



Наименование структурного подразделения:	Специализированная отделения		
Названия документа:	СОП «Осмотр дерматолога»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
	Дерматолог	Кадыралиева А.К.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2024г

Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г



Врач-дерматовенеролог. Первичный осмотр

Дата:

Время:

Данные пациента:

Ф.И.О.: _____ Дата рождения: _____ (___ полных лет) Пол: _____

Жалобы: На момент осмотра _____

Анамнез заболевания

Считает себя _____

Самостоятельное лечение: _____

Динамика заболевания: _____

Анамнез жизни

Гемотрансфузии: _____

Перенесенные заболевания: _____

Операции/травмы: _____

Хронические заболевания: _____

Лекарственная непереносимость: _____

Аллергоанамнез: _____

Вредные привычки: табакокурение _____

алкоголь _____ игровая зависимость: _____

Онкоанамнез: _____

Наследственный анамнез дерматологический: _____

Половая жизнь: _____ половой партнер: _____, беспорядочные половые контакты: _____

Трудовой анамнез: не работает/профессия _____

Эпидемиологический анамнез

Контакт с инфекционными и лихорадящими больными: _____

Выезды в эпид. неблагополучные территории за последний год: _____, укусы насекомых: _____

Пребывание в лесу за последние 6 месяцев: _____

Status praesens

Общее состояние: _____ Сознание: _____

Периодические повышения температуры до субфебрильных значений: _____

Изменения массы тела за последнее время: _____

Кожа и видимые слизистые оболочки (также см. Status localis)

Субъективно. Зуд _____, боль _____, анестезии _____, парестезии и их локализация _____.

Объективно.

Окраска _____

Влажность _____, Эластичность _____.

Волосы: тип оволосения _____, выраженность и локализация облысения _____, седины _____.

Ногти: форма _____, наличие трофических нарушений _____.

Высыпания – _____.

Видимые слизистые: язык _____, слизистые оболочки рта _____, зев и небные дужки _____; миндалины _____, конъюнктивы _____, склеры _____ окраски _____.



Развитие подкожно-жирового слоя: _____

Тип конституции: _____

Периферические лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, затылочные, над- и подключичные, подмышечные, паховые _____

Отеки: _____

Основные показатели

Рост, см		Пульс, уд. в мин		ЧДД в мин	
Масса тела, кг		АД, мм рт.ст		Температура, °С	

Дыхательная система

Грудная клетка: _____

Одышка: _____

Перкуторно: _____ звук, над всей поверхностью легких

Аускультативно: дыхание _____, хрипы _____

Сердечно-сосудистая система

Боли в области сердца, ощущение сердцебиения: _____

Пульс: _____

Пищеварительная система

Боли в области живота: _____ Сухость во рту: _____

Стул: _____, Живот: _____ при пальпации

Нервная система

Менингеальные симптомы: _____

Чувствительность: тактильная, болевая, вибрационная _____

Органы чувств: запахи _____, зрение _____

Тремор: _____ Сон: _____

Мочеполовая система

Боли: при мочеиспускании _____

Расстройства мочеиспускания: _____

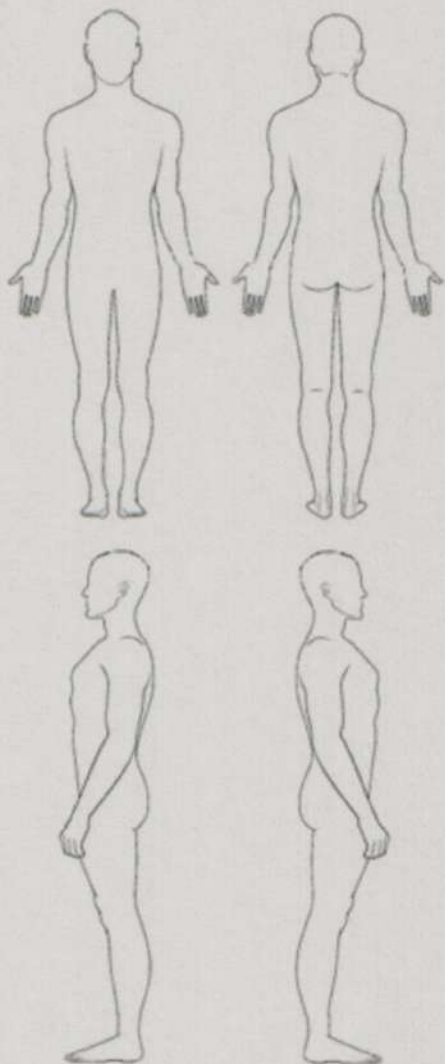
Опорно-двигательная система

Походка и поза: _____

Объем движений конечностей: _____

Суставы: _____

Status localis



Высыпания на коже (энантема):

нет/форма сыпи _____;

локализации (обвести на схеме) размер _____

и характер высыпаний _____

зудящие: _____; _____.

Следы расчёсов: _____,

наличие очагов вторичной инфекции _____

Сосудистые изменения: _____

Кровоизлияния: _____

Рубцы: _____

Трофические изменения: _____

Видимые опухоли: _____

Код МКБ 10:

Диагноз:

План обследования:

Лечение и рекомендации:

Дата повторной явки:

Данные о листках нетрудоспособности:

Листок нетрудоспособности: № _____ от _____, выдан сроком на _____ дней

Дополнительное лекарственное обеспечение:

Выдан рецепт: № _____ от _____ г.

Диспансерный учет: _____

Врач: _____

(подпись, печать)



1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

2. Нормативные ссылки:

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № ҚР ДСМ – 111;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90;

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

