

Приложение 2  
к постановлению  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
04.01.2020 № 2

Форма № 110/у-19

присвоить самостоятельно

(наименование организации  
здравоохранения)

**Карта вызова бригады скорой медицинской помощи № 998**

07 мая 2025 г.

1. Время: регистрации 11:12, передачи \_\_\_\_\_, прибытия на место \_\_\_\_\_, завершения \_\_\_\_\_, возвращения на станцию (отделение) \_\_\_\_\_
2. Адрес вызова бригады скорой медицинской помощи (далее, если не установлено иное, – СМП) Могилевская область, г. Могилев, Переулок Снежный, д.11
3. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) (далее – ФИО) пациента Иванов Петр Михайлович
4. Возраст (со слов обратившегося) \_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_
5. Повод вызова бригады СМП Кровотечение (желудочно-кишечное, маточное, носовое)
6. Приоритет вызова бригады СМП:  экстренный,  неотложный.
7. Вызывает \_\_\_\_\_, контактный телефон \_\_\_\_\_
8. Номер бригады СМП 116  врачебная,  фельдшерская.
9. Уточненные сведения  по документам, со слов:  пациента,  окружающих:  
ФИО Иванов Петр Михайлович
- Дата рождения 01.01.1980 возраст (при неизвестной дате рождения) \_\_\_\_\_ пол Мужской
- Место жительства \_\_\_\_\_
- Место пребывания Могилевская область, г. Могилев, Переулок Снежный, д.11
- Идентификационный номер пациента присвоить самостоятельно
10. Страховой полис: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_ срок действия \_\_\_\_\_  
Страховая организация \_\_\_\_\_
11. Территориальная амбулаторно-поликлиническая организация (далее – АПО) по месту прикрепления \_\_\_\_\_
12. Вызов:  первичный,  повторный,  попутный,  амбулаторный,  массовое мероприятие,  консультация,  спецмероприятие,  платные услуги.
13. Безрезультатный выезд:  вызов отменен,  не найден пациент,  не найден адрес,  отказ от осмотра,  ложный выезд,  ремонт.
14. Дата и время  начала приступа,  ухудшения состояния,  получения травмы
15. Травма:  бытовая,  криминальная,  уличная ( вследствие гололеда),  производственная,  спортивная,  дорожно-транспортное происшествие,  укус  животного \_\_\_\_\_  насекомого \_\_\_\_\_ Заболевание (состояние), не связанное с травмой
16. Жалобы \_\_\_\_\_

Оборотная сторона

17. Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

18. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_
19. Акушерско-гинекологический анамнез \_\_\_\_\_
20. Аллергия:  нет,  да \_\_\_\_\_
21. Объективные данные:
- 21.1. общее состояние:  удовлетворительное,  средней степени тяжести,  тяжелое,  крайне тяжелое,  клиническая смерть,  биологическая смерть;
- 21.2. положение:  активное,  пассивное,  вынужденное \_\_\_\_\_
- 21.3. поведение:  спокойное,  возбужденное,  агрессивное \_\_\_\_\_
- 21.4. шкала ком Глазго \_\_\_\_\_ баллов \_\_\_\_\_
- 21.5. сознание:  ясное,  приглушенное,  сопор,  кома,  отсутствует \_\_\_\_\_
- 21.6. неврологический статус:
- 21.6.1. зрачки:  миоз,  мидриаз,  анизокория D\_\_S, реакция на свет:  да,  нет;
- 21.6.2. речь:  сохранена,  отсутствует,  нарушена \_\_\_\_\_
- 21.6.3. походка:  свободная,  нарушена,  не оценивалась \_\_\_\_\_
- 21.6.4. лицо:  симметричное,  ассиметричное \_\_\_\_\_
- 21.6.5. нистагм:  нет,  горизонтальный,  вертикальный \_\_\_\_\_
- 21.6.6. тонус мышц \_\_\_\_\_
- 21.6.7. патологические рефлексy \_\_\_\_\_
- 21.6.8. менингеальные знаки \_\_\_\_\_
- 21.6.9. плегии, парезы \_\_\_\_\_
- 21.7. кожа:  нормальная,  гиперемия,  бледная,  цианоз,  холодная,  теплая,  сухая,  влажная,  желтушная,  гипостатические пятна, температура тела \_\_\_\_\_,  высыпания \_\_\_\_\_
- 21.8. слизистые \_\_\_\_\_ язык \_\_\_\_\_
- 21.9. артериальное давление (далее – АД) 120 мм. рт. ст., адаптированное АД 75 мм. рт. ст.;
- 21.10. тоны сердца:  ритмичные,  аритмичные,  отсутствуют,  ясные,  глухие,  шум:  систолический,  диастолический;
- 21.11. пульс 75 ударов в минуту,  отсутствует; шоковый индекс \_\_\_\_\_
- 21.12. асцит:  нет,  да; периферические отеки:  нет,  да \_\_\_\_\_
- 21.13. частота дыхания \_\_\_\_\_ в минуту, дыхание:  свободное,  затрудненное,  везикулярное,  ослабленное,  жесткое,  поверхностное,  пуэрильное,  хрипы:  сухие,  влажные,  справа,  слева,  шум трения плевры,  патологическое,  отсутствует \_\_\_\_\_
- Перкуссия легких:  ясный легочной звук,  притупление звука:  справа,  слева,  коробочный звук:  справа,  слева \_\_\_\_\_
- запах алкоголя,  запах ацетона \_\_\_\_\_
- 21.14. живот:  участвует в акте дыхания,  мягкий,  напряженный,  безболезненный,  болезненный в области \_\_\_\_\_
- симптомы раздражения брюшины:  нет,  да \_\_\_\_\_
- перистальтика:  да,  нет \_\_\_\_\_
- 21.15. печень:  не увеличена,  увеличена \_\_\_\_\_
- 21.16. мочеиспускание  не нарушено,  нарушено:  учащено \_\_\_\_\_,  болезненное,  задержка мочеиспускания \_\_\_\_\_,

Продолжение

стул  не нарушен,  нарушен:  учащен \_\_\_\_\_,  отсутствует \_\_\_\_\_

21.17. локальный статус (при описании травм указать характер (рана, ссадина, гематома и т.д.), количество, локализацию, форму, цвет, размер телесных повреждений):

Носоглотка: Кровотечение из переднего отдела носовой перегородки. Кровотечение умеренное, преимущественно из правой ноздри. Сгустков в носоглотке нет.

21.18. электрокардиограмма (далее – ЭКГ) (1) до оказания медицинской помощи в \_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

ЭКГ (2) после оказания медицинской помощи в \_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

21.19. гликемия (1) \_\_\_\_ ммоль/л, гликемия (2) \_\_\_\_ ммоль/л \_\_\_\_\_

21.20. сатурация (1) 97 %, сатурация (2) \_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

22. Предварительный диагноз, установленный врачом (фельдшером) СМП \_\_\_\_\_

**Основной:** Носовое кровотечение

Код по Международной классификации болезней **Основной:** R04.0

23. Отказ от оказания медицинской помощи , от медицинской транспортировки (эвакуации) (далее – транспортировка) в учреждение здравоохранения .

24. Медицинская помощь, оказанная на месте вызова и при транспортировке:

ингаляция O<sub>2</sub> \_\_\_\_ л/мин,  небулайзерная терапия,  инфузионная терапия,

иммобилизация,  промывание желудка,  остановка кровотечения,

постановка ларингеальной маски,  интубация трахеи,  искусственная вентиляция легких аппаратная, мешком АМБУ,  электроимпульсная терапия: \_\_\_\_\_ Дж

\_\_\_\_ раз,  наружная кардиостимуляция \_\_\_\_\_,

венозный доступ периферическая вена,  центральная вена,  внутрикостный доступ.

Лекарственные средства, изделия медицинского назначения	Форма выпуска, размер	Количество	Путь введения (для лекарственных средств)	ФИО, подпись врача и фельдшера (для препаратов предметно-количественного учета)

Оборотная сторона

25. Состояние пациента после оказания медицинской помощи: общее состояние \_\_\_\_\_, сознание \_\_\_\_\_, пульс \_\_\_\_ ударов в минуту, АД \_\_\_\_ мм. рт. ст., частота дыхания \_\_\_\_ в минуту, T°С \_\_\_\_ приступ: купирован, не купирован \_\_\_\_\_

26. Результат оказания медицинской помощи:  улучшение,  без эффекта,  ухудшение \_\_\_\_\_

27. Смерть:  в присутствии бригады СМП,  до приезда бригады СМП \_\_\_\_\_

28. Результат выезда:  оставлен на месте,  передан бригаде СМП \_\_\_\_\_,  транспортирован в организацию здравоохранения \_\_\_\_\_

29. Транспортировка бригадой СМП \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(дата и время начала)

29.1. до автомобиля:  передвигался самостоятельно,  передвигался с поддержкой,

перенесен:  на носилках,  на эвакуационном кресле,  на руках;

29.2. из автомобиля:  передвигался самостоятельно,  передвигался с поддержкой,

перенесен на:  носилках,  эвакуационном кресле,  руках.

30. Положение пациента во время транспортировки:  сидя,  лежа,  с приподнятым головным концом.

31. Состояние пациента во время транспортировки: \_\_\_\_\_, сознание \_\_\_\_\_, пульс \_\_\_\_ ударов в минуту, АД \_\_\_\_ мм. рт. ст., частота дыхания \_\_\_\_ в минуту.

Динамика:  улучшение,  без динамики,  ухудшение.

32. Состояние пациента после транспортировки: \_\_\_\_\_, сознание \_\_\_\_\_, пульс \_\_\_\_ ударов в минуту, АД \_\_\_\_ мм. рт. ст., частота дыхания \_\_\_\_ в минуту.

Динамика:  улучшение,  без динамики,  ухудшение.

33. Завершение транспортировки бригадой СМП \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(дата и время завершения)

34. Организация здравоохранения: \_\_\_\_\_  
35. Передача пациента медицинскому работнику \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (время)  
36. Медицинский работник, принявший пациента:  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность) (ФИО) (подпись)

37. Примечания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. Километраж выезда \_\_\_\_\_ 39. Сообщение о пациенте:  
 врачу (руководителю смен) \_\_\_\_\_,  в АПО \_\_\_\_\_

40. Врач СМП/фельдшер \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Фельдшер \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Фельдшер \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

41. Карта проверена  
Врач (руководитель смен) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Заведующий подстанцией \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Примечание. Ведется на бумажном носителе или в виде электронного документа, оформленного в соответствии с законодательством об электронных документах и электронной цифровой подписи.

Приложение 1  
к карте вызова бригады  
скорой медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
(наименование организации  
здравоохранения)

Карта вызова бригады скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### Транспортировка

(заполняется в случае оформления карты вызова бригады скорой медицинской помощи в электронном виде)

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ или возраст \_\_\_\_\_ лет (месяцев)

Адрес вызова \_\_\_\_\_

Транспортирован в \_\_\_\_\_  
(наименование организации здравоохранения)

Передача пациента медицинскому работнику \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (время)

Медицинский работник, принявший пациента:  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность) (ФИО) (подпись)

Оборотная сторона

Отказ от оказания медицинской помощи, транспортировки бригадой СМП  
в больницу организацию здравоохранения

Я, Иванов Петр Петрович, \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента, либо законного представителя, либо супруга(ги), близкого родственника пациента)

зарегистрированный по адресу: Могилевская область, г. Могилев, Переулок Снежный, д.11,

отказываюсь от транспортировки бригадой СМП в больничную организацию здравоохранения моего близкого родственника Иванова Петра Михайловича.

(меня, моего супруга(ги), моего ребенка, моего близкого родственника (ФИО))

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях моего отказа.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись пациента, либо законного  
представителя, либо супруга(ги), либо близкого  
родственника)

\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись врача СМП/фельдшера)

-----  
Раздел заполняется в случае отказа пациента либо законного представителя от подписи

Гражданин _____ (ФИО полностью) от подписи в отказе от <input type="checkbox"/> оказания медицинской помощи, <input type="checkbox"/> транспортировки бригадой СМП в больничную организацию здравоохранения отказался. Информация о необходимости медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа до его (ее) сведения доведена. ФИО и подписи свидетелей (не менее 2)  _____ /_____ _____ /_____
--