

ЖУРНАЛ

**учета оперативных вмешательств (операций)
в медицинской организации, оказывающей
медицинскую помощь в стационарных условиях,
в условиях дневного стационара**

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской
деятельности) ОГРН (ОГРНИП)

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 5 августа 2022 г. № 530н

Медицинская документация
Форма № 008/у

Утв. Приказом Министерства
здравоохранения Р.Ф.
от 05.08.2022 г. №530н

ЖУРНАЛ

учета оперативных вмешательств (операций)
в медицинской организации, оказывающей
медицинскую помощь в стационарных условиях,
в условиях дневного стационара

Начат « ____ » _____ 20 ____ г.

Окончен « ____ » _____ 20 ____ г.

Код отделения _____

Оперативное вмешательство (операция) № _____

1. Номер карты пациента _____

2. Фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) _____

3. Пол: мужской - 1, женский - 2

4. Дата рождения: "___" _____ г.

5. Дата оперативного вмешательства (операции): "___" _____ 202__ г.

6. Время начала оперативного вмешательства (операции) _____ час. _____ мин.

время окончания оперативного вмешательства (операции) _____ час. _____ мин.

7. Продолжительность оперативного вмешательства (операции): _____ час. _____ мин.

8. Диагноз до оперативного вмешательства (операции):

8.1. Основное заболевание _____

8.2. Осложнения основного заболевания _____

8.3. Сопутствующие заболевания _____

8.4. Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

8.5. Дополнительные сведения о заболевании _____

9. Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Код оперативного вмешательства (операции) согласно номенклатуре медицинских услуг: _____

10. Оперативное вмешательство (операция):

10.1. Высокотехнологичная медицинская помощь: да, нет.

10.2. С использованием аппаратуры (подчеркнуть): лазерной, криогенной, эндоскопической, рентгеновской

10.3. Кратность оперативного вмешательства (операции): первичная, повторная.

10.4. Микрохирургическое оперативное вмешательство (операция): да, нет.

11. Премедикация (наименование лекарственных препаратов, дозы) _____

11.1. Вид анестезиологического пособия: _____

12. Описание оперативного вмешательства (операции): _____

13. Исход оперативного вмешательства (операции) (подчеркнуть):

благоприятный, летальный (дата и время смерти: " ____ " _____ 202__ г., ____ час. ____ мин.).

14. Операционный материал, взятый на патоморфологическое диагностическое исследование:

15. Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): _____

16. Диагноз после проведения оперативного вмешательства (операции):

16.1. Основное заболевание _____

16.2. Осложнения основного заболевания _____

16.3. Сопутствующие заболевания _____

16.4. Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

16.5. Дополнительные сведения о заболевании _____

17. Оперативное вмешательство (операцию) провели:

Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись):

состав оперирующей бригады:

оперирующий врач _____

ассистирующий врач _____

операционная медицинская сестра _____

состав бригады анестезиологии-реанимации:

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

В журнале прошнуровано, пронумеровано и скреплено

печатью _____ листов / страниц
(нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Ф.И.О., должность, подпись _____

М.П.