**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 12 августа 2003 г. №403**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ И ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 089/У-КВ "ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ** **С ВНОВЬ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ СИФИЛИСА, ГОНОРЕИ, ТРИХОМОНОЗА, ХЛАМИДИОЗА, ГЕРПЕСА УРОГЕНИТАЛЬНОГО, АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ, МИКРОСПОРИИ, ФАВУСА, ТРИХОФИТИИ, МИКОЗА СТОП, ЧЕСОТКИ"**

   В целях упорядочения учета инфекций, передаваемых преимущественно половым путем, дерматофитии и чесотки, отработки системы мониторинга за больными и эпидситуацией по данным инфекциям приказываю:

    1. Утвердить учетную форму №089/у-кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки" (Приложение).

    2. Учетную форму №089/у-кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки" ввести в действие с 1 сентября 2003 года.

    3. Приказ Минздрава России от 07.08.2000 №315 "Об утверждении учетной медицинской документации" считать утратившим силу.

    4. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра Р.А. Хальфина.

*Министр*
*Ю.Л.ШЕВЧЕНКО*

Приложение

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Минздрава России
от 12 августа 2003 г. №403

    Форма №089/у-кв

**Извещение №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(взамен №\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_)**
о больном с вновь установленным диагнозом:
сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки.

1. Ф.И.О. или код больного

2. Пол: м 1 \_\_\_, ж 2 \_\_\_

3. Профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. Дата рождения \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ 5.Адрес фактического проживания больного: населенный пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корп.\_\_\_\_\_ кв.\_\_\_\_\_\_

6. Житель: города 1 \_\_\_\_, села 2 \_\_\_\_

7. Социальная группа: рабочий 1 \_\_\_\_, служащий 2 \_\_\_\_, неработающий 3 \_\_\_\_,

учащийся 4 \_\_\_, пенсионер 5 \_\_\_\_, инвалид 6 \_\_\_\_, другая (указать) 7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. Категория больного: житель данного субъекта РФ 1 \_\_\_\_, другого субъекта РФ 2 \_\_\_\_, СНГ 3 \_\_\_\_, БОМЖ 4 \_\_\_\_, контингент УИН 5 \_\_\_\_, СИЗО 6 \_\_\_\_, других ведомств указать какое) 7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, иностранный гражданин 8 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, другое 9 \_\_\_\_\_\_\_ 9. Место работы и должность (для декретиров. контингента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10. Детское учреждение (для детей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Реинфекция да \_\_\_\_, нет \_\_\_\_ Код МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_

12. Путь передачи: половой 1 \_\_\_, в т.ч. при сексуальном насилии 2 \_\_\_, бытовой 3 \_\_\_\_. 13. Наличие беременности: I триместр - 1 \_\_\_, II триместр - 2 \_\_\_\_, Ш триместр - 3 \_\_\_\_. 14.Лабораторное подтверждение: бактериоскопически 1 \_\_\_\_\_, серологически 2 \_\_\_\_\_. бактериологически 3 \_\_\_\_, другое (указать) 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 15. Место выявления заболевания: КВУ 1 \_\_\_, в т.ч. в КАОЛ 2 \_\_\_\_, в стационаре 3 \_\_\_\_ (профиль койки \_\_\_\_\_\_\_\_\_), в амбулаторно-поликлиническом учреждении 4\_\_\_\_ (специалист \_\_\_\_\_\_\_), в женской консультации 5 \_\_\_\_, другое 6 (вписать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 16. Обстоятельства выявления: самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в т.ч. по контакту 1 \_\_\_, активное выявление: как контакт больного 2 \_\_\_, донор 3 \_\_\_, при периодических медицинских осмотрах 4 \_\_\_, при поступлении на работу 5 \_\_\_, во время родов 6 \_\_\_, прочее 7 \_\_\_ (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 17. Дата установления диагноза \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача, установившего диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись и печать врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oборотная сторона

**Инструктивные указания:**

1. Извещение заполняется врачом на каждого больного с вновь установленным диагнозом ИППП и заразными кожными болезнями.

2. Извещение заполняется всеми медицинскими организациями независимо от ведомственной принадлежности, выявившим диагноз ИППП и заразные кожные болезни.

3. Нельзя вписывать два диагноза одной инфекции. Например, сифилис скрытый и сифилис висцеральный. Надо уточнить, какой диагноз является доминирующим и указать только его.

4. В случае выявления двух инфекций у одного и того же больного, например, гонореи и сифилиса, извещение заполняется на каждое заболевание отдельно.

5. При изменении диагноза внутри нозологической формы, заполняется новое извещение и ему присваивается тот же номер, что и предыдущему извещению.

6. При заполнении строки 1 "Ф.И.О. или код пациента" кодом может служить номер амбулаторной карты или иной принятый в ЛПУ. Фамилия, Имя, Отчество проставлять при наличии заразного кожного заболевания обязательно.

7. При постановке диагноза микроспории, микоза стоп, трихофитии, фавуса указывать локализацию (волосистая часть головы, ногти, гладкая кожа и т.д.).

8. В строке 7 "Социальная группа" позиция пенсионер отмечается в случае, если он не работает, если работает и учится, то отмечается только п.4 "учащийся".

9. Строки 12 и 13 заполняются только на больного ИППП.

10. Строка 14 "Лабораторное подтверждение" заполняется на все заболевания за исключением чесотки и герпеса урогенитального.

11. Заполненное извещение в 3-х дневный срок направляется в территориальный кожно-венерологический диспансер.

12. Дубликат извещения на микроспорию, чесотку, трихофитию, фавус, микозы стоп передается в центр Госсанэпиднадзора в 3-х дневный срок по месту жительства.

13. Сведения о числе вновь выявленных больных сифилисом (все формы), гонореей передаются в центр Госсанэпиднадзора 2-го числа каждого месяца суммарно.