

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к приказу министерства
здравоохранения Самарской области
от 29.09.2015 № 1414

(Наименование учреждения здравоохранения) _____

(адрес, телефон) _____

Карта
стационарного (амбулаторного) лечения
пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии
на территории Самарской области¹

1. Ф.И.О. пострадавшего: _____

2. Пол: (муж./жен.) _____

3. Дата рождения _____

4. Адрес места жительства _____

5. Дата и время ДТП _____

6. Место ДТП с указанием зоны ответственности (км) _____

7. Вид эвакуации с места ДТП _____

(самостоятельно, бригада скорой медицинской помощи, ГИБДД)

8. Дата и время поступления в стационар (обращения в поликлинику) _____

9. Консультации специалистов травмоцентров 1-го уровня, _____

(очная, заочная, указать дату консультации, Ф.И.О., специальность консультанта, наименование учреждения)

10. Перевод в другое учреждение здравоохранения в соответствии с решением консультанта (консультантов) _____

(указать наименование учреждения и дату перевода)

11. Клинический диагноз по МКБ-10 _____

12. Вид травмы _____

(множественная, сочетанная, нейротравма, изолированная)

¹ Карта стационарного (амбулаторного) лечения пострадавшего в ДТП на территории Самарской области заполняется:

врачом (фельдшером) отделения (станции) скорой медицинской помощи в случае смерти пострадавшего в машине скорой медицинской помощи;

лечащим врачом стационара по итогам лечения каждого пострадавшего в ДТП;

лечащим врачом амбулаторно-поликлинического учреждения в каждом случае, когда пострадавший находился на амбулаторном лечении после получения травмы при первичном обращении (после ДТП сразу обратился в поликлинику).

13. Вид лечения _____
(оперативное, консервативное)

14. Количество проведённых оперативных вмешательств _____

15. Дата выписки пострадавшего из стационара (поликлиники) _____

16. Число проведенных койко-дней в условиях круглосуточного стационара _____

17. Исход лечения _____
(выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный исход с указанием даты и времени смерти)

18. Непосредственная причина смерти _____
_____, код по МКБ – 10 _____

19. Основная причина смерти _____
_____, код по МКБ – 10 _____

20. Внешняя причина смерти _____
_____, код внешней причины по МКБ -10 _____

21. Смерть наступила:

- в машине скорой медицинской помощи _____ (да/нет);
- в стационаре: в течение 30 суток после ДТП _____ (да/нет);
в том числе в течение первых 7 суток после ДТП _____ (да/нет);
- на дому: в течение 30 суток после ДТП _____ (да/нет);
В том числе в течение первых 7 суток после ДТП _____ (да/нет).

Заведующий отделением _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Лечащий врач _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Фельдшер ССМП _____
(подпись) (Ф.И.О., должность)

«__» _____ 20 __ г.
(дата заполнения карты)