



Наименование структурного подразделения:	Отделение специализированная отделения		
Названия документа:	СОП «Осмотр эндокринолога»		
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.	
	Эндокринолог	Юсупова З.С. Умарова Л.З.	
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



Осмотр эндокринолога

Дата _____

Жалобы _____

An.Morbi _____

An.Vitae:

Наследственность _____ Аллергический анамнез _____

Перенесенные заболевания _____

Операции, травмы _____

Алкоголь _____

Не курит, курит _____ пачки в день, в течение _____ лет.

Status praesens:

Общее состояние: относительно удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое

Сознание ясное, заторможен на вопросы отвечает медленно, с запозданием _____

Умеренного, повышенного, пониженного питания ИМТ _____

Кожные покровы: чистые, высыпания _____

физиологической окраски, бледные, серые, желтушные, землистые, гиперемированы _____

Влажность: сухая, нормальная, повышенная, гипергидроз.

Видимые слизистые: бледные, розовые, гиперемированны, (суб)иктеричные _____

Особенности _____

Жировая клетчатка: слабо, умеренно, чрезмерно выражена, (не)равномерна _____

Отеки: нет, да, генерализованные, локальные _____

Периферические л/узлы увеличены: нет, да _____ Т _____ *С _____

Костно-суставная система без _____ патологии, деформация _____

Вторичные половые признаки: соответствуют полу и возрасту, недоразвиты, преждевременно развиты, либидо, половое оволосение, менструальный цикл _____

Отеков нет, пастозность, отеки лица и конечностей _____

Щитовидная железа: без изменений, увеличение I, II, III, IV ст., консистенция _____, подвижность _____, болезненность _____, узлы _____, похудание _____, дрожание рук _____ экзофтальм, симптом Грефе и др.



Молочные железы _____

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца _____,

АД _____ мм рт. ст. Пульс _____ уд. в мин., (не) ритмичный _____

Язык сухой, влажный, чистый, облажен белым, желтым налетом

Стул: регулярный, не регулярный, понос, запоры, кал обесцвечен, кровь, слизь, оформленный _____

Мочеиспускание: свободное, безболезненное, болезненное, никтурия, олигурия, полиурия, анурия.

Нервно-психический статус _____

Дополнительные данные _____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ПЛАН ВЕДЕНИЯ:

РЕЖИМ _____ СТОЛ № _____

- 1
- 2
- 3
- 4

5 Явка к врачу _____ Подпись врача

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-санитарно



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

4 из 5

Лист регистрации изменений

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



Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Исупов Э. Р.	руковод.	04.01.2017	[Signature]
2	Умариева Л. Б.	инженер	04.01.2017	[Signature]