

№ от КХС	Обсъден от:		Представен от:
	Име, презиме, фамилия, години	ИЗ №		Кръвна група
Дата:			Изследван от:
Диагноза:			
Обсъден за:		Забележки:	

№ от КХС	Обсъден от:		Представен от:
	Име, презиме, фамилия, години	ИЗ №		Кръвна група
Дата:			Изследван от:
Диагноза:			
Обсъден за:		Забележки:	

Допълнителен лист към ИЗ No

МБАЛ - НКБ ЕАД
ОТДЕЛЕНИЕ ПО СЪРДЕЧНО-СЪДОВА АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

ФИШ ЗА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ

Попълва се от отделението, изискващо консултацията

Име				Възраст
ИЗ No				Начин на плащане
ЕГН	НЗОК No	Клинична пътека №	1. Бюджет 3. ДЗОК 4. Платен	
Диагноза				МКБ

Отделение	Лекар, назначил консултацията		
Описание на исканата консултация		<input type="checkbox"/> спешна	<input type="checkbox"/> планова
Дата	Час	Подпис на лекаря, назначил консултацията	

Попълва се от анестезиолога, осъществил консултацията

Лекар, осъществил консултацията	Подпис
Дата	Час
Продължителност на консултацията (мин.)	

Описание на извършената консултация

<input type="checkbox"/> CPR, при пациент с циркулаторен арест - 99.60	<input type="checkbox"/> Хемодинамичен мониторинг и оценка - 89.61; 89.62; 89.63; 89.64
<input type="checkbox"/> Интубация и поставяне на апаратна вентилация - 96.04	<input type="checkbox"/> Консултация на пациент с IABP - 89.06
<input type="checkbox"/> Поставяне на централен венозен път - 38.93	<input type="checkbox"/> Консултация на пациент с дихателна недостатъчност с или без апаратна вентилация - 89.06
<input type="checkbox"/> Поставяне на артериален път - 38.91	<input type="checkbox"/> Обща интубационна анестезия за диагностични и терапевтични процедури, при които не е предвидена такава -
<input type="checkbox"/> Поставяне на ЦВП за бъбречна диализа - 38.95	<input type="checkbox"/> Краткотрайна i.v. анестезия, без интубация /кардисверзио; дефибрилация/ - 99.62

Резултат от проведената консултация

Допълнителни назначения

№ 7

Приложение № 2 към чл. 6 ал. 1

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА

Дата	За еднократно предписване	За многократно предписване
Министерство на здравеопазването		
Медицински специалист (име) _____		
_____ УИН _____		

<i>(наименование на лечебното заведение)</i>		
Гр. (с.) _____ адрес _____		
Медицински специалист _____ <i>(подпис, печат)</i>		
За _____ <i>(име на пациента, възраст)</i>		
От гр. (с.) _____		
ул. (обл.) _____		
<input type="checkbox"/> бременна жена <input type="checkbox"/> кърмачка <input type="checkbox"/> дете		

№ 9

МЗ		ЛЕКАРСТВЕН ЛИСТ		№ 1053580	Дата	Аптека №	
МБАЛ "НКБ"				Отделение		<input type="checkbox"/> бюджет <input type="checkbox"/> НЗОК <input type="checkbox"/> ЗОФ <input type="checkbox"/> платени <input type="checkbox"/> чужд гражданин	
адрес на лечебното/ здравното заведение							
ЕГН		Трите имена на пациента					
ИЗ	Стая/ легло	Лекарствен продукт, наименование, количество, срок на изписване				Код	Сума
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
Словом:						Всичко:	
Зав. отделение: Име		Изпълнител:		Предал:		Получил:	
(подпис)		(подпис)		(подпис)		(подпис)	
						Таксувал:	
						(подпис)	

МБАЛ "НКБ" - ЕАД

№ 10

Разписка № _____ / _____ 20

Предадох (приех) в пералнята следното бельо _____
_____ клиника (сектор)

Бельо	Пратено	Получено
Чаршафи пликове		
Чаршафи долни		
Сака пижами		
Панталон пижама		
Нощници		
Пелени големи		
Пелени малки		
Калъфки за възглавници		
Камизолки		
Елечета		
Ризички		
Роклички		
Одеала		
Халати		
Престилки персонал		
Панталони персонал		
Кърпи хавлиени		
Пердета		
Туники		
Кърпи за храна		

София, _____ 20 _____ г.

Предал: _____ Приел: _____

(здр. заведение)

ИСКАНЕ

клиника(отг.)

за кръв, кръвни съставки и плазмени биопрепарати

Лекар, поискал кръвта

Кръвта се иска: **по спешност** да, не планово

Да се отпусне посоченото по-долу количество консервирана кръв (кръвни съставки, плазмени биопрепарати) на болния _____

на _____ год. ИЗ №: _____

диагноза _____

кръвна група _____ Rh фактор _____ (фиш № _____ от _____ г. за имунохематолог. изследване)

Стойности на: хемоглобина (хематокрита) _____

Други данни: _____

№	Вид на искания кръвен биопрепарат	ИСКА СЕ			ОТПУСКА СЕ				
		Кръвна група	Коли- чество	Лекар - име и подпис	Кръвна група	№ сак (банка)	Коли- чество	Годност	Стойност
1	Консервирана кръв								
2	Еритроцитен концентрат								
3	Обезлевк. еритр. концентрат								
4	Промит еритроц. концентрат								
5	Тромбоцитен концентрат								
6	Плазма:								
	нативна								
	замразена								
	антихемофилна								
7	Плазмени биопрепарати								
8	Албумин								
9									
								ВСИЧКО:	

Да се направят проби за съвместимост - да не

Искането е за _____ г.

Получено на _____ г. в _____ ч.

Получил искането: _____

Дата и час на експедиране _____

Експедирал кръвта: _____

Получил кръвта: _____

(име, погнус)

Забележка: Искането се попълва в 3 екземпляра.

№ 12

Резултати, заключения и препоръки на специалистите от
приемащото зградно zabezhenie:

Blank area for results and conclusions.

Лакар - Име, гльжност, сl, тeл.

гama

печат, погнлс

Бл. МЗ № 11998

№ 14

Фирма _____	Разрешил излизането _____
Гр. _____	
БУЛСТАТ _____	<small>погпис. печат</small>

ПЪТЕН ЛИСТ

Серия ВТ № **0019300** за дата _____ 200__ г.

Автобус/лек автомобил _____ марка, модел _____ регистрационен № _____ брой места _____

Водач I смяна _____ от _____ ч. _____ мин. до _____ ч. _____ мин.

Водач II смяна _____ от _____ ч. _____ мин. до _____ ч. _____ мин.

Издаде пътни лист: _____ / _____ г.

Време на излизане от гаража _____ ч. _____ м. име и фамилия Време на прибиране в гаража _____ ч. _____ м. дата погпис

Автобусът е технически изправен.

Приех автобуса технически изправен.

Механик: _____ / _____ фамилия погпис

Водач: _____ / _____ фамилия погпис

Проба за алкохол _____ %, фамилия

Водачът е годен да управлява

Общо здравословно състояние - **добро**

Изв. проверката: _____ / _____ фамилия погпис

Автобуса приех:

Автобуса предадох:

Механик: _____ / _____ фамилия погпис

Водач: _____ / _____ фамилия погпис

Километропоказател: начален: _____ краен: _____ изминат пробег: _____

Дата: _____ Приел и проверил пътни лист: _____ (име и фамилия) (погпис)

„Обелиск“ ЕООД 021 978 11 45

14/14

1715

организация _____ ЕИК по Булстат _____

ПРИХОДЕН КАСОВ ОРДЕР № _____ дата _____

Да се приеме от /трите имена/ _____
за/срещу _____

цифром: _____ сумата _____
словом: _____

Касиер _____ Вносител _____ Гл. счетоводител _____
погпис погпис погпис

№ по ред	Приложение		Дебит с/ка	Кредит				Сума
	№	дата		с/ка	подс/ка	статия	партида	
Счетоводител: _____								Всичко: _____

организация _____

КВИТАНЦИЯ

Към приходен касов ордер № _____
Получен от _____

За/срещу _____

цифром: _____ сумата _____
словом: _____

Касиер _____ Вносител _____ Гл. счетоводител _____
погпис погпис погпис

дата _____ гл. счетоводител _____
печат _____ Касиер _____
погпис погпис



№46

организация

ЕИК по Булстат **РАЗХОДЕН КАСОВ ОРДЕР** № дата

да се брои на /име на лицето/.....

адрес

лична карта /паспорт/, издадена на, от

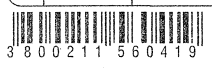
представител на пълномощно №/дата

за

сумата словом

съставил гл. счетоводител ръководител броил сумата получила сумата

№	Приложение		Дебит		Кредит с/ка	Сума	статия №
	№	дата	с/ка	ан. с/ка			
							дата
							счетоводител



Печат: "Мультипринт" ООД, тел. 0721/66 245 факс 0721/66 248

Всичко:

№ 11

<p style="text-align: center;">получател</p> <p>Адрес: _____</p> <p>Идентификационен номер по ДДС: _____</p> <p>ЕИК/ЕГН: _____</p>	О Р И Г И Н А Л	<p style="text-align: center;">МБАЛ "НКБ" - ЕАД</p> <p style="text-align: right;">издател</p> <p>Адрес: гр. София ул. "Коньовица" №65</p> <p>Идентификационен номер по ДДС B | G | 1 | 2 | 1 | 6 | 6 | 3 | 6 | 0 | 1 |</p> <p>ЕИК/ЕГН 1 | 2 | 1 | 6 | 6 | 3 | 6 | 0 | 1 |</p>
--	--	--

Място на сделката: _____ Дата на данъчно събитие: _____ Дебитно известие
 Кредитно известие

ФАКТУРА № 0800003453 Дата на издаване: _____ Към фактура № _____

№	Наименование на стоките и услугите	Марка	Количество	Ед. цена	Стойност

Словом: _____ _____	Данъчна основа	
	Данъчна ставка ДДС	20 %
	Стойност на ДДС	
	Сума за плащане	

Основание за прилагане: _____

<p>Дата на получаване: _____</p> <p>_____ (име и фамилия на получателя)</p> <p>Л.к. (л.п. сер.) № _____ / _____ г.</p> <p>Получател: _____ (подпис)</p>	<p>Плащане: <input type="checkbox"/> в брой <input type="checkbox"/> с преводно нареждане</p> <p>По IBAN: <u>BG06STSA93000002427310</u> BIC: <u>STSA BG SF</u></p> <p>При: <u>БАНКА ДСК</u></p> <p>Съставил: _____ (име и фамилия) _____ (подпис)</p>
--	---

0800003453-080000

1520

БЪРЗО ИЗВЕСТИЕ за случай на болен (възможен, вероятен, потвърден), заразноносител или починал от заразно заболяване

Диагноза възможен, вероятен, потвърден случай
Име, презиме, фамилия..... <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Дата на раждане навършени години
Местоживееене гр./с..... Адрес
Професия
Месторабота
Дата на последно посещение в колектива
Заболял: Населено място Дата
Преглед за първи път по повод заболяването
А. Населено място
Б. Дата Лечебно заведение
В. Първоначална диагноза
Болният е открит:
Активно
Пасивно
Уточнена диагноза Дата
Лечебно заведение
Потвърждаване на диагнозата резултати
А. Изследване
Б. Параклиника
В. Патологоанатомия
Болният е:
оставен в дома си
хоспитализиран в Дата
А. Населено място
Умрял Б. Дата
В. Лечебно заведение
Проведена имунизация срещу заболяването:
А. Имунизация 1 2 3
Б. Реимунизация 1 2
Контакт с болен със същата диагноза: <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
Име на болния.....
Дата на контакта
Контактни на този болен:
В дома
В колектива

ДО

.....
.....
(наименование и адрес на заведението, до което се изпраща)

ИЗПРАЩА:

Открил заболяването:

.....
(име, фамилия и длъжност)

Лечебно заведение:

Адрес:

Дата

Подпис:

1121

РЕЗУЛТАТ ОТ РЕНТГЕНОЛОГИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

Извършено от
рентгенолога д-р _____

собств. и фамилно име, тел. №

и лаборанта _____

собств. и фамилно име, тел. №

Дата _____

ден месец година

Лекар: _____

подпис

№2

1. В показателите № 1 (2,3), № 4, № 7, № 9, № 11 и № 12 се зачертава с две диагонални черти необходимото за случая квадратче.

Пример: ако умрялото лице е мъж

2. Часът на раждане се попълва само за новородени, починали до 30 дни след раждането.

3. Причини за смъртта:

- а) да се вписват разгънати диагнози ясно и четливо; латинските термини да се вписват безусловно с български букви;
- б) на ред I-a да се вписва болест, травма или усложнение, което непосредствено е довело до смъртта. Ако основната (началната) причина за смъртта е същевременно и непосредствена причина, тя се вписва само на ред I-a;
- в) на ред I-в се вписва причината (явлението); което е предшествовало непосредствената причина за смъртта, описана на ред I-a. Ако между непосредствената и основната (началната) причина за смъртта, не е имало друго явление (междинна причина), основната (началната) причина за смъртта се вписва на ред I-в;
- г) ако има повече от едно явление във веригата от болестни процеси, посочени в част I, непосредствената причина за смъртта се записва на ред а) на част I, а основната причина трябва да се запише последна, като се запише всяка междинна причина на ред в) или на редове в) и с) на част I;
- д) когато патологичното състояние, довело до смъртта, е травма, отравяне и някои други последици при въздействието на външни причини, задължително се вписва външната причина (напр. транспортна злополука и др. - клас XX на МКБ10);
- е) в част II-ра да се записва всяко друго важно състояние, което е повлияло върху леталния изход, но не е било свързано с болестта или състоянието, довели непосредствено до настъпването на смърт;
- ж) в колона "Приблизителен период от време между началото на патологичния процес и смъртта" се вписва приблизителния интервал от време, изтекъл между началото на патологичния процес и смъртта (часове, дни, седмици, месеци, години).

<p>ВАЖНО След написване на основната (началната) причина за смъртта, лекарят е длъжен безусловно да я подчертае</p>	1.	I-a Белодробна ТБК I-в -- I-c -- I-d -- II Епилепсия	2 год. -- -- -- 20 год.
	2.	I-a Бронхопневмония I-в Грип I-c -- I-d -- II Хипотрофия - II-ра степен (у дете)	5 дни 7 дни -- -- 4 мес.
	3.	I-a Счупване на черепа I-в Притиснат от преобърнал се трактор - производствена злополука I-c -- I-d -- II Бил в нетрезво състояние	-- 1 час -- -- --
	4.	I-a Хеморагия церебри I-в Атеросклерозис церебри I-c Морбус хипертонекус - III степен I-d -- II Хипертрофия на простатата	2 дни 8 год. 15 год. -- 10 год.
	5.	I-a Емболия на белодробната артерия I-в Патологично счупване I-c Вторичен рак на бедрената кост I-d Рак на млечната жлеза II --	-- 6 часа 1 год. 3 год. --
<p>1. В пример №1 основната причина за смъртта е същевременно и непосредствена причина за смъртта, поради което тя се вписва на ред I-a 2. В примерите №2 и №3 са показани поотделно непосредствената причина за смъртта (на ред I-a) и основната причина за смъртта (на ред I-в) 3. В пример №4 е посочена непосредствената причина за смъртта (на ред I-a), предшестващата я причина (на ред I-в), и основната причина за смъртта (на ред I-c) 4. В пример №5 е посочена непосредствената причина за смъртта (на ред I-a), основната причина за смъртта (на ред I-d), и междинните причини (на редове в) и с) на част I).</p>			

Nº 97

Министерство на здравеопазването

Прилож. № 181
към чл. 6, ал. 1

_____ (здр. завед.)

ФИШ

До Имунехематологична лаборатория

_____ клиника (отд.)

**ЗА ИМУНОХЕМАТОЛОГИЧНО
ИЗСЛЕДВАНЕ**

Лекар: _____

Изпращаме Ви за контролно изследване кръвна проба, етикетирана на името

_____ на _____ г.

л.к. № _____ ЕГН _____ ИЗ № _____ от _____ г.

Диагноза: _____

Данни от анамнезата (кръвопреливания в миналото): _____

Реакции и усложнения при предишни кръвопреливания: _____

Инциденти на бременността (при жените): _____

_____ Взел кръвта: _____

Кръвната група е определена в отделението (клиниката) в присъствието на болния като:

кръвна група Лекар: _____

Кръвната проба е получена в имунехематологичната лаборатория на _____ г.,
в _____ часа

Получил пробата: _____

РЕЗУЛТАТ № _____ дата _____

от контролното изследване на кръвната група и Rh фактора
в имунехематологичната лаборатория

кр. група

Rh фактор

антигенна формула

АНТИЕРИТРОЦИТНИ АНТИТЕЛА

автоеритроантитела _____ алоеритроантитела _____

фиксираны _____ титър _____

свободны _____ специфичност _____

Антилевкоцитны антитела _____ Антитромбоцитны антитела _____

Други изследвания: _____

Заключение _____

Извършил изследването: _____
(име, подпис)

Лекар: _____
(име, подпис)

132

ОСХ - СЛЕДОПЕРАТИВЕН СЕКТОР

Уведомяваме Ви, че "Отделение по Сърдечна Хирургия" осигурява безопасно съхранение на личните вещи на пациента като пари, бижута, документи или други. Ако Вие решите лично да съхранявате вещите си, болницата не носи отговорност за вещи, които са загубени, откраднати или повредени.

Име, презиме, фамилия	
Лична карта	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Документи	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Пари	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Часовник - марка	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Бижута	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Други /зъбни протези, очила, слухов апарат, лекарства/	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
GSM	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Предал: /ст.м.с.Ем.Кисьова/	Приел: /ст.м.с.Н.Негриева/
Долуподписаният с настоящия подпис декларирам, че съм получил гореизброените документи и ценности	
Дата:	Подпис: /на пациента или роднина, който взема вещите/

113 34

**ФИШ
ЗА IN VITRO СЪВМЕСТИМОСТ**

N / ГОД.

Кръвна проба, етикетирана на името на:

..... на
години

ЕГН ИЗ N ОТ
година

Кръвна група	RhD	Rh фенотип

Други антиеритроцитни антигени:	
---------------------------------	--

Е СЪВМЕСТИМА С КРЪВ ОТ ЕДИНИЦИ:

1.	КР.ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	
2.	КР.ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	
3.	КР.ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	
4.	КР.ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	
5.	КР.ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	

ПО МЕТОДИТЕ:

1. ДИРЕКТНА ПРОБА
2. ЕНЗИМЕН ТЕСТ
3. ИНДИРЕКТЕН АНТИГЛОБУЛИНОВ ТЕСТ

ЗАБЕЛЕЖКИ:

ИЗРАБОТИЛ:
/име, подпис/

ОТЧЕЛ:
/име, подпис/

№ 36

НАЦИОНАЛНА КАРДИОЛОГИЧНА БОЛНИЦА - ЕАД
ОТДЕЛЕНИЕ ПО СЪРДЕЧНА ХИРУРГИЯ
СЛЕДОПЕРАТИВЕН СЕКТОР

име _____, _____ з.

дата на изписване: _____

диагноза: _____

Конци: _____

кожни -

дренажни -

Електроди:

Оперативна рана: _____

М.С. _____

НЕОБХОДИМИ ДАННИ ЗА 24-ЧАСОВА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА

ИМЕ год. ИЗХ. №
амб.

КЛИНИЧНА ДИАГНОЗА:

ТЕРАПИЯ

ПОКАЗАНИЯ

ЛЕКАР, НАЗНАЧИЛ ИЗСЛЕДВАНЕТО:

ДАТА: 20 год.

НЕОБХОДИМИ ДАННИ ЗА 24-ЧАСОВА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА

ИМЕ год. ИЗХ. №
амб.

КЛИНИЧНА ДИАГНОЗА:

ТЕРАПИЯ

ПОКАЗАНИЯ

ЛЕКАР, НАЗНАЧИЛ ИЗСЛЕДВАНЕТО:

ДАТА: 20 год.

НЕОБХОДИМИ ДАННИ ЗА 24-ЧАСОВА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА

ИМЕ год. ИЗХ. №
амб.

КЛИНИЧНА ДИАГНОЗА:

ТЕРАПИЯ

ПОКАЗАНИЯ

ЛЕКАР, НАЗНАЧИЛ ИЗСЛЕДВАНЕТО:

ДАТА: 20 год.

N39

№ 48

Упойка:

ОПЕРАЦИЯ

- обща

- местна

Извършена на:

час, дата

Хирург: _____
подпис

Следоперативни усложнения: _____

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧНА ДИАГНОЗА:

БЕЛЕЖКИ НА ДЕЖУРНИЯ ЛЕКАР
при приемането на болния

ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ: _____

ИЗСЛЕДВАНИЯ: _____

ЛЕЧЕНИЕ: _____

РЕЖИМ: _____

час _____ дата _____

ЛЕКАР: _____

име

подпис

№ 48

АНАМНЕЗА:

Настоящи оплаквания: _____

Проведени изследвания: _____

Проведено лечение: _____

Минали заболявания: _____

Фамилна обремененост: _____

Рискови фактори:(професионални, битови, вредни навици - алкохол, тютюнопушене) _____

МБАЛ "НКБ" ЕАД

Разходен лист консумативи НК

Име _____ ИЗ № _____ Диагноза _____ ЕГН _____

№	Консуматив	Дата		Дата		Дата		Дата		Дата		Общо	Ед. цена	Общо цена
		Дневна	Нощна	Дневна	Нощна	Дневна	Нощна	Дневна	Нощна	Дневна	Нощна			
1.	С-ма за водно ел. р-ри													
2.	Удължител за 50 cc													
3.	Трипътни кранчета													
4.	Абокати № 18													
5.	Абокати № 20													
6.	Абокати № 22													
7.	Тегадерм													
8.	Спринц. за хранене													
9.	Спринцовка 50 cc													
10.	Спринцовка 20 cc													
11.	Спринцовка 10 cc													
12.	Спринцовка 5 cc													
13.	Спринцовка 2 cc													
14.	Спринцовка 2 cc инц.													
15.	Уринаторни торби													
16.	Уретр. катетри № 22													
17.	Уретр. катетри № 20													
18.	Уретр. катетри № 18													
19.	Уретр. катетри № 16													
20.	Уретр. катетри № 14													
21.	Сет за уретр. катетър													
22.	Катетри за асп. № 12													
23.	Катетри за асп. № 14													
24.	Катетри за асп. № 16													
25.	Ръкавици за асп.													
26.	Ръкавици латекс стерилни													
27.	Стомашна сонда													
28.	Ендотрах. тръба № 7,5													

Идентификация на статуса: ПРП 7.5.1/ОД 02/ Версия 04/21.02.2011 г.

Ниво на достъп: общодостъпен за служебно ползване поверителен секретен

Място на файла в мрежата (потърва се при съхранение на електронен носител): _____

№ 5

РАЗХОДЕН ЛИСТ ЗА КОНСУМАТИВИ

Клиника код	МКБ код	Име	Дата						
Пътека код	ИЗ№	Диагноза	ЕГН						
Консуматив		8ч.-14ч.	м.с.	14ч.-20ч.	м.с.	20ч.-8ч.	м.с.	Общо 24ч.	Общо
1. спринцовки 50 мл. Braun									
2. лайтунги Braun									
3. Tegaderm - 10/12 cm.									
4. Tegaderm - 5/7 cm.									
5. Абокат №22 /син/									
6. Абокат №2 /розов/									
7. Абокат №18 /зелен/									
8. Абокат №16 /сив/									
9. Абокат №14									
10. Кранчета									
11. Тапички									
12. Cicaplaie 5/7 cm.									
13. Cicaplaie 10/20 cm.									
14. Cicaplaie									
15. Allevyn 12.5/12.5									
16. Allevyn									
17. Епруветки									
18. Инсулинови спринцовки									
19. Mini-spike									
20. Inrafix									
21. Sandofix									
22. Manifix									
23. Уретрални катетри №									
24. Уретрални торбички									
25. Сет за уретрална катетеризация									
26. Сет за ЦВП-еднолуменен /mono/									
27. Сет за ЦВП-двулуменен /duo/									
28. Стерилни чаршафи - с дупка									
29. Стерилни чаршафи - без дупка									
30. Сет за плеврална пункция									
31. Скалпел №10									

Идентификация на статуса: ПРП 7.1.1-1 / ОД 14 / Версия 03 / 1.07.2008г.
Ниво на достъп: <input type="checkbox"/> общодостъпен <input type="checkbox"/> за служебно ползване <input type="checkbox"/> поверителен <input type="checkbox"/> секретен
Място на файла в мрежата (попълва се при съхранение на електронен документ)

МБАЛ-НКБ-ЕАД, ОССАИЛ - СЕКТОР АНЕСТЕЗИЯ
ЛИСТ ЗА ИЗПОЛЗВАНИ КОНСУМАТИВИ

Идент. код:

№ 61

Име Възраст Дата

ИЗ № ЕГН Кл. пътека №

Операция

Складов №	Консуматив - функциониен	Количество
РП 204	Интродюсер за Swan Ganz 8,5Fr - антисептичен	
РА 505	Фиброоптичен катетър Baxter 8Fr	
РП 032	Балон-катетър, термодилуционен 7,5Fr, обикновен	
РП 205	Централен венозен катетър 8,5Fr, 4-луменен	
РП 210	Двулуменен централен венозен катетър 7Fr, „Бровиак“	
РП 211	Двулуменен централен венозен катетър 7Fr, Arrow	
РП 213	Двулуменен централен венозен катетър 4Fr, Arrow	
РП 215	Двулуменен централен венозен катетър 5Fr, Arrow	
РП 217	Двулуменен централен венозен катетър 12Fr, хемодиализен	
РП 218	Двулуменен централен венозен катетър 8Fr, 22G, Arrow	
РП	Катетър функциониен 22G, „Leader cath“, Vydon	
РП 237	Катетър функциониен 20G, „Leader cath“, Vydon	
РП 238	Катетър функциониен 18G, „Leader cath“, Vydon	
РП 241	Sertofix-mono, ЦВК 14G, 7Fr	
РП 242	Sertofix-mono, ЦВК 16G, 7Fr	
РП 243	Sertofix-DUO, двулуменен, ЦВК, SB720, Braun	
РП 231	Централен венозен катетър „Cavafix“ 134	
РП 233	Централен венозен катетър „Cavafix“ 338	
РП 401	Интравенозен периферен катетър 14G, Braun	
РП 402	Интравенозен периферен катетър 16G, Braun	
РП 403	Интравенозен периферен катетър 18G, Braun	
РП 406	Интравенозен периферен катетър 20G, Braun	
РП 400	Интравенозен периферен катетър 20G, БД	
РП 404	Интравенозен периферен катетър 22G, Braun	
РП 405	Интравенозен периферен катетър 24G, Braun	
РП 511	Стимуплекс	
РП 512	Спинална игла „Spinocan“ 20G	
РП 514	Канюла „Stimuplex“ A 100.0,8x1	
РП 515	Спинална игла 25G	
РП 520	Сет за епидурална анестезия 16G	
РП 521	Сет за епидурална анестезия 18G	
РП 20	Игла за спринцовка 20G	
РП 22	Игла за спринцовка 22G	
РП 26	Игла за спринцовка 26G	

Складов №	Консуматив - дихателен	Количество
РД 004	Кислородна маска с небулайзер - голяма	
РД 200	Еднократни шлангове - анестезиологични	
РД 218	Система за обдишване (шланг - детски)	
РД 230	Система за обдишване (Амбу)	
РД 454	Сет за инхалаторна анестезия (Амбу, шланг, O ₂ , сензор)	
РА 715	Сензор за оксиметрия еднократен (възрастни, педиатричен, неонатален)	
РД 320	Интубационна тръба 2,0mm, без балон	
РД 325	Интубационна тръба 2,5mm, без балон	
РД 330	Интубационна тръба 3,0mm, без балон	
РД 335	Интубационна тръба 3,5mm, без балон (с балон)	
РД 340	Интубационна тръба 4,0mm, без балон	
РД 345	Интубационна тръба 4,5mm, без балон (с балон)	
РД 350	Интубационна тръба 5,0mm, без балон (с балон)	
РД 355	Интубационна тръба 5,5mm, без балон	
РД 360	Интубационна тръба 6,0mm, без балон	
РД 365	Интубационна тръба 6,5mm, без балон	
РД 370	Интубационна тръба 7,0mm, без балон	
РД 375	Интубационна тръба 7,5mm, без балон	
РД 380	Интубационна тръба 8,0mm, без балон	
РД 385	Интубационна тръба 8,5mm, без балон	
РД 390	Интубационна тръба 9,0mm, без балон	
РД 400	Тръба за разделна интубация, лява 35Fr, еднократна, 2 балона	
РД 402	Тръба за разделна интубация, лява 37Fr, еднократна, 2 балона	

Складов №	Консуматив - пластмасов	Количество
ОР 302	Система за инфузия "Intrafix"	
ОР 303	Система за кръвопреливане "Sangofix"	
ОР 304	Система за ЦВН "Medifix"	
ОР 400	Удължител 30cm. 1.2x2,2mm луер-лок	
ОР 402	Удължител за многопътник 18cm	
ОР 510	Удължител 10cm с кранче M/F луер-лок	
ОР 407	Конектор м/м	
ОР 408	Тапи за спринцовки (синя - червена)	
ОР 409	Тапи за трипътен кран (бели)	
ОР 410	Тапи за трипътен кран (жълти)	
ОР 412	Торба за "Ureofix"	
ОРБ 412	Уринаторна торба - българска	
ОР 413	Коректор за урина "Ureofix"	
ОР 415	Игли за банки "Mini-spike"	
ОР 416	Удължител за перфузорна спринцовка - бял	
ОР 420	Колектор за урина - педиатричен, лепящ, стерилен	

Складов №	Консуматив - пластмасов	Количество
OP 502	Трипътно кранче	
OP 500	Трипътник (манифолд - 3)	
OP 508	Многопътник 5-плочка (манифолд - 5)	
OP 501	Спринцовка - перфузорна 50сс, бяла	
OP 502	Спринцовка - перфузорна 50сс, черна	
OC 504	Двукомпонентна спринцовка 2ml, BD	
OC 505	Двукомпонентна спринцовка 5ml, BD	
OC 510	Двукомпонентна спринцовка 10ml, BD	
OC 520	Двукомпонентна спринцовка 20ml, BD	
PA 002	Артериална мониторна линия	
PA 010	Адаптер за Swan Ganz	
PA 100	Аспирационен катетър № 6Ch	
PA 101	Аспирационен катетър № 8Ch	
PA 103	Аспирационен катетър № 10Ch	
PA 104	Аспирационен катетър № 12Ch	
PA 105	Аспирационен катетър № 14Ch	
PA 106	Аспирационен катетър № 16Ch	
PA 107	Аспирационен катетър № 18Ch	
PA 115	Наконечник за аспирационен катетър "фингер тип контрол"	
PA 200	Стомашна сонда "Salem" 16Ch	
PA 203	Стомашна сонда "Levin" 16Ch	
PA 210	Стомашна сонда 3,5Ch, силиконова	
PA 211	Стомашна сонда 5,0Ch, силиконова	
PA 213	Стомашна сонда 6,0Ch, силиконова	
PA 205	Стомашна сонда 8,0Ch, силиконова	
PA 204	Стомашна сонда 10,0Ch, силиконова	
PA 206	Стомашна сонда "Levin" 12,0Ch, силиконова	
PA 316	Уретрален катетър 6Ch	
PA 310	Уретрален катетър 8Ch	
PA 304	Уретрален катетър 10Ch	
PA 305	Уретрален катетър 12Ch	
PA 300	Уретрален катетър 14Ch	
PA 301	Уретрален катетър 16Ch	
PA 311	Уретрален катетър 16Ch + температурна сонда	
PA 302	Уретрален катетър 18Ch	
PA 320	Сет за уретрална катетеризация	
PЖ 004	Дренажна система "Sep-T-Vac" 1200ml	
PЖ 402	Аспирационен шлаух за "Sep-T-Vac"	

Складов №	Консуматив - общ	Количество
OP 012	Абсорбер за въглероден двуокис - туба 5L	
OP 100	Електроди - адхезивни	
OP 103	Електроди - репозициониращи	
OP 102	Електроди - адхезивни, педиатрични	
OP 452	Шарпс-контейнер	
OP 925	Силикон спрей (медицински)	
OP 981	Пронто-турникет есмарх	
PA 035	Тест за АСТН 402-07 Medtronic	
PA 040	Кювети HR-ACT 402-03	
KP 200	Консуматив за клинична лаборатория - епруветки	
X3 301	Нестерилни латексови ръкавици	

Складов №	Консуматив - хирургичен	Количество
X3 201	Шапки операционни - Ани	
X3 300	Ръкавици аспирационни - стерилни	
X3.331	Стерилни ръкавици №6 "Micro TH1"	
X3 310	Ръкавици хирургични - стерилни №6	
X3 311	Ръкавици хирургични - стерилни №6 1/2	
X3 312	Ръкавици хирургични - стерилни №7	
X3 313	Ръкавици хирургични - стерилни №7 1/2	
X3 400	Маски хирургични - трислойни	
XP 100	Чаршаф хигиенен, нестерилен 60/60	
XP 202	Чаршаф епидурален, стерилен 60/75	
XP 306	Острие за скалпел №11	
	"Dexon" 2/0 - права игла	
	Марлени компреси	

Складов №	Консуматив - превързочен	Количество
	Левкопласт - ролка 5/5	
	Марлени компреси	
	Бинт - марлен 10/10	
XD 020	Превръзка 10/12 "Tegaderm"	
XD 021	Превръзка 6/7 "Tegaderm"	
XD 022	Превръзка 7/8,5 "Tegaderm"	
XD 030	Копринена лепяща лента "Durapore"	
XD 031	Лепяща лента, хипоалергична "Transpor"	
XD 041	Оперативна превръзка "Microdon" +6/10	
XD 059	Залепваща лента 10/10 "Mefix"	
XD 063	Неадхезивна превръзка 5/5 "Melolin"	

Приложение № 2

**ЧЕК-ЛИСТ
ЗА ПРИЕМ В ОАИЛ НА БОЛНИ, ПРИ КОИТО СЕ НАЛАГА ИНТЕНЗИВНО
ЛЕЧЕНИЕ**

1. ПРИОРИТЕТЕН МОДЕЛ

✓ (Съответствието се отбелязва с отметка)

ПРИОРИТЕТ	ОПИСАНИЕ	ОТМЕТКА
ПРИОРИТЕТ 1	Нестабилни критично болни с нужда от интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи, които не могат да се осъществят извън пределите на интензивна клиника. Това са пациенти с нужда от механична вентилация, фармакологична хемодинамична поддръжка, спешни хирургични интервенции с висок риск и интензивни грижи.	
ПРИОРИТЕТ 2	Пациенти с нужда от интензивен мониторинг – болни с тежък коморбидитет, които развиват остри нарушения в органната функция или претърпяват тежки оперативни интервенции, с голяма вероятност от изостряне на придружаващите заболявания.	
ПРИОРИТЕТ 3	Нестабилни критично болни с относително малка полза от интензивно лечение поради естеството на остро заболяване или естеството на придружаващите заболявания. Тези болни могат да получат терапия срещу остро заболяване, като ползата от кардиопулмонална ресусцитация, интубация и механична вентилация е малка – напр. болни с метастазиращи тумори, усложнени с инфекция, сърдечна тампонада или обструкция на дихателните пътища.	
ПРИОРИТЕТ 4	Пациенти с терминално или необратимо състояние.	

2. ДИАГНОСТИЧЕН МОДЕЛ

✓ (Отбелязват се всички налични)

КОД НА ДИАГНОСТИЧНИЯ МОДЕЛ	ОТМЕТКА
1. Сърдечно съдова система	
1.1 Остър инфаркт на миокарда с усложнения	
1.2 Кардиогенен шок	
1.3 Тежки аритмии с нужда от интензивен мониторинг	
1.4 Остра застойна сърдечна слабост с дихателна недостатъчност и/или нужда от фармакологична/механична циркулаторна поддръжка	
1.5 Хипертензивна криза, неподдаваща се на лечение в профилно отделение	
1.6 Нестабилна ангина пекторис с аритмия, хемодинамична нестабилност или перенестираща гръдна болка/дискомфорт	
1.7 Сърдечен арест/състояние след сърдечен арест	
1.8 Сърдечна тампонада или констриктивен перикардит с хемодинамична нестабилност	
1.9 Дисекираща аневризма на аортата - хемодинамично нестабилна	
1.10 Пълнен сърдечен блок	
2. Дихателна система	
2.1 Остра дихателна недостатъчност с нужда от механична вентилация	
2.2 Белодробна емболия с хемодинамична нестабилност	
2.3 Необходимост от интензивни дихателни грижи, невъзможни в профилно отделение	

2.4 масивна хемоптиза	
2.5 Дихателна недостатъчност със запланваща интубация	
2.6 Белодробен оток	
3. Нервна система	
3.1 Мозъчна апоплексия с нарушения в съзнанието	
3.2 Кома - независимо от произхода	
3.3 Интракраниална хеморагия с потенциал за вклиняване	
3.4 Остра субарахноидална хеморагия - трета, четвърта степен по Хънт и Хес	
3.5 Менингит с нарушено съзнание или дихателна функция	
3.6 Епилептичен статус	
3.7 Потенциален органен донор	
3.8 Тежка черепномозъчна травма	
3.9 Средно тежка черепномозъчна травма	
4. Огравяния	
4.1 Екзогенна интоксикация с хемодинамична нестабилност	
4.2 Екзогенна интоксикация с тежки нарушения в съзнанието и неадекватна протекция на дихателните пътища	
4.3 Гърчови състояния след екзогенна интоксикация	
5. Гастро-интестинален тракт	
5.1 Животозастрашаващо кървене с хипотезия, абдоминална ангина, персистиращо кървене, въпреки приложено лечение, кървене при болни с хроничен коморбидитет и висок риск	
5.2 Остра чернодробна недостатъчност	
5.3 Тежък панкреатит с органна недостатъчност	
6. Ендокринни/метаболитни заболявания	
6.1 Диабетна кетоацидоза със тежки нарушения в съзнанието, хемодинамична нестабилност, животозастрашаващи електролитни нарушения, дихателна недостатъчност или тежка метаболитна ацидоза	
6.2 Тироидна буря или микседемна кома с хемодинамична нестабилност	
6.3 Хиперосмоларни състояния с хемодинамична нестабилност	
6.4 Надбъбречна криза с хемодинамична нестабилност	
6.5 Хиперкалиемия с нарушено съзнание и нужда от интензивен мониторинг	
6.6 Хипо/хипернатриемия - под 120 ммол/над 170 ммол	
6.7 Хипо/хипермагнезиемия	
6.8 Хипо/хиперкалиемия с аритмии и мускулна слабост	
6.9 Хипофосфатемия с мускулна слабост	
6.10 Невъзможна хранителна поддръжка извън интензивна клиника	
7. Постоперативни пациенти	
7.1 Постоперативни болни с нужда от хемодинамичен мониторинг, механична вентилация, събуждане и интензивни грижи	
8. Разни	
8.1 Тежка животозастрашаваща политравма или изгаряне с нужда от интензивен мониторинг, интензивно лечение и интензивни грижи	
8.2 Нужда от разширен хемодинамичен мониторинг	
8.3 Травматичен, хеморагичен, анафилактичен, септичен и дистрибутивен шок	
8.4 Състояния, изискващи сестрински грижи на пивото на интензивна клиника	
8.5 Хипо/хипертермия	
8.6 Давене	
8.7 Инхалация на токсични газове с нужда от интензивно лечение и грижи	
8.8 Тежки поражения от електрически ток/гръмотевичен удар	
8.9 Посттрансплантационни усложнения	
8.10 Усложнения в резултат на анестезия	
8.11 Болни с термична травма с ABSI бал ≥ 4	

3. ПАРАМЕТЪРЕН МОДЕЛ

✓ (Отбелязват се всички налични при приема)

ОПИСАНИЕ	ОТМЕТКА
ВИТАЛНИ БЕЛЕЗИ	
Пулс < 40 или над 150 уд/мин.	
Систолично налягане < 80 mm Hg или 20 mm Hg под обичайната стойност	
Средно артериално налягане < 60 mm Hg	
Диастолично налягане > 120 mm Hg	
Дихателна честота под 8/мин	
Дихателна честота над 35 / мин.	
ЛАБОРАТОРНИ СТОЙНОСТИ	
Серумен натрий <120 или >170 ммол/литър	
Серумен калий <2.8 или над 7.0 ммол/литър	
Артериално парциално налягане на кислорода < 65 mm Hg	
pH < 7.3 или > 7.7	
Серумна глюкоза > 35 ммол/литър	
Серумен калций > 3.9 ммол/литър	
Серумен лактат над 3 ммол/литър	
Токсични нива на медикамент или друга химична субстанция при хемодинамична нестабилност или при болен с нарушено съзнание, сърдечен ритъм или хемодинамична нестабилност.	
РАДИОГРАФСКИ МЕТОДИ	
Мозъчна хеморагия, мозъчна контузия, субарахноидална хеморагия с нарушения в съзнанието или фокален неврологичен дефицит	
Руптурирани органи – жлъчен мехур, слезка, панкреас, пикочен мехур, черен дроб, езофагеални варици или матка, мезентериална тромбоза – с хемодинамична нестабилност	
Дисекираща аневризма на аортата	
ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА	
Миокарден инфаркт с тежки аритмии, хемодинамична нестабилност или тежка застойна сърдечна слабост	
Камерна фибрилация/тахикардия	
Пълн сърдечен блок	
СИМПТОМИ С ОСТРО НАЧАЛО	
Анизокория при пациент с нарушения в съзнанието	
Анурия	
Заплашваща обструкция на дихателните пътища	
Кома	
Персистираща гърчова активност	
Цианоза, въпреки кислородотерапия	
Сърдечна тампонада	

68

АМБУЛАТОРЕН ФИШ №

(попълва се в 2 екз.)

Приемен к-т №

Лекар:

Болният се изследва в за:

видове изследвания:

стойност:

- | | |
|----------|-------|
| 1. .... | ..... |
| 2. .... | ..... |
| 3. .... | ..... |
| 4. .... | ..... |
| 5. .... | ..... |
| 6. .... | ..... |
| 7. .... | ..... |
| 8. .... | ..... |
| 9. .... | ..... |
| 10. .... | ..... |

ОБЩО:

Подпис:

(лекар на кабинета)

попълва се в касата

Направени изследвания на обща стойност:

Внесени с приходен ордер №/.....

И фактура №/.....

Касиер:
(трите имена)

.....
(подпис)

7437

МБАЛ - НКБ ЕАД. ОСХ ФИШ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ

Име _____ год _____ Операция _____

ПРОЦЕДУРА	ДАТА																			
	СЛЕДОПЕР. ДЕН																			

Дихателна рехабилитация (✓)

<input type="checkbox"/> спирометър (10 пъти на всеки 2 часа) ml																				
<input type="checkbox"/> подпомогната кашлица (на всеки 4 часа)																				
<input type="checkbox"/> дълбоко дишане (5 пъти/час)																				
<input type="checkbox"/> INHALOG																				
<input type="checkbox"/> CPAP																				

Инхалации (x брой)

<input type="checkbox"/> Berotec																				
<input type="checkbox"/> Ventolin																				
<input type="checkbox"/> Mucosolvan																				
<input type="checkbox"/> Bromhexin																				
<input type="checkbox"/> Mistabron																				
<input type="checkbox"/>																				

Двигателен режим (✓)

<input type="checkbox"/> гимнастика в леглото																				
<input type="checkbox"/> сядане в леглото със спуснати крака																				
<input type="checkbox"/> разд. около леглото и седеж на стол																				
<input type="checkbox"/> прогресивно-пълнен обем раздвижване																				
• 40 м.																				
• 80 м.																				
• 200 м.																				
• стъпала (бр.)																				

Лечебен масаж (✓)

<input type="checkbox"/> ръчен																				
<input type="checkbox"/> апаратен																				
<input type="checkbox"/> общ																				
<input type="checkbox"/> частичен:																				

Идентификация на статуса: ПРП 7.7.1 / ОД 20 / Версия 01 / 1.07.2008г.

Ниво на достъп: общодостъпен за служебно ползване поверителен секретен

ОСХ
ХИРУРГИЧЕН СТАТУС

Дата: Име: Приет за:

Налични белези за заболяване към настоящия момент.

■ Глава

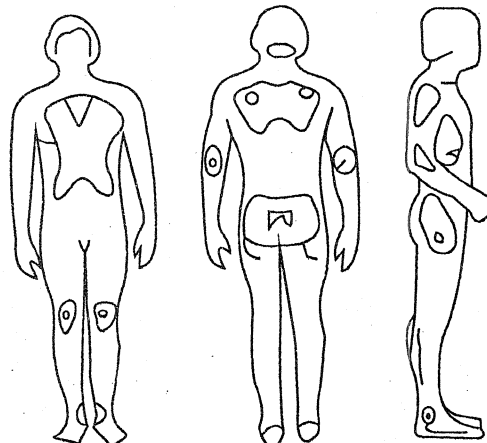
.....
.....

■ Шия

.....
.....

■ Торакс

.....
.....



■ Горни крайници

.....
.....

■ Коремна област

.....
.....

■ Долни крайници

.....
.....

Забележка: Внимателно се описват физикални данни, всички промени, белези от травми и следи от интервенции.

Лекар:

Идентификация на статуса: ПРП 7.3.1/ОД 04/ Версия 01/11.05.2011 г.

Ниво на достъп: общодостъпен за служебно ползване поверителен секретен

ЗА НАБОР

МБАЛ-ИКБ

№ 83

~~СВАЖСЗ-ЕАД~~

Интензивно кардиологично отделение

ФИШ ЗА ВРЕМЕНЕН ТРАНСВЕНОЗЕН ПЕЙСИНГ

ПАЦИЕНТ _____ ИЗ № _____

ДИАГНОЗА: _____

ПОКАЗАНИЕ ЗА ВРЕМЕНЕН ТРАНСВЕНОЗЕН ПЕЙСИНГ: _____

ПОСТАВЯНЕ НА ВРЕМЕНЕН ПЕЙСМЕЙКЪР

ДАТА: __/__/____ ЧАС: __/__/____

ОПЕРАТОР: Д-Р _____

АСИСТИРАЩА М.С.: _____

ВЕНОЗЕН ДОСТЪП: v. jugularis dex/sin v. subclavia sin/dex
v. femoralis dex/sin

СЕТ: _____ F сонда-водач с хемостатична клапа

ЕЛЕКТРОД: _____ F "плаващ"

СТРОГА АСЕПТИКА!

ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН МОНИТОРЕН КОНТРОЛ!

РЕНТГЕНОСКОПИЧЕН КОНТРОЛ: НЕ ДА

ВИД ВРЕМЕННА СТИМУЛАЦИЯ: асинхронна "on demand"
"stand by" погасяваща

ПАРАМЕТРИ НА СТИМУЛАЦИЯТА: честота _____ min⁻¹
амплитуда _____ V (mA)
сензитивност _____ mV
праг на камерна възбудимост _____ V (mA)

ЗАДЪЛЖИТЕЛНА ЕКГ-РЕГИСТРАЦИЯ!

ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН РЕНТГЕНОГРАФСКИ И ЕХОКГ-СКИ КОНТРОЛ!

ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ШИРОКОСПЕКТЪРЕН АНТИБИОТИК!

УСЛОЖНЕНИЯ НА ВЕНЕПУНКЦИЯТА НЕ

ПО SELDINGER И НА ДЯСНАТА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ: ДА

хематом пневмоторакс аритмия сърдечна перфорация

пункция на артерия в съседство неуспешна венепункция

други _____

Подпис на лекаря:

ЕЖЕДНЕВНО НАБЛЮДЕНИЕ

- ✓ неефективна стимулация / вероятна причина
- ✓ промяна на позицията на електрода
- ✓ промяна на вида на стимулация
- ✓ промени на параметрите на стимулация
- ✓ късни усложнения - инфекция, флеботромбоза
- ✓ смяна на стерилната превръзка

1-ви ден: _____

Лекар: _____

2-ри ден: _____

Лекар: _____

3-ти ден: _____

Лекар: _____

4-ти ден: _____

Лекар: _____

5-ти ден: _____

Лекар: _____

ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ВРЕМЕННИЯ ПЕЙСИНГ

ДАТА: ___ / ___ / ___ ЧАС: ___ / ___
Д-Р _____ М.С. _____

**ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН МОНИТОРЕН КОНТРОЛ,
РЕНТГЕНОСКОПИЧЕН КОНТРОЛ ПО ПРЕЦЕНКА!
СТЕРИЛНА ПРЕВРЪЗКА ЗА 24 - 72 ЧАСА!**

УСЛОЖНЕНИЯ: НЕ ДА
аритмия кръвене / хематом дефекти на електрода и/или
на сондата-водач други _____

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ВРЕМЕННИЯ ТРАНСВЕНОЗЕН
ПЕЙСИНГ: _____ дни / _____ часа

ИМПЛАНТИРАН ПОСТОЯНЕН ПЕЙСМЕЙКЪР: ДА НЕ

Подпис на лекаря: _____

№ 84

**ЕХОГРАФСКИ ПАРАМЕТРИ НА ПАЦИЕНТ, ПОДЛЕЖАЩ НА
СЪРДЕЧНА ОПЕРАЦИЯ /ТТЕ+ТТЕ/**

Име, презиме, фамилия _____

_____ год. _____

Сектор _____ ИЗ _____

ЕГН _____

ЛЯВА КАМЕРА - размери: систолен _____ диастолен _____ ФИ _____ %

обеми: систолен _____ диастолен _____ ФИ _____ %/2P/

ДЕБЕЛИНА НА ЛК миокард: септум _____ свободна стена _____

СЕГМЕНТНИ НАРУШЕНИЯ В ЛК кинетика: не / да _____

АОРТНА КЛАПА: регургитация _____ стеноза _____
/степен/ /градиенти/

АОРТЕН ПРЪСТЕН _____ възходяща Ao _____ дъга _____ десцендентна Ao _____

МОРФОЛОГИЯ _____

МИТРАЛНА КЛАПА: регургитация _____ стеноза _____
/степен/ /градиенти/

МИТРАЛЕН КЛАПЕН ПРЪСТЕН: _____ морфология _____

ЛЯВО ПРЕДСЪРДИЕ: рамер _____

ДЯСНА КАМЕРА: рамер _____

ДЯСНО ПРЕДСЪРДИЕ: рамер _____

ТРИКУСПИДАЛНА КЛАПА: регургитация _____ стеноза _____
/степен/ /градиенти/

ТРИКУСП. КЛАПЕН ПРЪСТЕН: _____ морфология _____

БЕЛОДРОБНА ХИПЕРТОНИЯ: не / да _____

ПЕРИКАРДЕН ИЗЛИВ: не / да _____

Изследвал:

Идентификация на статуса: ПРП 7.3.1/ОД 02/ Версия 03/1.07.2008 г.

Ниво на достъп: общодостъпен за служебно ползване поверителен секретен

Място на файла в мрежата (попълва се при съхранение на електронен носител): _____

МБАЛ – НКБ
Гр. София
Ул. Коньовица №65

Тел.: 02/9211 - 211
02/9217 - 160
02/9217 - 174
02/9217 - 170
02/9217 - 161

№ 86

**НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ И ИЗИСКВАНИЯ ЗА
ПОСТЪПВАНЕ В КАРДИОЛОГИЧНА КЛИНИКА ЗА
ИНВАЗИВНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

Дата на хоспитализация.....

**В деня на хоспитализацията пациентът трябва да се яви между
8.00 и 9.00ч. на регистратурата на НКБ със следните документи:**

1. Лична карта.
2. Направление №7 за хоспитализация издадено от личен лекар,
специалист или болница.
/ Обърнете внимание на направлението за хоспитализация
дали вярно са попълнени личните Ви данни и адрес по лична
карта /.
3. Медицинска документация – стари епикризи, лабораторни
изследвания.
4. Решение от ТЕЛК – ако имате такова.
5. Лична амбулаторна карта / издава се от личния лекар/.
6. Рецептурна книжка – ако имате такава.
7. Тоалетни принадлежности, пижама и минерална вода.
8. В деня преди постъпването пациентът трябва да бъде изкъпан.
Да се избърснат двете ръце до лактите и областта на двете
ингвинални гънки / слабините /.
9. В деня на постъпването пациентът да не е закусвал и да е приел
сурешните си лекарства с малко вода.
 - При болни с диабет – лека закуска и приета антидиабетна
терапия.

Моля, запишете Вашият личен телефон и телефон на Ваш близък за
контакти:

- Вашият личен телефон.....
- Име и телефон на Ваш близък.....

Носете този фиш в деня на хоспитализацията.

МБАЛ – НКБ
Гр. София
Ул. Коньовица №65

Тел.: 02/9211 - 211
02/9217 - 160
02/9217 - 174
02/9217 - 170
02/9217 - 161

15. 87

**НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ И ИЗИСКВАНИЯ ЗА
ПОСТЪПВАНЕ В
КАРДИОЛОГИЧНА КЛИНИКА**

Дата на хоспитализация.....

В деня на хоспитализацията пациентът трябва да се яви между 8.00 и 9.00ч. на регистратурата на НКБ със следните документи:

1. Лична карта.
2. Направление №7 за хоспитализация издадено от личен лекар, специалист или болница.
/ Обърнете внимание на направлението за хоспитализация дали вярно са попълнети личните Ви данни и адрес по лична карта /.
3. Медицинка документация – стари епикризи, лабораторни изследвания.
4. Решение от ТЕЛК – ако имате такова.
5. Лична амбулаторна карта / издава се от личния лекар/.
6. Рецептурна книжка – ако имате такава.
7. Тоалетни принадлежности, пижама и минерална вода.
8. В деня преди постъпването пациентът трябва да бъде изкъпан.
9. В деня на постъпването пациентът да не е закусвал и да е приел сурешните си лекарства с малко вода.
 - При болни с диабет – лека закуска и приета антидиабетна терапия.

Моля, запишете Вашият личен телефон и телефон на Ваш близък за контакти:

- Вашият личен телефон.....
- Име и телефон на Ваш близък.....

Носете този фиш в деня на хоспитализацията.

Обн. ДВ бр. 83 от
20 октомври 2009 г.

ДИАЛИЗЕН ПРОТОКОЛ

МБАЛ - НКБ Отделение по диализа				Протокол № дата:					
Пациент			Диагноза:		№ диализа на пациента за годината		Оптимално тегло кг.		
Състояние на диализен апарат № Апаратът премина тест Т ₁					Дежурен технолог:				
Диализатор:		Съдов достъп: АВ фистула Съдова протеза, Селдингер, Пермкат		Диализен разтвор: бикарбонатен 8,4% - 5000 ml кисел. р-р - 5000 ml сух бикарбонат		Кр. помпа: ml/min	Начално тегло: кг.		
Състояние преди диализа:		Хепарин		Пулс	АН	Оплаквания	Медикация	УФ ml	
		Начален час:					NaCl 0,9% - 700 ml		
		I час							
		II час							
		III час							
		IV час							
		V час							
Край на ХД:							NaCl 0,9% - 300 ml		
Ход на диализата, състояние след диализа:							Краино тегло: кг.		
Дежурен екип:	Дежурен лекар:		Включила мед. сестра:		Изключила мед. сестра:		Нач. отд.:		
							Д-р Камбова		

№ 83

ЕХОКАРДИОГРАФИЯ

Дата: _____

Име _____, год. _____, операция _____

ЛЯВА КАМЕРА

			<i>Дебелина на миокарда:</i>		
ТДР _____ мм	ТДО _____ мм	УО _____ мм	Септум _____ мм		
ТСР _____ мм	ТСО _____ мм	ФИ _____ %	ЗСЛК _____ мм	ССЛК _____ мм	

Сегментна кинетика: _____

МИТРАЛНА КЛАПА

Доплер: _____

Ляво предсърдие: _____ мм.

АОРТА

На клапно ниво _____ мм. Надклапно ниво _____ мм. Възход. аорта _____ мм.

АОРТНА КЛАПА

Доплер: _____

Дясна камера: _____ ТДР _____ мм.

Дясно предсърдие: _____ мм.

ТРИКУСПИДАЛНА КЛАПА

Доплер: _____

АРТЕРИЯ ПУЛМОНАЛИС

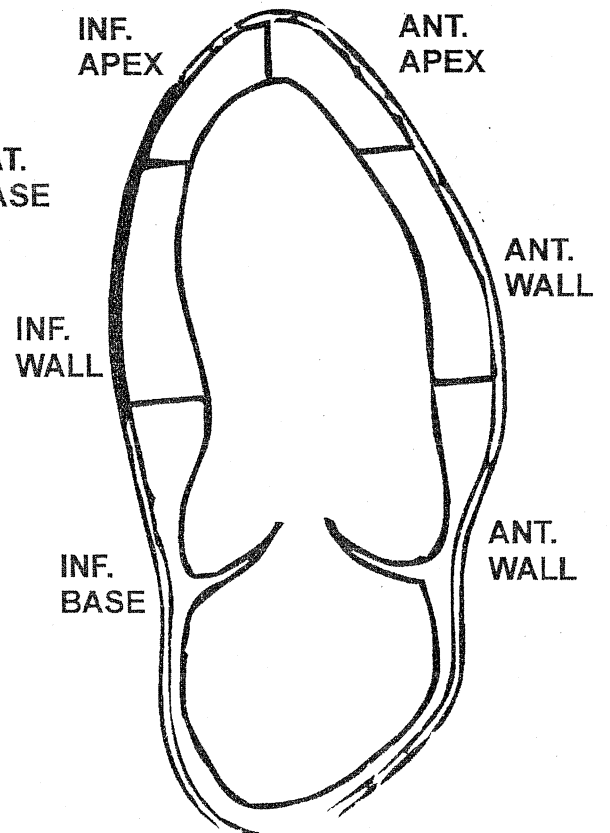
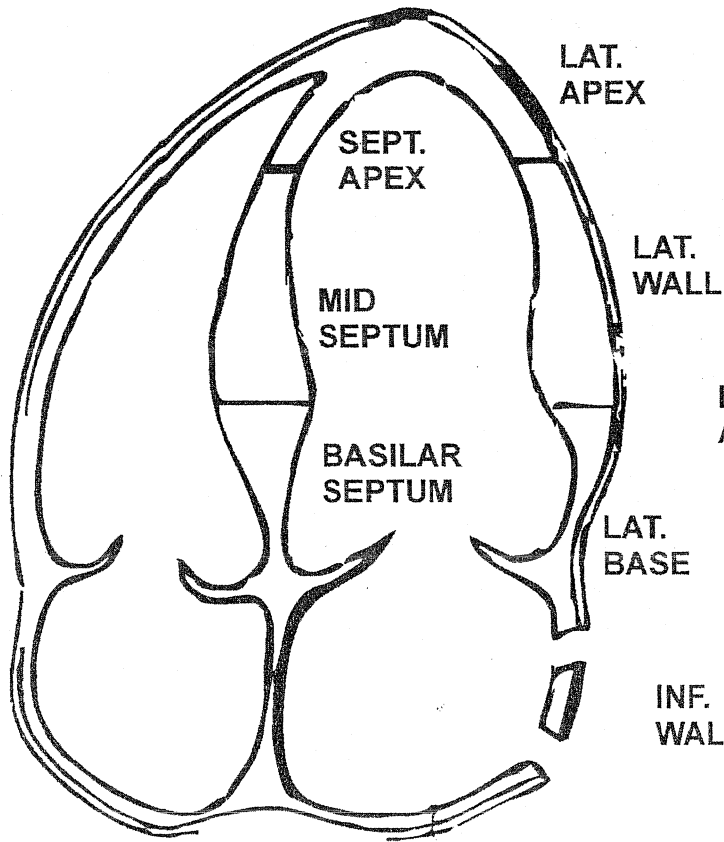
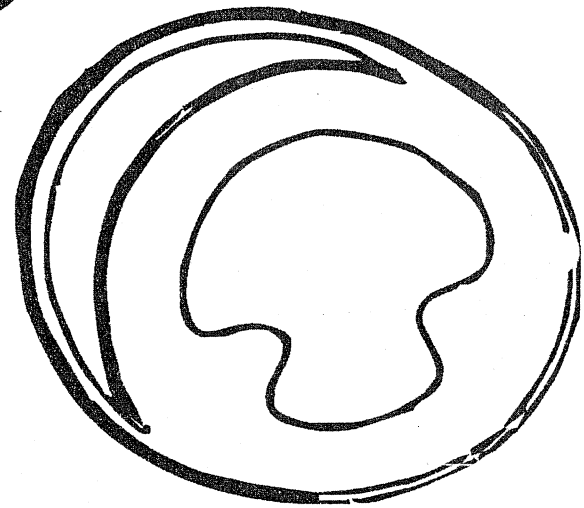
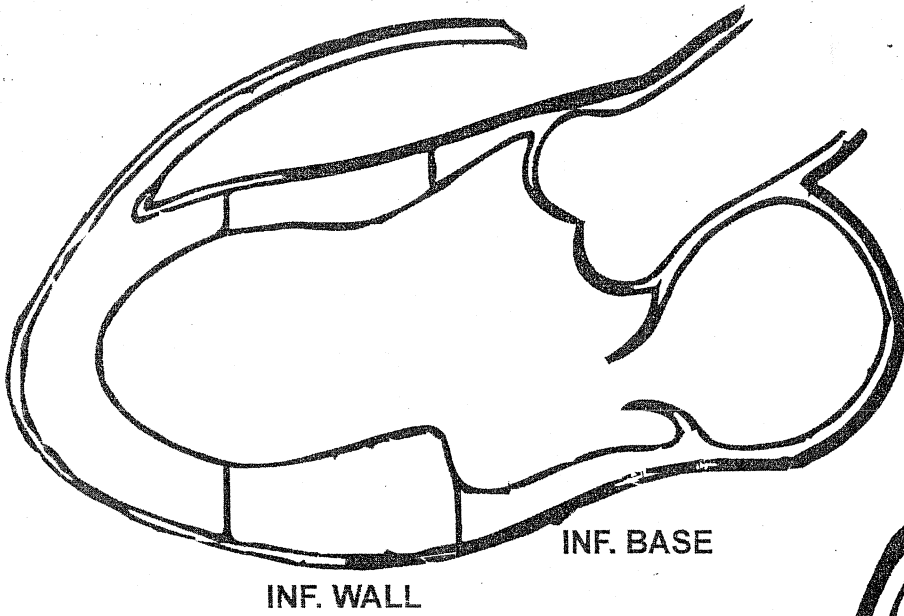
ПЕРИКАРДЕН ИЗЛИВ

Доплер: _____

Д-р: _____

Идентификация на статуса: ПРП 7.3.1/ОД 01/ Версия 03/1.072018 г.

Ниво на достъп: общодостъпен за служебно ползване достъп за администратори скрит



МБАЛ „НАЦИОНАЛНА КАРДИОЛОГИЧНА БОЛНИЦА” ЕАД

До
Изпълнителния директор
на МБАЛ „НКБ” ЕАД

**ЗАЯВЛЕНИЕ
за освобождаване от аутопсия**

От роднините на _____, _____ г.,
починал в НКБ, клиника/отделение _____ на _____ г.
адрес: _____
л.к. № _____, ЕГН: _____

Уважаеми г-н Директор,

Моля, горепосоченият наш роднина да бъде освободен от аутопсия.

Декларирам (е), че нямам(е) претенции към:

- поставената диагноза;
- приложеното лечение;

1. _____, ЕГН: _____

Род. връзка: _____

2. _____, ЕГН: _____

Род. връзка: _____

С уважение: 1. _____ 2. _____

***Нямам/ *Имам възражения за освобождаване от аутопсия**

Коментар (нач. к-ка/ отд.): _____

**Началник к-ка/ отд. (деж. л-р): _____

Дата: _____ ()

ЗАПОВЕД № _____ / _____ 201_ г.

на основание чл. 98, ал. 4 от ЗЗ и подадена изрична писмена молба

***Разрешавам / *Неразрешавам:**

Освобождаване от патологоанатомична аутопсия на пациента:

починал в _____ на _____ г.

** Изпълнителен директор (деж. л-р) _____

** При възможност за варианти, нежеланият текст се зачертава (задрасква). Валиден е незачертаният текст.*

***В отсъствието на началника на клиниката (отделението) и/или изпълнителния директор подписа се полага от дежурния лекар; името на лекаря да се изписва четливо.*

Оригиналът на настоящия документ се съхранява в Отделението по патоанатомия и цитоморфологична диагностика, а копие – в ИЗ.

Идентификация на статуса: **ПРП 6.5.1./ ОД 01/ Версия 03/1.07.2008г.**

Ниво на достъп: 1. общодостъпен 2. за служебно ползване 3. поверителен 4. секретен

Място на файла в мрежата (попълва се при съхранение на електронен носител):

Извадка от Закона за здравето

Чл. 98. (1) На лицата, починали в лечебно заведение, се извършва патологоанатомична аутопсия след уведомяване на родител, пълнолетно дете, съпруг, брат или сестра.

(2) Патологоанатомична аутопсия се извършва и при смърт на дете, настанено извън семейството по реда на Закона за закрила на детето.

(3) Патологоанатомична аутопсия на лица, починали извън лечебно заведение, може да се извърши по искане на лекаря, който е констатирал смъртта, или по искане на близките на починалия.

(4) По изрична молба на близките на починалия в случаите по ал. 1 ръководителят на лечебното заведение може да издаде заповед за освобождаване от патологоанатомична аутопсия.

(5) По изрична писмена молба на родител, настойник или попечител ръководителят на лечебното заведение може да издаде заповед за освобождаване от патологоанатомична аутопсия в случаите по ал. 2 само ако детето е починало в лечебно заведение за болнична помощ.

(6) Патологоанатомична аутопсия не се извършва, когато трупът подлежи на съдебномедицинска експертиза.

N. 92

ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИОННИ СЕСТРИ

Оперативен Протокол N / Дата

_____ / _____

Час влизане в оперционна:

Час излизане от оперционна:

Име на пациента:

ЕГН:

ИЗ:

Процедура:

Оператор:

1ви асистент:

2ри асистент:

3ти асистент:

4ти асистент:

Операционна сестра (1)

Операционна сестра (2)

Шпрингер (1)

Шпрингер (2)

Количество студен физ. разтвор:

Количество топъл физ. разтвор (лаваж):

Медикаменти добавени към лаважа:

Дезинфекционен разтвор:

Забележки:

Други:

Взет материал да не

За хистология:

1 _____

2 _____

3 _____

За микробиология:

1 _____

2 _____

3 _____

Позиция на пациента:

по гръб латерална друга-

1 лява

2 дясна

Позиция на ръцете:

прибрани до тялото

лява ръка отведена в страни

дясна ръка отведена в страни

Позиция на плочката:

десен глутеус

ляв глутеус

дясно бедро

ляво бедро

друга -

Гръдни дренове:

Медиастинален

Ляв плеврален

Десен плеврален

На подводна аспирация

Кардиотомен резервоар

Колба за селсейвър

№ 94/ 2477 (122)

От _____ здравно заведение До _____ здравно заведение
отделение, клиника, кабинет Паталогоанатомично отделение
гр./с./ _____ гр. _____

ИСКАНЕ ЗА ХИСТОПАТОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

_____ шифър

на материал взет от _____ М Ж
собствено, бащино и фамилно име

род. _____ ден мес. год. Адрес: гр./с./ _____ община (област)
ул., №, вх., ет. Професия _____

Материалът е взет от _____ орган

чрез _____ изрязване, кюретаж, друг способ - да се впише

на _____ ден мес. год. и е фиксиран в _____

Кратки клинични данни (история, диагност. изследване, лечение):

Вероятна клинична диагноза:

Предишни биопсични изследвания: _____ не, да _____ кога _____ дата _____

наименование на здр. заведение

Резултат: _____

Лекар: _____ подпис, длъжност

Дата: _____ ден мес. год. _____ собствено и фамилно име

РЕЗУЛТАТ ОТ ХИСТОПАТОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

№ _____

Хистопатологичното изследване на изпратения от Вас материал,
получен на _____ ден мес. год. _____ показва:

Микроскопски:

Хистологично:

Диагноза:

Лекар: _____
подпис, длъжност

Дата: _____
ден мес. год.

собствено и фамилно име

№ 95

КСХА - СЪДОВА ХИРУРГИЯ

Дата

Име, презиме, фамилия		
Паспорт / лична карта	да	не
Документи	да	не
Пари	да	не
Часовник	да	не
Зъбни протези	да	не
Очила	да	не
GSM	да	не
Други	да	не
Предал:	Приел:	

МАНИПУЛЯЦИОННО ТАБЛЮ - БОКСОВЕ

110 96

	ИМЕ	НАЗНАЧЕНИЕ / ДОЗА	ВИД	ЧАС
1 - БОКС				
2 - БОКС				
3 - БОКС				
4 - БОКС				

№ 97

МАНИПУЛАЦИОННО ТАБЛО - СЕКТОР

СТАЯ	ИМЕ	НАЗНАЧЕНИЕ / ДОЗА	ВИД	ЧАС

ХРАНИТЕЛНО ТАБЛО - БОКСОВЕ

	ИМЕ	БРОЙ ПРИЕМ/ВИД	ЧАС/КОЛИЧЕСТВО
1 - БОКС			
2 - БОКС			
3 - БОКС			
4 - БОКС			

№ 99

ХРАНИТЕЛЬНО ТАБЛО – сектор

СТАЯ	ИМЕ	БРОЙ ПРИЕМ/ВИД	ЧАС/КОЛИЧЕСТВО

N° 100

МБАЛ - НКБ - ЕАД

НЕВРОЛОГИЧЕН СТАТУС

на болния _____

I. МЕНИНГИАЛНИ СИМПТОМИ

	При постъпване	При изписване
Ригидност на врата		
Керниг		
Брудзински - горен		
- долен		
Главоболие		
Повръщане		
Други симптоми		

II. ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИ НЕРВИ

При постъпване	При изписване

III. ДВИГАТЕЛНИ ФУНКЦИИ

	При постъпване	При изписване
Парези		
Скованост на движенията		
Мускулен тонус		
Хиперкинезии		
Походка		
Говор		
Механична възбудимост (Хвостек, Турсо)		
Координация - обща характеристика		

VI. СЕТИВНОСТ

	При постъпване		При изписване	
	Д	Л	Д	Л
<p>Симптом на Нери Симптом на Ласег Симптом на Васерман Други Спонтанни болки Главоболие Парестезии</p> <p style="margin-left: 100px;">болка</p> <p style="margin-left: 80px;">хипестезия</p> <p style="margin-left: 100px;">температура</p> <p style="margin-left: 80px;">хиперестезия</p> <p style="margin-left: 100px;">допир</p> <p>Ставно-мускулен усет Вибрационен усет Двумерно-пространствен усет Стереанестезия Хиперпапия</p>				

VII. ВИСШИ КОРОВИ ФУНКЦИИ (СЪЗНАНИЕ; АФАЗИЯ; АПРАКСИЯ; АГНОЗИЯ)

При постъпване	При изписване

VIII. ТАЗОВИ РЕЗЕРВОАРИ

При постъпване	При изписване

IX. ВАЗОМОТОРНИ, СЕКРЕТОРНИ И ТРОФИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

При постъпване	При изписване

X. АНГИОЛОГИЧЕН СТАТУС

XI. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ПРОЯВИ

XII. СИНДРОМИ

При постъпване	При изписване

XIII. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН ПЛАН

А. Диагноза:

Б. Диференциална диагноза:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

В. Изследвания и консултации:

Г. Показатели за наблюдение:

Д. Лечение:

Е. Режим: _____

Диета: _____

Лекуващ лекар:

Зав. отделение:

МБАЛ - НКБ - ДЕТСКА КАРДИОЛОГИЧНА КЛИНИКА

ЕЖЕДНЕВНИ НАЗНАЧЕНИЯ

Кл. Пътека № _____ Дата _____

ИЗ № _____ Ден хосп. _____ Ден оп. _____ Тегло _____ Ръст _____ т.п. _____

Име _____ ЕГН _____

Диагноза _____

i.v. път _____

Общо течност за 24 часа _____

През устата: _____

Инфузно: _____

Час	Медикамент	Начин на приложение
-----	------------	---------------------

Час	то	Пулс	Дишане	Храна	Назначения: Ренген, ЕКГ, ЕхоКГ, КАС, ПКК, Диф, Тромбо, Хемостаза, Креатони, Електролити, общ белтък, Протеинограма, ЦРП, Ензими _____ Други биох. _____ Микро (нос, гърло, фекална, урина, хемокултура, др.) _____ Урина
-----	----	------	--------	-------	--

Идентификация на статуса: ПРП 7.8.1 / СД 06 / Версия 03/10/2008 г.

Ниво на достъп: общодостъпен за служебно ползване лаборатория секретен

№ 107

НАЦИОНАЛНА КАРДИОЛОГИЧНА БОЛНИЦА



ОТДЕЛЕНИЕ ПО ДЕТСКИ БОЛЕСТИ

ул. "Коньовица" №65, София 1309

Тел.: 02/92 17 165

МЕДИЦИНСКА БЕЛЕЖКА

ИМЕ.....възраст.....

АДРЕС

ДИАГНОЗА

Е бил на преглед, изследвания и лечение в отделението

От до

Да послужи пред

СОФИЯ,

ЛЕКАР:

№ 109

ИМЕ

Dg

ИЗСЛЕДВАНИЯ	ДАТА	ТЕРАПИЯ

Идентификация на статуса: ПРП 7.1.1-1 / ОД 12 / Версия 03 / 1.07.2009г.

Ниво на достъп: общодостъпен за служебно ползване поверителен скрит

Място на файла в мрежата (попълва се при съхранение на електронен носител)

15. 110

**Контролно УЗ Доплерово изследване след операция
(интервенционална процедура, медикаментозно лечение)**

Пациент: год.
Клиника по съдова хирургия и ангиология, Стая..... Легло..... ИЗ№

Дата:.....

Артериален Доплер:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| a. brachialis dex.....sin..... mm Hg | |
| a. tibialis posterior dex. | a. radialis dex. |
| a. dorsalis pedis dex. | a. ulnaris dex. |
| a. tibialis posterior sin. | a. radialis sin. |
| a. dorsalis pedis sin. | a. ulnaris sin. |

ABI dex. ABI sin.

Дуплекс УЗ изследване:

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

Извършил изследването:

Д-р

Дата:.....

Артериален Доплер:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| a. brachialis dex.....sin..... mm Hg | |
| a. tibialis posterior dex. | a. radialis dex. |
| a. dorsalis pedis dex. | a. ulnaris dex. |
| a. tibialis posterior sin. | a. radialis sin. |
| a. dorsalis pedis sin. | a. ulnaris sin. |

ABI dex. ABI sin.

Дуплекс УЗ изследване:

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

Извършил изследването:

Д-р

№ 113

ТРАНСФУЗИОНЕН ЛИСТ

за преливане на кръв и кръвни съставки

име:..... на години

кръвна група..... Rh фактор..... (фиш за имунохематологично изследване №..... от год.)

Диагноза:..... ИЗ №..... / год.

Прелята кръвна съставка:

№ на сак	Вид	Кръвна група/ Rh фактор	Количество (мл)	Годен до: (дата)	Фиш за съвместимост №

Извършена: директна проба биологична проба лекар:
/ име, фамилия, подпис /

Дата на кръвопреливане	Начало на кръвопреливането (час)	Край на кръвопреливането (час)	Прелято количество	Система №

Преливане:	Местоположение:	<input type="checkbox"/> операционна	<input type="checkbox"/> интензивно отделение	<input type="checkbox"/> ВО	<input type="checkbox"/> ДО	<input type="checkbox"/> АГ	<input type="checkbox"/> ХО
	Време на деня:	<input type="checkbox"/> амбулатория	<input type="checkbox"/> друга	<input type="checkbox"/> в работно време	<input type="checkbox"/> нощна смяна	<input type="checkbox"/> празник	

Поносимост: без реакции с реакции с усложнения

Симптоми и клинични / биологични белези на реакцията:

Признаци	преди	след	Симптоми(1)	Симптоми(2)	Биологични
Температура °С	<input type="checkbox"/> Дискомфорт	<input type="checkbox"/> болка в гърба	<input type="checkbox"/> положителен DAGT
Кръвно налягане	<input type="checkbox"/> Втрисване	<input type="checkbox"/> болка в гърдите/корема	<input type="checkbox"/> хипербилирубинемия
Пулс	<input type="checkbox"/> Сърбещ	<input type="checkbox"/> гадене/повръщане	<input type="checkbox"/> ALT>2N
Хемоглобинурия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Уртикария	<input type="checkbox"/> диспнея	<input type="checkbox"/> Други:
Сърдечна аритмия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Зачервяване	<input type="checkbox"/> остра бъбречна недостатъчност	
Други:			<input type="checkbox"/> Обрив	<input type="checkbox"/> шок	
			<input type="checkbox"/> Жълтеница	<input type="checkbox"/> загуба на съзнание	
			<input type="checkbox"/> Друг:	<input type="checkbox"/> други:	

Извършил преливането: сестра:
/име, подпис/

лекар:
/име, подпис/

ВНИМАНИЕ!

1. Преливай само след извършени изследвания за съвместимост!
2. При настъпила реакция или усложнения се попълва Форма за съобщаване на усложнения
3. Сакът от прелятата кръв (кръвна съставка) се съхранява 24 часа!
4. Попълва се в 2 екземпляра - по един за ИЗ и ЦТХ!

116

Пациент _____ (име, фамилия) род. _____ (дата)

Хосп. _____ (дата)

Диагноза _____

Операция _____ (дата) ИКИ _____ (дата)

Пациент _____ (име, фамилия) род. _____ (дата)

Хосп. _____ (дата)

Диагноза _____

Операция _____ (дата) ИКИ _____ (дата)

Пациент _____ (име, фамилия) род. _____ (дата)

Хосп. _____ (дата)

Диагноза _____

Операция _____ (дата) ИКИ _____ (дата)

РАПОРТ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ - РЕАНИМАЦИЯ

15. 11.17

Дата _____ Дн. см. Н. см. Иниц.

1. Дефибрилатор бр. в изправност Проблеми: _____

2. Монитори бр. в комплект Липси: _____

3. Колби мека
аспирация бр. в изправност Проблеми: _____

4. Перфузори бр. в изправност Проблеми: _____

5. Апарат ЕКГ бр. в изправност Проблеми: _____

6. Апарат КД бр. в изправност Проблеми: _____

7. Ларингоскоп бр. в изправност Проблеми: _____

8. Амбу бр. в изправност Проблеми: _____

9. Къмпингова
лампа бр. в изправност Проблеми: _____

10. Термометри бр. в изправност Проблеми: _____

11. Инфузомат бр. в изправност Проблеми: _____

12. Astoterm бр. в изправност Проблеми: _____

13. Dopler бр. в изправност Проблеми: _____

14. VENENA "A"

Отчетена да не

Забележка: _____

15. Спешен шкаф: отчетен да не

16. Репорт за работа с пациентите

■ венозни и периферни назначения изпълнени неизпълнени

Забележка: _____

■ Външен вид и хигиена на болните добра незадоволителна

Забележка: _____

■ Проблеми при работа с пациентите да не

Забележка: _____

17. Общоболнична хигиена:

■ работна зала:

болнични легла и прилежащи повърхности: почистени да не

работен плот: почистен да не

■ офис санитарии:

посуда: измита да не

печка и скара: измити да не

■ столова:

почистена, измита да не

Взети / дадени медикаменти, консумативи и от / на други отделения

Проблеми по време на дежурството: _____

Дежурен персонал: _____

Имаше болни:

Преведени:

Приети:

Изписани:

Починали:

Остават:

Предал: _____

Приел: _____

Идентификация на статуса: ПРП 7.7.1/ОД 16/ Версия 03/1.07.2008 г.

Ниво на достъп: общогостъпен за служебно ползване поверителен секретен

Място на файла в мрежата (попълва се при съхранение на електронен носител): _____

Усложненията се отбелязват в момента на появата и регистрирането им от съответния лекар! Формулярът остава в ИЗ на пациента.



MediCare
База данни - ОСХ

ИМЕ ИЗ № Операцията, дата:

ЕКК ДАННИ

- | | | | |
|---------------------------|-----------------|---|--|
| 1. перфузия .....min | 5. Кардиоплегия | <input type="checkbox"/> антеградна кристалоидна | 6. <input type="checkbox"/> биопомпа |
| 2. клампаж .....min | | <input type="checkbox"/> ретроградна кристалоидна | 7. <input type="checkbox"/> Cell Saver |
| 3. циркул. арест .....min | | <input type="checkbox"/> кръвна | |
| 4. миним. T° в ЕКК | | | |

АНЕСТЕЗИЯ

1. обща анестезия с ендотрахеална интубация
 2. обща анестезия без ендотрахеална интубация
 3. локална анестезия + седация

БИОДАНИИ

1. ръст cm
 2. теглоkg
 3. телесна повърхност m² BMI %

ЦИРКУЛАТОРЕН СЪПОРТ И МОНИТОРИНГ НА ХЕМОДИНАМИКАТА

- | | | | |
|---|--|--|---|
| 1. Инотропни при напускане на операционната | <input type="checkbox"/> DOBUTAMIN
<input type="checkbox"/> DOPAMIN
<input type="checkbox"/> ADRENALIN
<input type="checkbox"/> COROTROP
<input type="checkbox"/> NORADRENALIN | 2. Мониторирани на сърдечния дебит (Swan Ganz катетър) | <input type="checkbox"/> предоперативно
<input type="checkbox"/> интраоперативно
<input type="checkbox"/> постоперативно |
| 3. IABP – време на поставяне | <input type="checkbox"/> предопер.
<input type="checkbox"/> интраопер.
<input type="checkbox"/> постопер. | 4. IABP – индикация за поставяне | <input type="checkbox"/> нисък сърд. дебит
<input type="checkbox"/> нестабилна ангина
<input type="checkbox"/> излизане от ЕКК
<input type="checkbox"/> профилактично
<input type="checkbox"/> PTCA подпомагане
<input type="checkbox"/> шок |
- VAD LVAD RVAD BVAD TAH

ПРИЛОЖЕНИЕ НА ЛЕВОСИМЕНДАН

ДА НЕ

CVVHDF

ДА НЕ

КРЪВОЗАГУБА И АХТ

- интраоперативна кръвозагуба ml
 постоперативна кръвозагуба ml
 изоволемична АХТ ml

ИЗПОЛЗВАНИ БИОПРОДУКТИ

- еритроцитен концентрат OR ICU общо ml
 прясно замразена плазма OR ICU общо ml
 тромбоцитен концентрат OR ICU общо ml

ОСОБЕНОСТИ ПО ВРЕМЕ НА АНЕСТЕЗИЯ

- системна алергична реакция / шок
 трудна интубация / водач
 трудна интубация / бронхоскоп
 регургитация и аспирация на стомашно съдържимо
 пневмоторакс / хемоторакс при пункция на централна вена

ЛИСТ ЗА РЕГИСТРАЦИЯ НА ПЕРИОПЕРАТИВНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ

ОПЕРАТИВНИ:

- реоперация/кървене до 48 часа
- реоперация/перикарден излив / тампонада
- реоперация/оклузия графт
- реоперация/клапна дисфункция
- реоперация/други сърдечни
- реоперация/други несърдечни

ПЕРИОПЕРАТИВЕН МИОКАРДЕН ИНФАРКТ:

-
- ДА
-
- НЕ

(едновременно наличие на новопоявил се Q
зъбец или ЛББ + ензимен излив)

СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ:

- катехоламини и инотропни > 5 денонощия (>120 часа)
- катехоламини и инотропни > 2 денонощия + IABP
- Остра СН като причина за смъртта (< 120 часа от операцията)

КАРДИОЛОГИЧНИ – ДРУГИ:

- сърдечен арест
- постоперативно възникнали ритъмно-проводни нарушения,
довели до имплантация на постоянен РМ (не се включват
планово имплантирани РМ по време на основната операция)

ИНФЕКЦИИ:

- повърхностна на оперативните рани
(изискваща специфична терапия)
- медиастинит
- сепсис
- нозокомиална пневмония

НЕВРОЛОГИЧНИ УСЛОЖНЕНИЯ:

- делир, без наличие на огнищна симптоматика
- огнищна исхемия с остатъчна симптоматика
- кома (като дефинитивно състояние)

БЕЛОДРОБНИ НЕВЪЗПАЛИТЕЛНИ:

- продължителна апаратна вентилация > 7 дни
- апаратна вентилация > 7 дни + трахеостомия

БН НАЛАГАЩА БЗТ:

(Само новопоявила се ОБН или обострена
ХБН, без хронично-диализни пациенти)

- бъбречна недостатъчност налагаща А-V хемофилтрация
- бъбречна недостатъчност налагаща хемодиализа (всички
видове)


ГАСТРО-ИНТЕСТИНАЛНИ

- остро кървене от ГИТ с ендоскопска хемостаза
- остро кървене от ГИТ с оперативно лечение

ТРОМБО- ЕМБОЛИЧНИ

- периферна артериална тромбоза / емболия
- флеботромбоза / варикофлебит
- БТЕ

N 119

N- 119 

КАРТА НА ПАЦИЕНТ
ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

ИМЕ _____

ЕГН _____ 119

ИМАМ ВРОДЕН СЪРДЕЧЕН ПОРОК КЛАННА ПРОТЕЗА
 ПРИДОБИТ СЪРДЕЧЕН ПОРОК ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ
ПРОВЕЖДАМ АНТИКОАГУЛАЗНО ЛЕЧЕНИЕ ДА НЕ

НАБЛЮДАВАН СЪМ ОТ ЛЕКАР/БОЛНИЦА - НЦССЗ

ОТДЕЛЕНИЕ/КАБИНЕТ - № 54, 55 ТЕЛЕФОН - 23 27 94

Препоръчва се профилактично приложение на антибиотични при
зболевания и други манипулации, свързани с кръвоотечение



Стандартна профилактика:

Amoxicillin (Amorpen, Ampricillin) - 3,0 гр 1 час преди интервенцията
и 1,5 гр 6 часа след това през устата

При свръхчувствителност към Пеницилин:

Erythromycin - 1,0 гр 1 час преди интервенцията и 0,5 гр 6 часа по-късно през устата

При рискови болни:

Ampricillin - 2,0 гр, Penicillin - 2 млнг и Septranucipin - 1,5 гр на кг телно тегло на 30
мин преди интервенцията и повтаряне на същата доза 8 часа по-късно, след
преварително отцетена отрицателна кожна проба за чувствителност

ТЕЗИ ДОЗИ СА ВАЛИДНИ ЗА ВЪЗРАСТНИ И ДЕЦА НАД 10 ГОД.

Когато пациент е клинички стабилен, процесът
вече е с повишен риск за рецидив се

инфекциозен ендокерит. Затова, при всяка манипулация,
е необходимо да се вземат следните профилактични мерки:
1. При предоперативна манипулация, водещи до сърцеве
операциите, експозиция на зъб, почистване на зъба камък
и др., или от изгавицата на устната кухина, дишането на
г-ва или хлороформа;

-2,0g АМОКСИЦИЛИН 1 час ПРЕДИ МАНИПУЛАЦИЯТА
= при пълна изолация от среден прием -2 g АМОКСИЦИЛИН
или АМПИЦИЛИН ИНТРАВЕНОЗНО 1/2 - 1 час ПРЕДИ
МАНИПУЛАЦИЯТА

= при алергия към ПЕНИЦИЛИН - КЛИНИ АМПИЦИЛ бинидо
или АЗИТРОМИЦИН/АЗИТРОМИЦИН 500mg 1 час

ПРЕДИ МАНИПУЛАЦИЯТА
2. При предоперативна манипулация, водещи до сърцеве-операциите
на зъбите, експозицията на зъба, почистване на зъба камък и др.,
или от изгавицата на устната кухина, дишането на г-ва или хлороформа;
-2,0g АМПИЦИЛИН ИЛИ АМОКСИЦИЛИН ИНТРАВЕНОЗНО
1,5mg/kg телесно тегло ГЕНТАМИЦИН 1/2 - 1 час ПРЕДИ
ПРОЦЕДУРАТА, ПОСЛЕДВАН НА 6-я час СЛЕД ПРОЦЕДУРАТА
ОТ ПЕРОРАЛЕН ПРИЕМ НА 1/2 АМПИЦИЛИН ИЛИ
АМОКСИЦИЛИН

= при алергия към ПЕНИЦИЛИН: ВАНКОМИЦИН 1,0g на 1 час
ПРЕДИ ПРОЦЕДУРАТА + ГЕНТАМИЦИН 1,5mg/kg телесно тегло

№ 120

СБАЛССЗ-НКБ-ЕАД. ОАИЛ - СЕКТОР АНЕСТЕЗИЯ
ЛИСТ ЗА ИЗПОЛЗВАНИ МЕДИКАМЕНТИ

Идент. код:

Име Възраст Дата
 ИЗ № ЕГН Кл. пътека №
 Операция

	МЕДИКАМЕНТ	ВИД	КОЛИЧЕСТВО
1.	Dormicum		
2.	Thiopental		
3.	Diprivan		
4.	Ketalar		
5.	Etomidat		
6.	Lysthenon		
7.	Pavulon (Arduan)		
8.	Tracrium		
9.	Atropin		
10.	Nivalin		
11.	Sintostigmin		
12.	Papaverin		
13.	Isofluran		
14.	Sevofluran		
15.	Fentanil		
16.	DHBP		
17.	Ephedrin		
18.	Lidocain		
19.	Marcain Heavy		
20.	Marcain		
21.	Антибиотик		
22.	KCl		
23.	Ca Gluconicum		
24.	Ca Cl		
25.	NTG		
26.	Nipride (Naniprus)		
27.	Dilzem		
28.	Obsidan		
29.	Heparin		
30.	Protamin		
31.	Gordox (Trasilol)		
32.	Urbason		
33.	Dexametazon		
34.	NaHCO ₃		
35.	Dopamin		
36.	Dobutamin		
37.	Adrenalin		
38.	Chlophazolin		
39.	Corotrope		
40.	Neo-synephrin		

	МЕДИКАМЕНТ	ВИД	КОЛИЧЕСТВО
41.	Regitin		
42.	Isoptin		
43.	Furanthril		
44.	Cordaron		
45.	Rytmonorm		
46.	Novphyllin		
47.	Quamatel		
48.	Nimotop		
49.	Nexium		
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			

ИНФУЗИОННИ РАЗТВОРИ

	ИНФУЗИОНЕН РАЗТВОР	ВИД	КОЛИЧЕСТВО
1.	NaCl 0,9% 500ml		
2.	Ringer (Hartmann) 500ml		
3.	Ringer Lactat (Hartmann) 500ml		
4.	Ringer Lactat (Hartmann) 1000ml		
5.	Sol. Glucosae 500ml		
6.	Sol. Laevulosae 500ml		
7.	Sol. Heparin Sodium 500ml		
8.	Gellafuzin 500ml		
9.	Mannitol 500ml		
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

БИОПРОДУКТИ

	БИОПРОДУКТ	ВИД	КОЛИЧЕСТВО
1.	Human Albumin 20% 100ml		
2.	Human Albumin 5% 250ml		
3.	Human Albumin 5% 500ml		

Лист за регистриране на интравенозен достъп

Дата на въвеждане	Място на въвеждане	Име на въвеждащия	Проходимост, превръзка	Име на контролиращия	Дата на смяна на мястото	Име на извършилия смяната	Причина за смяната

Идентификация на статуса: **ОД А20/** Версия 01/11.05.2011

Ниво на достъп: общодостъпен за служебно ползване поверителен секретен

Място на файла в мрежата (попълва се при съхранение на електронен носител): _____

11/11/11

<p>14. Фактори на работната среда:</p> <p>• Фактор _____ (в степен и словесен израз на степента)</p> <p>Оценка на риска: _____ (оружа информация)</p> <p>Експозиция: _____ (средствена) _____ (в години стаж)</p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p>	<p>14. Фактори на работната среда:</p> <p>• Фактор _____ (в степен и словесен израз на степента)</p> <p>Оценка на риска: _____ (оружа информация)</p> <p>Експозиция: _____ (средствена) _____ (в години стаж)</p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p>
<p>• Фактор _____ (в степен и словесен израз на степента)</p> <p>Оценка на риска: _____ (оружа информация)</p> <p>Експозиция: _____ (средствена) _____ (в години стаж)</p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p>	<p>• Фактор _____ (в степен и словесен израз на степента)</p> <p>Оценка на риска: _____ (оружа информация)</p> <p>Експозиция: _____ (средствена) _____ (в години стаж)</p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p>
<p>• Фактор _____ (в степен и словесен израз на степента)</p> <p>Оценка на риска: _____ (оружа информация)</p> <p>Експозиция: _____ (средствена) _____ (в години стаж)</p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p>	<p>• Фактор _____ (в степен и словесен израз на степента)</p> <p>Оценка на риска: _____ (оружа информация)</p> <p>Експозиция: _____ (средствена) _____ (в години стаж)</p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p>
<p>• Фактор _____ (в степен и словесен израз на степента)</p> <p>Оценка на риска: _____ (оружа информация)</p> <p>Експозиция: _____ (средствена) _____ (в години стаж)</p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p>	<p>• Фактор _____ (в степен и словесен израз на степента)</p> <p>Оценка на риска: _____ (оружа информация)</p> <p>Експозиция: _____ (средствена) _____ (в години стаж)</p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p>

<p>Фактори на работния процес:</p> <p>15. В работния процес са ангажирани предимно:</p> <ul style="list-style-type: none"> • горен крайник (десен): <input type="checkbox"/> - пръсти; <input type="checkbox"/> - китка; <input type="checkbox"/> - предмишница; <input type="checkbox"/> - мишница; <input type="checkbox"/> - раменен пояс; • горен крайник (ляв): <input type="checkbox"/> - пръсти; <input type="checkbox"/> - китка; <input type="checkbox"/> - предмишница; <input type="checkbox"/> - мишница; <input type="checkbox"/> - раменен пояс; • долни крайници чрез _____ <p>• гръбначен стълб: <input type="checkbox"/> - шия отдел; <input type="checkbox"/> - гръден отдел;</p> <p><input type="checkbox"/> - поясен отдел; <input type="checkbox"/> - поясено-кръстов отдел;</p> <p>16а. Работна зона:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - оптимална; <input type="checkbox"/> - максимална; <input type="checkbox"/> - извън тях; <p>17а. Физическо натоварване:</p> <p>Оценка на риска: _____ <i>(в степен и словесен израз на степента)</i></p> <p>Експозиция: _____ <i>(друга информация)</i></p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p> <p>_____</p>	<p>Фактори на работния процес:</p> <p>15. В работния процес са ангажирани предимно:</p> <ul style="list-style-type: none"> • горен крайник (десен): <input type="checkbox"/> - пръсти; <input type="checkbox"/> - китка; <input type="checkbox"/> - предмишница; <input type="checkbox"/> - мишница; <input type="checkbox"/> - раменен пояс; • горен крайник (ляв): <input type="checkbox"/> - пръсти; <input type="checkbox"/> - китка; <input type="checkbox"/> - предмишница; <input type="checkbox"/> - мишница; <input type="checkbox"/> - раменен пояс; • долни крайници чрез _____ <p>• гръбначен стълб: <input type="checkbox"/> - шия отдел; <input type="checkbox"/> - гръден отдел;</p> <p><input type="checkbox"/> - поясен отдел; <input type="checkbox"/> - поясено-кръстов отдел;</p> <p>16. Работна зона:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - оптимална; <input type="checkbox"/> - максимална; <input type="checkbox"/> - извън тях; <p>17. Физическо натоварване:</p> <p>Оценка на риска: _____ <i>(в степен и словесен израз на степента)</i></p> <p>Експозиция: _____ <i>(друга информация)</i></p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p> <p>_____</p>
<p>Експозиция: _____ <i>(сроковност)</i> _____ <i>(в години стаж)</i></p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p> <p>_____</p> <p>• вдигане и пренасяне на тежести:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - самостоятелно; <input type="checkbox"/> - съвместно с други лица; <p>Разстояние: _____ м</p> <p>Тегло: _____ кг - за единичен похват; _____ кг - общо за смяна</p> <p>Време между отделни операции: _____</p> <p>• поддържане на тежест (статично натоварване)</p> <p>_____ ч/смяна</p> <p>• бутане и теглене _____ ч/смяна; Разстояние: _____ м</p> <p>Използвано помощно средство: _____</p> <p>18а. Двигателно-мозговна работа: <input type="checkbox"/> - да; <input type="checkbox"/> - не;</p> <p>19а. Работна поза:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - в тясно пространство - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - правостояна - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - седяща - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - нависена - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - на колене - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - с натиск върху лакътя - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - с натиск върху китката - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - с натиск върху пръстите на краката - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - с ръце над нивото на раменете - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - друга _____ ч/смяна <p>20а. Физиколителен режим на труд и почивка:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - въведен; <input type="checkbox"/> - не е въведен; <p>21а. Други видове усилки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - главово усилки - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - зрително напрежение - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - първо-психично напрежение - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - друга _____ ч/смяна 	<p>Експозиция: _____ <i>(сроковност)</i> _____ <i>(в години стаж)</i></p> <p>Предприети мерки за ограничаване на въздействието:</p> <p>_____</p> <p>• вдигане и пренасяне на тежести:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - самостоятелно; <input type="checkbox"/> - съвместно с други лица; <p>Разстояние: _____ м</p> <p>Тегло: _____ кг - за единичен похват; _____ кг - общо за смяна</p> <p>Време между отделни операции: _____</p> <p>• поддържане на тежест (статично натоварване)</p> <p>_____ ч/смяна</p> <p>• бутане и теглене _____ ч/смяна; Разстояние: _____ м</p> <p>Използвано помощно средство: _____</p> <p>18. Двигателно-мозговна работа: <input type="checkbox"/> - да; <input type="checkbox"/> - не;</p> <p>19. Работна поза:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - в тясно пространство - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - правостояна - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - седяща - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - нависена - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - на колене - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - с натиск върху лакътя - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - с натиск върху китката - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - с натиск върху пръстите на краката - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - с ръце над нивото на раменете - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - друга _____ ч/смяна <p>20. Физиколителен режим на труд и почивка:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - въведен; <input type="checkbox"/> - не е въведен; <p>21. Други видове усилки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - главово усилки - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - зрително напрежение - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - първо-психично напрежение - _____ ч/смяна <input type="checkbox"/> - друга _____ ч/смяна

ТЕЛК
МБАЛ - НКБ - ЕАД - гр. София
/бивша III гр. Болница/
ул. "Коньовица" 65, общ. Илинден
I етаж
Тел.: 921 71 75

123

- До _____
- Във връзка с явяването Ви на ТЕЛК, следва да представите посочените документи:
1. Пълна кръвна картина: хемоглобин, левкоцити, хематокрит, диф. броене, СУЕ
 2. Тромбоцити, време кървене, време съсирване
 3. Серумен креатинин, пикочна киселина, креатининов клирънс, липиди, кръвно-захарен профил
 4. Серумен билирубин /общ, директен/, АСАТ, АЛАТ, Аф, ГГТ, хепатитни маркери
 5. Протеинограма
 6. Електролити: натрий, калий - общ и йонизиран
 7. Диастаза в серума и урината
 8. Щитовидни хормони: FT3, FT4,, ТТН, ТАТ, МАТ
 9. Урина - пълно изследване, количество белтък в урината за 24 ч., урופосявки, микроалбумин.
 10. Рентгенография с разчитане на: гръден кош /бели дробове и сърце/, венозна урография, скопия и графия на стомаха с пасаж, иригография, ФГС /фиброгастроскопия/
 11. Рентгенография на кости и стави _____
 12. КТ /скенер/ на _____
 13. Доплер-сонография на периферни съдове
 14. Ехография на коремни органи
 15. Ехокардиография
 16. Електрокардиограма, работна проба с натоварване /велоергометрия/, Холтер-ЕКГ
 17. Електроенцефалограма, електромиография на долни /горни/ крайници
 18. Отоневрологично изследване. Аудиограма с разчитане на децибели
 19. Вегетологични изследвания, остеоденситометрия
 20. Очни дъна, визус, степен на ретинопатия
 21. Консултации със _____
специалисти _____
22. Извършените консултативни прегледи и изследвания потвърждаващи диагнозите, описани в протокол на ЛКК или в медицинско направление за ТЕЛК
23. Лична амбулаторна карта и рецептурна книжка, разпореждане на НОИ за пенсия по чл. 68 от КСО
24. Етапна епикриза от личния лекар за промяна в състоянието от предно явяване
25. Епикризи от проведено стационарно лечение - оригинал и ксерокопие
26. Всички консултации и изследвания във връзка с влошаване на състоянието
27. Акт за трудова злополука - оригинал
28. Ако състоянието на пациента не позволява явяване в ТЕЛК, следва 3-4 дни преди определената дата да се представи талон от личния лекар с точно описание на обективното състояние за уговорка за домашно посещение _____
29. Справка за временна неработоспособност за _____ год.
30. Производствена характеристика по образец, който се попълва от работодателя и се представя в два екземпляра в ТЕЛК
31. Трудова книжка

Решението се получава лично или от упълномощено лице, с нотариално заверено пълномощно.

В ТЕЛК се явете

на: _____

_____ като носите посочените изследвания и ЛИЧНА КАРТА

СОФИЯ _____ 20 _____ г.

Председател на ТЕЛК _____

№ 128

ОПАСНИ БОЛНИЧНИ ОТПАДЪЦИ

Код: _____



МБАЛ "НКБ" ЕАД

От _____
(клиника/отделение/лаборатория/звено)

За охлаждане: ДА НЕ
(отбележете с "X")

Дата и час на предаване: _____

Приел: _____
(име и подпис)

Предал: _____
(име и подпис)



N. 124

МБАЛ "НАЦИОНАЛНА КАРДИОЛОГИЧНА БОЛНИЦА" - ЕАД СОФИЯ

София 1309, ул. "Коньовица" 65

Изпълнителен директор
тел.: +359 2/ 9211-409
+359 2/ 9211-410
+359 2/ 8223-134
факс: +359 2/ 8221-582

Информация: 02 - 9211 - 211
Регистратура: 02 - 9217 - 160
02 - 9217 - 161
Спешен кабинет: 02 - 9217 - 152
e-mail: nkb@hearthospital.bg

Изх. №/.....2012 г.

