|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения |  | Приложение |
| Российской Федерации |  | УТВЕРЖДЕНО |
| Наименование организации |  | приказом Минздрава Россииот |

 Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

 **Форма №089 / у-кв**

 Утверждена Минздравом России

**Извещение** о больном с вновь установленным диагнозом:
сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки

1. Ф.И.О. или код больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол: м 1 , ж 2 3. Дата рождения

4. Место постоянной регистрации (населенный пункт, улица, дом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Место временной регистрации (фактического проживания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Житель: города 1 , села 2

7. Категория больного: житель данного субъекта РФ 1 , другого субъекта РФ 2 , СНГ 3 ,

иностранный гражданин 4 , БОМЖ 5 , контингент ФСИН 6 .

8. Социальная группа: работающий 1 , неработающий 2 , дошкольник 3 , учащийся 4 , студент 5 , пенсионер 6 , военнослужащий 7 .

9. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Реинфекция: да нет Код МКБ-Х\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Лабораторное подтверждение: 1: КСР , РМП , РПР , РПГА , ИФА ,

РИФ , РИБТ , ТПМ , иммуноблот ; бактериоскопическое 2 , бактериологическое 3 молекулярно-биологическое 4 , другое (вписать) 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Выявленный возбудитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Путь передачи: половой 1 , в т.ч. при сексуальном насилии 2 , бытовой 3 ,

 трансплацентарный 4 , неуточненный 5 .

13. Место выявления заболевания: медицинская организация государственной формы собственности:

КВУ 1 , из них анонимно 2 , амбулаторно-поликлиническое учреждение 3 (указать специалиста) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ женская консультация 4 , стационар 5 (указать профиль койки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, другое (вписать) 6 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , медицинская организация другой формы собственности 7 .

14. Обстоятельства выявления: а) самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому) 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в т.ч. по контакту ;

 б) выявлено специалистом: как контакт больного 2 , донор 3 , при медицинских осмотрах 4 во время родов 5 , другие обстоятельства (вписать) 6 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Срок беременности: I триместр – 1 , II триместр - 2 , III триместр - 3 .

16. Детское учреждение (для детей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Дата установления диагноза:

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись и печать врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_