзлэгийн үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Умайн хүзүүний хавдартай 2. Умайн хүзүүний хавдаргүй 3. Умайн хүзүүний хавдартай байх сэжигтэй
ТҮРҮҮ БУЛЧИРХАЙН ХАВДАР (50 ба түүнээс дээш)		
Түрүү булчирхайн хавдрын шинжилгээнд хамрагдаж байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Үзлэгийн үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1.Түрүү булчирхайн хавдартай 2.Түрүү булчирхайн хавдаргүй 3.Түрүү булчирхайн хавдартай байх сэжигтэй
ЗҮРХНИЙ ЦАХИЛГААН БИЧЛЭГ (ЗЦБ) (40 ба түүнээс дээш)		
Мобайл ЗЦБ-ийн үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 2.1 Хэм алдалт 2.2 Ишемийн өөрчлөлт 2.3 Бусад 3. Эргэлзээтэй	Суурин ЗЦБ-ийн үр дүн: (Сум, өрхийн ЭМТ дээрх) 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус 2.1 Хэм алдалт /тахикарди, брадикарди, хориг/ 2.2 Ишемийн өөрчлөлт /цус хомсрол, инфаркт/ 2.3 Ховдлын томрол 2.4 Тосгуурын томрол 2.5 Бусад	Оношийн баталгаажилт: 1. Өвчтэй (Өвчний ОУ-ын ангиллаар) 2. Эрүүл 3. Өвчний сэжигтэй
ХЭТ АВИАН (ЭХО) ОНОШИЛГОО (40 ба түүнээс дээш)		
Мобайл ЭХО – ны үр дүн: 4. Хэвийн 2. Хэвийн бус буюу өөрчлөлт илэрсэн эрхтэн (олон хувилбарт сонголттой) 2.1 Элэг 2.2 Цөс 2.3 Нойр булчирхай 2.4 Дэлүү 2.5 Бөөр (баруун) 2.6 Бөөр (зүүн) 2.7 Түрүү булчирхай 2.8 Хэвлий дэх шингэн 2.9 Бусад	Суурин ЭХО – ны үр дүн: 1. Хэвийн 2. Хэвийн бус буюу өөрчлөлт илэрсэн эрхтэн (олон хувилбарт сонголттой) 2.1 Элэг 2.2 Цөс 2.3 Нойр булчирхай 2.4 Дэлүү 2.5 Бөөр (баруун) 2.6 Бөөр (зүүн) 2.7 Түрүү булчирхай 2.8 Хэвлий дэх шингэн 2.9 Бусад	Оношийн баталгаажилт: 1. Өвчтэй (Өвчний ОУ-ын ангиллаар) 2. Эрүүл 3. Өвчний сэжигтэй
Дээрх шалтгаануудаас бусад өвчлөл илэрсэн эсэх? 1. Тийм 2. Үгүй (Тийм бол бичих)		

IV. ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ

СҮРЬЕЭ (18 ба түүнээс дээш)		
Сүрьеэгийн шинж тэмдэг ба зовиур		
Танд дараах зовиур \шинж тэмдэг илэрч байна уу?		
1.Ханиалгах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
2.Халуурах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
3.Цустай цэр гарах	<input type="radio"/> Тийм бол хэд хоног?	<input type="radio"/> Үгүй
4.Шөнө хөлрөх	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
5.Шалтгаангүйгээр турах	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй

6.Бусад	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
Сүрьеэгийн тархвар судлал		
1.Та өмнө нь сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
2.Танай гэр бүлээс хэн нэгэн сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
3.Таны хамаатан садны дундаас сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
4. Таны ажил\ сургуулийн хамт олны дунд сүрьеэгээр өвчилж байсан уу?	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
Цээжний рентген шинжилгээ		
Рентген шинжилгээнд хамрагдсан эсэх:	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
Дүгнэлт:	<input type="radio"/> Хэвийн	<input type="radio"/> Өөрчлөлттэй – цэр авахгүй
Цэрний сорьц өгсөн эсэх:	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
		Цэрний түрхцийн шинжилгээний хариу 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй
Оношийн баталгаажилт: 1. Сүрьеэ өвчтэй 2. Сүрьеэ өвчингүй 3. Өвчний сэжигтэй		
В ВИРУСТ ХЕПАТИТ (18 ба түүнээс дээш)		
В вирус хепатит халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	HBsAg хурдавчилсан оношлуурын хариу: 1. Эерэг (+) 2. Сул эерэг 3. Сөрөг (-) 4. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. В вирус хепатитийн халдвартай 2. В, Дельта вирус хепатитийн хавсарсан халдвартай 3. В, С вирус хепатитийн хавсарсан халдвартай 4. В вирус хепатитийн халдваргүй 5. Өвчний сэжигтэй
С ВИРУСТ ХЕПАТИТ (18 ба түүнээс дээш)		
Хепатит С вирусийн халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх: 1.Тийм 2.Үгүй 3.Мэдэхгүй	antiHCV хурдавчилсан оношлуурын хариу: 1. Эерэг (+) 2. Сул эерэг 3. Сөрөг (-) 4. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Хепатит С- вирусийн халдвартай 2. Хепатит С- вирусийн халдваргүй 3. Өвчний сэжигтэй
ХҮНИЙ ДАРХЛАЛ ХОМСДОЛЫН ВИРУС (ХДХВ)-ИЙН ХАЛДВАР (18 ба түүнээс дээш)		
ХДХВ-ын хурдавчилсан оношлуурын үр дүн: 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй		Оношийн баталгаажилт: 1. ХДХВ-ийн халдвартай 2. ХДХВ-ийн халдваргүй 3. Өвчний сэжигтэй
БЗДХ – ТЭМБҮҮ (18 ба түүнээс дээш)		
Тэмбүү өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Тэмбүү хурдавчилсан оношлуурын хариу: 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Тэмбүү өвчнөөр ШИНЭЭР өвдсөн өвчтөн 2. Тэмбүү өвчнөөр өмнө нь өвчилж байсан 3. Тэмбүү өвчингүй 4. Өвчний сэжигтэй
ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОР (H. PYLORI)-ИЙН ХАЛДВАР (40 ба түүнээс дээш)		
Хеликобактер Пилорийн халдвартай гэж оношлогдож байсан эсэх: 1. Тийм 2. Үгүй 3. Мэдэхгүй	Хеликобактер Пилорийн хурдавчилсан оношлуурын хариу: 1. Эерэг (+) 2. Сөрөг (-) 3. Эргэлзээтэй	Оношийн баталгаажилт: 1. Хеликобактер Пилорийн халдвартай 2. Хеликобактер Пилорийн халдваргүй 3. Өвчний сэжигтэй

V. НАСТАНД ИЛРҮҮЛЭГ ХИЙХ ХУРААНГУЙЛСАН АСУУМЖ

55 ба түүнээс дээш насны эмэгтэйчүүд, 60 ба түүнээс дээш насны эрэгтэйчүүдийг оруулан тооцно.

№	Асуумж	Тэмдэглэл
1	Сонсгол: Бусдын ярьж байгааг сонсоход танд хүндрэл гардаг уу?	Тийм/Үгүй
2	Хараа: Телевиз үзэх, юм унших, өдөр тутмын ажил хийхэд хараа муугаас танд бэрхшээл тохиолддог уу?	Тийм/Үгүй
3	Шээсээ барьж чадахгүй байх: Танд сүүлийн 6 сарын дотор шээсээ барьж чадаагүй тохиолдол гарсан уу?	Тийм/Үгүй
4	Та хир ойрхон өтгөнөө гаргадаг вэ?	Өдөр бүр 7хоногт ...удаа
5	Хоол тэжээл: Сүүлийн 6 сарын дотор 5кг-аас илүү турсан уу?	Тийм/Үгүй
6	Залгих: Танд юм залгихад бэрхшээл гардаг уу?	Тийм/Үгүй
7	Унах: Сүүлийн 3 сарын дотор явганаас унаж ойчсон уу?	Тийм/Үгүй
8	Сэтгэл гутрал: Та ойр ойрхон сэтгэлээр унаж, уйтгарладаг уу?	Тийм/Үгүй
9	Зан байдал (сувилагч, ойр дотныхны ажиглалтаар): тайван бус/ идэвхгүй/ бусад	

2-оос дээш асуултанд "Тийм" гэж хариулсан тохиолдолд настны эрүүл мэндийг хэвийн бус гэж үзнэ.

VI. ЭМЧИЙН ЕРӨНХИЙ ДҮГНЭЛТ

Доорх сонголтуудаас тус өвчтөнд тохирох мэдээллийг сонгож, шаардлагатай хэсэгт эмчийн дүгнэлтийг бичнэ.

№	Эмчийн дүгнэлт	Шинэ	Хуучин	Авсан арга хэмжээ					
				Амьдралын хэв маягаа өөрчлөх	Өрх, сумын ЭМТ-д хяналтанд авах	Өрх, сумын ЭМТ-д эмчилгээнд хамрагдах	Дээд шатлалын эмнэлэгт онош баталгаажуулах	Дээд шатлалын эмнэлэгт эмчилгээнд хамрагдах	Бусад
1	Эрүүл								
2	1. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	2. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	3. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	4. Өвчний онош: ICD10 код _____								
	5. Өвчний онош: ICD10 код _____								

Үзлэг хийсэн байгууллага: _____

Эмчийн нэр: _____

_____ /гарын үсэг/

ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН ХУУДАС

Өрх, сумын эмч /өрхийн сувилагч/ Бага эмч/ (зур)

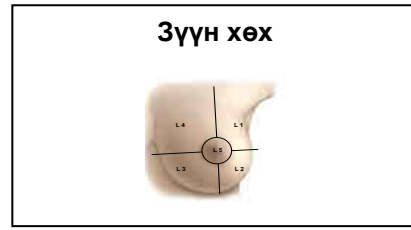
1. Эмнэлгийн нэр, код

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

2.РД

3.Эцэг, эхийн нэр:		4.Өөрийн нэр:	
5.Төрсөн он сар өдөр	7. Гэр бүлийн байдал:	8. Боловсрол:	9. Мэргэжил:
6. Нас [<input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	<input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	10.Албан тушаал 11.Ажлын газар
12. Тогтмол хаяг:		13. Асуумжийн хэсэг:	
Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот Утас: _____		Та урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж эмчлүүлж байсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэрэв тийм бол хэдэн онд өвдсөн бэ? 14. Ямар эмчилгээ хийгдсэн бэ? (Олон сонголттой байж болно) <input type="checkbox"/> Мэс засал эмчилгээ <input type="checkbox"/> Туяа эмчилгээ <input type="checkbox"/> Хими эмчилгээ <input type="checkbox"/> Хөнгөвчлөх эмчилгээ <input type="checkbox"/> Эмчилгээ хийгдээгүй	
15.Таны ойрын төрөл садангаас (ээж, эгч, охин дүү) хэн нэгэн нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Хэрэв тийм бол:			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
Овог Нэр.....РД			
16.Үзлэгийн хэсэг:			
Үзлэг хийсэн огноо: он сар өдөр			
Үзлэгийн хэлбэрүүдийн аль тохирохыг тэмдэглэнэ үү(Олон хариулт сонгож болно, тохирох хариултын нүдэнд <input checked="" type="checkbox"/> тэмдэглэнэ үү)			
1.Умайн хүзүүний өмөнгийн илрүүлэгтэй зэрэгцэн хийгдэж буй хөхний өмөнгийн илрүүлэг үзлэг			
2.Боломжит илрүүлгийн бусад хэлбэр: Хөхний өмөнгөөр өвдөх өндөр эрсдэлтэй бүлгийн илрүүлэг			
2а.Урьд нь хөхний өмөнгөөр өвдөж байсан			
2б.Ойрын садан төрөл нь өвдөж байсан удамшилын өгүүлэлтэй			
2в.Бусад			
3.Илрүүлэг үзлэг бус, эмнэлзүйн шалтгаанаар үзүүлэхээр ирсэн			
3а.Хөхөө өөрөө тэмтрэх аргаар үзэхэд бэрсүү илэрсэн			
3б.Бусад			
17.Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хөхний эмнэлзүйн аргаар үйлчлүүлэгчийн хөхийг үзэхэд өөрчлөлт илэрсэн эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			

Хэрэв Тийм бол, эмгэг өөрчлөлт илэрсэн хэсгийг зураг дээрх тэмдэглэгээнээс харж, хүснэгтэд тэмдэглэнэ үү. (Тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)



Шинж тэмдэг	Зураг дээрх байршлын дугаар										
	Баруун хөх					Зүүн хөх					
	R1	R2	R3	R4	R5	L1	L2	L3	L4	L5	
Нүдээр харах, тэмтрэхэд хэвийн байх											
Хөхөнд бэрсүүтэй, хэмжээ (мм)											
Арьс татагдах											
Цээжний хана руу тархаж, наалдацтай болох											
Жүржийн хальсны шинж тэмдэг (шархлах)											
Хөхний толгой татагдах											
Хөхний толгойноос шүүрэл гарах											
18.Тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ /хөдөлгөөнтэй/ <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ /орчны эдтэйгээ наалдацтай/ <input type="checkbox"/> үнэлэх боломжгүй											
19.Тунгалгийн булчирхай тэмтрэгдэж байгаа бол байрлалыг тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү.											
Байршлын дугаар											
R – Баруун тал				L – Зүүн тал							
Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний
R6	R7	R8	R9	L6	L7	L8	L9				

20. Үзлэг хийсэн эмч/сувилагчийн, дугаар _____ /

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

Заавар: Тодруулсан асуултууд (асуулт 15-17) Эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулах асуултууд байх болно. Бусад задгай хариулт бүхий асуултуудыг эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулахгүй.

Байршлын дугаарыг зургаас харна уу	Нүдээр харах тэмтрэхэд хэвийн байна уу	Бэрсүү байна уу		Бэлэгдсэн /хөдөлгөөн/ байдал		Жүржийн хальсны шинж /арьсны шархлаа/ зангилаа	Хөхний толгой цааш татагдсан	Хөхний толгойноос шүүрэл гарах	
		Тийм/ Үгүй	Тийм/ Үгүй	Хэмжээ /mm/	Арьс				Цээжний хана
					Тийм/ Үгүй				Тийм/ Үгүй
Баруун	R1								
	R2								
	R3								
	R4								
	R5								
Зүүн	L1								
	L2								
	L3								
	L4								
	L5								
15.Тунгалгийн булчирхай: <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэхгүй <input type="checkbox"/> тэмтрэгдэнэ <input type="checkbox"/> үнэлэх боломжгүй									
16.Хэрэв тэмтрэгдэж байвал: дараах хэсэгт тэмдэглэнэ үү,									
Байршлын дугаар									
R – Баруун тал					L – Зүүн тал				
Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний		Суганы	Эгэмний дээд	Эгэмний доод	Хүзүүний	
R6	R7	R8	R9		L6	L7	L8	L9	

17.Хийгдсэн мэс ажилбар (Тохирох хариултын нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү)

Хийгдсэн үйлдэл	Зургийг ашиглан байрлалыг тодорхойлох																	
	Баруун хөх					Зүүн хөх					Тунгалагийн булчирхай -баруун талд				Тунгалагийн булчирхай - зүүн талд			
	R1	R2	R3	R4	R5	L1	L2	L3	L4	L5	R6	R7	R8	R9	L6	L7	L8	L9
Хатгалт хийж эсийн шинжилгээ авсан																		
Хатгалт хийж эдийн шинжилгээ авсан																		
Зүсэлт хийж эдийн шинжилгээ авсан																		
Мэс заслын аргаар эдийн шинжилгээ авсан																		

Маммографи шинжилгээний маягт

Мэс заслын эмч/ Рентген оношлогооны эмч

1. Эмнэлэгийн нэр, код			2.РД												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															
3.Эцэг, эхийн нэр:			4.Өөрийн нэр:												
5.Төрсөн он сар өдөр	8. Боловсрол:		9. Тогтмол хаяг:												
6. Нас []	<input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор		Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот												
7.Гэр бүлийн байдал:	<input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн														
10. Мэргэжил:	11.Албан тушаал	12 .Ажлын газар													
13.Шинжилгээ хийсэн огноо: он сар өдөр															
14.Шинжилгээний дүгнэлт (Тохирох өөрчлөлтийн нүдэнд ✓ тэмдэглэнэ үү, олон хариулттай байж болно)															
Хэвийн															
Фиброз - уйланхай															
Хөхний толгой татагдсан															
Арьсанд наалдаж, хөдөлгөөнгүй болсон															
Булчирхайн суваг шохойжсон															
Завсрын эд шохойжсон															
Булчирхайн сувгууд олширч, хэлбэр дүрсээ алдсан															
Эмгэг сүүдэр илэрсэн															
Бүтэц:		1 өнгөтэй <input type="checkbox"/>	1 төрлийн бус, жигд бус <input type="checkbox"/>												
Ирмэг хүрээ :		Тод <input type="checkbox"/>	Тод бус <input type="checkbox"/>												
Эрүүл эд хамарсан :		Тийм <input type="checkbox"/>	Үгүй <input type="checkbox"/>												
15. Авсан арга хэмжээ :															
<input type="checkbox"/> Хэвийн бус гэсэн дүгнэлт өгсөн тул үйлчлүүлэгчийг Мэс заслын эмчид эргэн хандахыг зөвлөсөн															
<input type="checkbox"/> Хэвийн гэсэн дүгнэлт өгсөн тул үйлчлүүлэгчид зөвлөгөө өгсөн <input type="checkbox"/>															
16 Шинжилгээний дүгнэлт гаргасан эмчийн нэр, дугаар / _____ /															

Заавар: Энэхүү маягтын **А** (1-12 асуулт) хэсгийг мэс заслын болон хавдрын эмч бөглөн үйлчлүүлэгчийг уг маягтын хамт маммограммын аппарат бүхий дүрс оношлогооны кабинетад илгээнэ. Рентген оношлогооны эмч үргэлжлүүлэн бөглөж, шинжилгээний дүгнэлтийг тэмдэглэн, маягтыг цаасаар аймаг, дүүргийн Хавдар бүртгэгчид илгээнэ.

Энэ маягтын эх хувь нь хадгалах хугацааны туршид Хавдар бүртгэгчид хадгалагдана.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 30-ны
өдрийн А/611 дүгээр тушаалын арваннэгдүгээр хавсралт
Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт ЭИМ-5.1

УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН ХУУДАС

Өрх, сумын эмч /өрхийн сувилагч/ Багийн бага эмч/ эх баригч (зур)

1.Наац илгээсэн эмнэлэгийн нэр, код

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

2.РД

3.Эцэг, эхийн нэр:		4.Өөрийн нэр:	
5.Төрсөн он сар өдөр	7. Гэр бүлийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	8. Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	9. Мэргэжил: 10. Албан тушаал, ажлын газар
6. Нас []			
11.Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот Утас: _____		12.Асуумж, үзлэгийн хэсэг: <input type="checkbox"/> Эхний удаагийн хамрагдалт <input type="checkbox"/> Пап шинжилгээ давтан авах зорилгоор <input type="checkbox"/> Жирэмсний тээлтийн эхний 3сар <input type="checkbox"/> Жирэмсний тээлтийн эхний 6сар <input type="checkbox"/> Жирэмсний тээлтийн сүүлийн 3сар <input type="checkbox"/> Бусад боломжит илрүүлэг <input type="checkbox"/> Илрүүлэг бус, бусад шалтгааны улмаас үзлэгт хамрагдсан	
13.Асуумж, үзлэгийн хэсэг: Цэвэршсэн эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Тийм бол хэдэн онд Сүүлийн биеийн юм ирсэн эхний өдөр: он сар өдөр			
14.Хүний папиллом вирусийн вакцин хийлгэсэн эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
15. Жирэмслэлт, төрөлтийн байдал: Жирэмслэлтийн тоо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Төрөлтийн тоо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Үр хөндөлтийн тоо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Зулбалтын тоо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16.Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэглэдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Дааврын эм <input type="checkbox"/> Ерөндөг <input type="checkbox"/> Тарилга	17.Урьд нь хийгдсэн умайн хүзүүний эсийн шинжилгээний дүгнэлт байна уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Тийм бол хугацаа болон хариуг бичнэ үү	18.Үзлэгээр умайн хүзүүний харагдах байдал: <input type="checkbox"/> Цэвэр <input type="checkbox"/> Улайлттай

	<input type="checkbox"/> Суулгац <input type="checkbox"/> Бэлгэвч <input type="checkbox"/> Хавсарсан арга <input type="checkbox"/> Хэрэглэдэггүй	<input type="checkbox"/> Шархтай <input type="checkbox"/> Цэврүүтэй <input type="checkbox"/> Хавдрын сэжигтэй
--	---	----------------	---

Умайн хүзүүний эсийн шинжилгээ авахыг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг
 /...../...../...../

19.Сорьц авсан огноо : он сар өдөр Авсан эмчийн нэр,гарын үсэг,.....

20.Сорьц илгээсэн огноо : он сар өдөр

21 .Хүний папиллом вирусийн илрүүлэх шинжилгээний сорьц авсан :
 Он сар өдөр Авсан эмчийн нэр,гарын үсэг,.....

22.Дээрх сорьц илгээсэн огноо : он сар өдөр

23.Эс судлалын шинжилгээний хэсэг

Пап наац хүлээж авсан эмнэлгийн нэр, код ,.....,Шинжилгээний дугаар

Пап наац хүлээн авсан огноо: он сар өдөр

24.Наац шаардлага хангасан эсэх: Шаардлага хангасан Шаардлага хангаагүй

<p>25.Шаардлага хангаагүй бол</p> <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (цус ихтэй) <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (эс цөөн, халдвар зур) <input type="checkbox"/> Дүгнэлт гарах боломжгүй (бусад-агаарт хатаагдсан))	<p>26.Эндоцервикал эс байна уу?</p> <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	<p>27.Бэлгийн замын халдвар:</p> <input type="checkbox"/> Трихоминад <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> Кокобацилл <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Мөөгөнцөр	<p>28.Урвалж өөрчлөлт:</p> <input type="checkbox"/> Үрэвсэл <input type="checkbox"/> Атрофи <input type="checkbox"/> Метаплази <input type="checkbox"/> Реактив өөрчлөлт <input type="checkbox"/> Үгүй
---	---	--	---

29.Эсийн шинжилгээний дүгнэлт, онош (Тохирох хариултын нүдэнд √ тэмдэглэнэ үү)

Д/Д	БЕТЕСДА АНГИЛАЛ	
1	Хэвийн	
2	Хэвшинжгүй хавтгай эсүүд – Өөрчлөлт нь тодорхой бус (ASC-US)	
3	Хэвшинжгүй хавтгай эсүүд – Хучуур эдийн дотор хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй (ASC-H)	

4	Хавтгай хучуур эсийн хөнгөн гэмтэц (LSIL)	
5	Хавтгай хучуур эсийн хүнд гэмтэц (HSIL) (CIN II, CIN III, CIS)	
6	Хавтгай хучуурын Байран өмөн (CIS)	
7	Цөмлөн түрсэн өмөн (SCC)	
8	Хэвшинжгүй булчирхайлаг эсүүд (atypical glandular cell -AGUS)	
9	Булчирхайлаг эсийн байран өмөн (adenocarcinoma in situ)	
10	Булчирхайлаг өмөн (adenocarcinoma)	
11	Бусад хорт хавдар	

30. Хүний папиллом вирусийн илрүүлэх шинжилгээний хариу эерэг сөрөг

31. Нэмэлт тэмдэглэл:

32. Эс судлаач эмчийн нэр,

_____ /

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

33. Эсийн шинжилгээний хариу гарсан огноо: (0000/сс/өө]

34. Эсийн шинжилгээний хариуг хүлээлгэн өгсөн огноо:

(0000/сс/өө]

Заавар: Энэхүү маягтын (1-22 дүгээр асуулт) хэсгийг өрх, сумын эмч хөтлөнө.

Эс судлаач эмч 23 дугаар асуулт хэсгээс эсийн шинжилгээний дүгнэлтийг бичиж, тухайн өдөртөө багтаан эргэн дуудах тогтолцооны програмд шивж оруулна. Бүртгэлийн маягтуудыг цуглуулан долоо хоногт нэг удаа аймаг, дүүргийн статистикч (ХБА) эмчид цаасаар илгээнэ.

УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГ ҮЗЛЭГИЙН ХУУДАС

Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмч

1.Эмнэлэгийн нэр, код

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

		2.РД	
3.Эцэг, эхийн нэр:		4.Өөрийн нэр:	
5.Төрсөн он сар өдөр	7. Гэр бүлийн байдал: <input type="checkbox"/> Огт гэрлээгүй <input type="checkbox"/> Батлуулсан <input type="checkbox"/> Батлуулаагүй <input type="checkbox"/> Тусгаарласан <input type="checkbox"/> Цуцалсан <input type="checkbox"/> Бэлбэсэн	8. Боловсрол: <input type="checkbox"/> Боловсролгүй <input type="checkbox"/> Бага <input type="checkbox"/> Суурь боловсрол <input type="checkbox"/> Бүрэн дунд <input type="checkbox"/> Мэргэжлийн болон техникийн <input type="checkbox"/> Дипломын <input type="checkbox"/> Бакалавр <input type="checkbox"/> Магистр <input type="checkbox"/> Доктор	9. Мэргэжил: 10.Албан тушаал, ажлын газар
6. Нас			
11.Тогтмол хаяг: Аймаг/хот: _____ Сум/дүүрэг: _____ Баг/хороо: _____ Гудамж/Байшин: _____ Тоот Утас: _____		Асуумжийн хэсэг: 12. Урьд нь өрх, сум тосгоны ЭМТ-д илрүүлэг үзлэгт хамрагдсан уу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй 13.Цэвэршсэн эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй Тийм бол хэдэн онд _____ 14. Сүүлийн биеийн юм ирсэн эхний өдөр: _____ он ____ сар __ өдөр	
15. Жирэмслэлт, төрөлтийн байдал: Жирэмслэлтийн тоо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Төрөлтийн тоо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Үр хөндөлтийн тоо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Зулбалтын тоо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. Зовиур: <input type="checkbox"/> Бэлгийн хавьтлын үед өвдөх <input type="checkbox"/> Бэлгийн хавьтлын дараа цус гарах <input type="checkbox"/> Зовиургүй	17. Үтрээнээс ялгадас гардаг уу? <input type="checkbox"/> Цагаан юм гарах <input type="checkbox"/> Үнэртэй <input type="checkbox"/> Цусархаг <input type="checkbox"/> Идээрхэг <input type="checkbox"/> Гардаггүй	18. Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэглэдэг эсэх: <input type="checkbox"/> Ерөндөг <input type="checkbox"/> Тарилга <input type="checkbox"/> Суулгац <input type="checkbox"/> Бэлгэвч <input type="checkbox"/> Хэрэглэдэггүй
17.Эсийн шинжилгээний дүгнэлт (Бетэсда ангиллаар):			
18. Хүний папиллом вирусийн вакцин хийлгэсэн эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
19. Хүний папиллом вирусийн илрүүлэх шинжилгээ хийлгэсэн эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
20. Тийм бол: <input type="checkbox"/> эерэг <input type="checkbox"/> сөрөг			
21.Эх барих эмэгтэйчүүдийн үзлэг: /олон сонголттой байж болно/			

Үзлэг хийсэн огноо: _____ он ____ сар__ өдөр			
22. Гадна бэлэг эрхтний хөгжил:		23. Умайн хүзүүний харагдах байдал:	
<input type="checkbox"/> Зөв <input type="checkbox"/> Дутуу <input type="checkbox"/> Эмгэгтэй <input type="checkbox"/> Уужим <input type="checkbox"/> Бачуу		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Умайн хүзүүний уулзвар хэсэг бүтэн харагдана <input type="checkbox"/> Уулзвар хэсэг харагдахгүй <input type="checkbox"/> Үрэвсэлтэй <input type="checkbox"/> Шархалсан	
		<input type="checkbox"/> Ур ургацаг харагдана цагийн байрлалд ... хэмжээтэй <input type="checkbox"/> Цайвар тов харагдана ...цагийн байрлалд ... хэмжээтэй <input type="checkbox"/> Хавдрын сэжигтэй ... цагийн байрлалд ... хэмжээтэй	
24. Үтрээний дурангийн шинжилгээ хийсэн үү? <input type="checkbox"/> Хийсэн <input type="checkbox"/> Хийгээгүй			
25. Хэрэв хийсэн бол үтрээн дурангийн шинжилгээ хийх талаар үйлчлүүлэгчид таниулж зөвшөөрөл авсан эмчийн нэр, гарын үсэг /...../			
26. Үтрээн дурангийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../			
27. Үтрээн дурангийн шинжилгээний дүгнэлтийн хэсэг			
Шинжилгээ <input type="checkbox"/> Хангалттай <input type="checkbox"/> Хангалтгүй			
Шилжилтийн бүс <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 1 <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 2 <input type="checkbox"/> Шилжилтийн бүс 3			
Умайн хүзүүний өөрчлөлт:		Үтрээний өөрчлөлт:	
<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хавдар сэжиглэх <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлтүүд		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус <input type="checkbox"/> Хавдар сэжиглэх <input type="checkbox"/> Бусад өөрчлөлтүүд	
Эдийн шинжилгээ авах талбай сонгох боломжтой эсэх: <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
Кольпоскоп шинжилгээний урьдчилсан онош :			
ӨОУА-10			
28. Эдийн шинжилгээ авсан эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй			
29. Хэрэв тийм бол умайн хүзүүний эдийн шинжилгээ хийх талаар үйлчлүүлэгчид таниулж зөвшөөрөл авсан эмчийн нэр, гарын үсэг /...../			
30. Умайн хүзүүний эдийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвшөөрсөн үйлчлүүлэгчийн нэр гарын үсэг /...../			
31. Эдийн шинжилгээнд сорьц илгээсэн огноо:			
32. Эдийн шинжилгээний дүгнэлт:			
Эдийн шинжилгээний дүгнэлт илгээсэн лабораторын нэр, дугаар:			
Эдийн шинжилгээний хариу хүлээн авсан огноо: _____ он ____ сар__ өдөр			
Эдийн шинжилгээний хариу:			
33. (Тохирох хариултын нүдэнд $\sqrt{\quad}$ тэмдэглэнэ үү)			
Д/Д	ДЭМБ-ын ангилал		
1	Онош тогтоох боломжгүй	6	CIS /Байран өмөн /
2	Хэвийн	7	SCC /Цөмлөн түрсэн өмөн/
3	CIN 1	8	Аденокарцинома
4	CIN 2	9	Бусад
5	CIN 3		

34. Эмэгтэйчүүдийн эмчийн дүгнэлт хэсэг

Төгсгөлийн онош: Хэвийн Үрэвсэлтэй CIN1 CIN2-CIN3 Байран өмөн
 Цөмлөн түрсэн өмөн (SCC)

_____ ӨОУА – 10

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

Арга хэмжээ авч эхэлсэн огноо: _____ он ____ сар ____ өдөр

35. Авсан арга хэмжээ:

Давтан шинжилгээ хийх Дараагийн илрүүлэг үзлэгт хамрагдахыг зөвлөсөн
 Шаардлагатай эмийн эмчилгээг зөвлөсөн LEEP Конизаци ХСҮТ-д эмчилгээ
хийлгэхийг зөвлөсөн Давтан хамрагдалт

36. Зөвлөмж, тэмдэглэгээ

_____ /

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

Заавар: Энэхүү маягыг үзлэг хийсэн тухайн өдөрт нь Эргэн дуудах тогтолцооны програмд шивж оруулна. Давтан авсан эсийн болон эдийн шинжилгээний хариу гарсны дараа дүгнэлтээ гаргаж, үлдсэн асуултуудыг бүрэн бөглөсний дараа маягыг програмд оруулан, цаасаар аймаг, дүүргийн статистикч (ХБА) эмчид илгээнэ..

Жич: Үйлчлүүлэгч өрх, сумын эрүүл мэндийн төвдөө үзүүлээгүй шууд эмэгтэйчүүдийн кабинетаар үйлчлүүлж, зөвхөн эсийн шинжилгээ авсан тохиолдолд ЭИМ-3- г хөтөлнө.

-Түүнчэн төрөлжсөн мэргэжлийн төв, тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдэд эрт илрүүлэг үзлэг хийсэн хийсэн тохиолдолд эх барих эмэгтэйчүүдийн эмчийн хөтлөх маягыг хөтөлж, Эргэн дуудах тогтолцооны програмд оруулан мэдээллийн сан үүсгэж, журмйн дагуу мэдээлнэ. Энэхү маягтын дагуу Эрт илрүүлэг эргэн дуудах тогтолцооны програм ажиллах бөгөөд тухай бүрд хөгжүүлэлт хийх болон заавар зөвлөмж өгөх ажлыг ХСҮТ-ийн Хавдрын бүртгэл тандалт эрт илрүүлгийн алба хариуцна.