

25. Процедура/операція штучного переривання вагітності						
Дата	Час	Код	Назва	Спеціаліст (прізвище, ім'я, по батькові, реєстра- ційний номер)	Тип анестезії*	Ускладнення (код за МКХ-10)

* Відсутня – 1; місцева – 2; загальна – 3; інша – 4.

Анамнез

26. Остання нормальна менструація (число, місяць, рік) 27. Кількість днів від першого дня останньої нормальної менструації _____

28. Менструації з _____ років по _____ днів через _____ днів

29. Характер менструальної функції: регулярні – 1; нерегулярні – 2; мізерні – 3; помірні – 4; значні – 5; болісні – 6

30. Статеве життя з _____ років 31. Використання методів контрацепції: так – 1; ні – 2

32. Конкретизуйте: _____ (методи контрацепції)

33. Кількість вагітностей, які закінчились пологами _____ 34. Кількість абортів _____

35. Загальна кількість вагітностей _____ 36. Остання вагітність _____

37. Остання вагітність закінчилась: пологами терміновими – 1; передчасними – 2; перериванням вагітності: за медичними показаннями – 3; кримінальним – 4; самовільним – 5

38. Ускладнення при пологах _____ (код за МКХ-10)

після пологів _____ (код за МКХ-10)

після переривання вагітності _____ (код за МКХ-10)

39. Перенесені захворювання: вірусні гепатити В, С, сифіліс, гонорея, соматичні та гінекологічні захворювання: _____

40. Алергічний анамнез: _____

41. Перенесені операції: _____

42. Переливання крові: так – 1; ні – 2 Рік: _____

43. Причини теперішнього переривання вагітності: небажання мати дитину – 1; житлові умови – 2; навчання – 3; стан здоров'я – 4; матеріальна незабезпеченість – 5; немає чоловіка – 6; інші – 7
Якщо інші, – конкретизуйте: _____

44. Проведено консультування після переривання вагітності: так – 1; ні – 2

45. Стан при госпіталізації:
загальний стан _____
зовнішні покриви _____
слизові оболонки _____ колір _____
температура тіла _____ (°C)
органи кровообігу: пульс _____ (уд/хв), АТ _____ (мм рт. ст.), серце (тони) _____
органи дихання _____

органи травлення _____

випорожнення _____
органи сечовиділення _____

46. Стан піхви і шийкиЗовнішні статеві органи без особливостей: так – 1; ні – 2 Якщо ні, – конкретизуйте: _____Піхва: вузька – 1; вільна – 2 Шийка матки: циліндричної форми – 1; конічної форми – 2

Зовнішнє вічко _____ Тіло матки в положенні _____

Збільшено до _____ тижнів вагітності, м'якої консистенції, рухоме, нерухоме, болісне, безболісне, безболісне при пальпації (необхідне підкреслити)

Ліві придатки _____

Праві придатки _____

Склепіння _____

Виділення: слизові – 1; гнійні – 2; кров'яністі – 3; помірні – 4; значні – 5

Вагітність _____ тижнів

46.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

47. Інформована добровільна згода вагітної жінки на проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності підписана: так – 1; ні – 2 48. Метод переривання вагітності: медикаментозний – 1; мануальна вакуум-аспірація (МВА) – 2; електрична вакуум-аспірація (ЕВА) – 3; дилатація та кюретаж – 4; вакуум-екскохлеція – 5 **49. Метод медикаментозного переривання вагітності**

Процедура (назва та код) _____

(число, місяць, рік) _____ (година) _____

Міфепристон _____ мг перорально, дата прийому _____, година _____

Мізопростол _____ мкг перорально, інтравагінально, трансбукально, дата прийому _____, година _____

Місце відходження плідного яйця: амбулаторно – 1; стаціонарно – 2; удома – 3

Лікарські засоби для знеболювання: так – 1; ні – 2 зазначити назви: _____

Рекомендації: _____

Дата контрольного візиту _____

49.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

50. Метод хірургічного переривання вагітності

Процедура (назва та код) _____

(число, місяць, рік) _____ (година) _____

Антибіотикопрофілактика: так – 1; ні – 2 Якщо так, – зазначити назву лікарського засобу та

дозу _____

Підготовка шийки матки: так – 1; ні – 2 Якщо так, – зазначити назву лікарського засобу та

дозу _____

Метод знеболювання (лікарський засіб, доза) _____

Після обробки піхви і шийки матки _____ шийка матки взята на кульові щипці

(назва лікарського засобу)

Зондування порожнини матки: так – 1; ні – 2 Довжина порожнини матки _____ смРозширення цервікального каналу: так – 1; ні – 2 розширювачем Гегара до № __ легко: так – 1; ні – 2 Плідне яйце зруйновано і видалено: МВА – 1; ЕВА – 2; кюреткою – 3 Матка скоротилася: так – 1; ні – 2 Дослідження видалених тканин: так – 1; ні – 2 Крововтрата _____ мл

Шийка матки оброблена _____

(назва лікарського засобу)

50.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

51. Проведено консультування після переривання вагітності: так – 1; ні – 2

52. Дата контрольного візиту: _____

(число, місяць, рік)

53. Обраний метод контрацепції: _____

54. Післяопераційний період

Дата, час	_____ доба	Призначення
t °C вранці	Скарги _____	
t °C увечері	Загальний стан _____	
Пульс	Живіт при пальпації: безболісний, болісний, м'який, напружений (необхідне підкреслити) Виділення: кров'янисті, серозні, значні, помірні, незначні (необхідне підкреслити) Випорожнення _____ Сечовиділення _____	
АТ		
54.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____		

55. Післяопераційний період

Дата, час	_____ доба	Призначення
t °C вранці	Скарги _____	
t °C увечері	Загальний стан _____	
Пульс	Живіт при пальпації: безболісний, болісний, м'який, напружений (необхідне підкреслити) Виділення: кров'янисті, серозні, значні, помірні, незначні (необхідне підкреслити) Випорожнення _____ Сечовиділення _____	
АТ		

55.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

56. Пацієнтка виписана у задовільному стані _____ дата _____

57. Пацієнтка переведена до _____ дата _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

58. Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого отримала _____
(прізвище, ініціали, підпис)

59. Листок непрацездатності з _____ по _____ № _____
серія _____ отримала _____

60. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

61. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

{Форма в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 29 від 21.01.2016}