Документ предоставлен КонсультантПлюс

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
28 сентября 2007 г. N 787

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

На основании подпункта 6.27 пункта 6 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. N 1331 "Положение о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь", в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. N 843 ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

форму N 200/у-07 "Направление на цитологическое исследование" согласно приложению 1;

форму N 201/у-07 "Ведомость направленного биологического материала в централизованную лабораторию" согласно приложению 2;

форму N 202/у-07 "Анализ мочи общий" согласно приложению 3;

форму N 203/у-07 "Анализ мочи по Зимницкому" согласно приложению 4;

форму N 204/у-07 "Анализ мочи по Нечипоренко" согласно приложению 5;

форму N 205/у-07 "Анализ кала" согласно приложению 6;

форму N 206/у-07 "Исследование желудочного содержимого" согласно приложению 7;

форму N 207/у-07 "Исследование дуоденального содержимого" согласно приложению 8;

форму N 208/у-07 "Исследование спинномозговой жидкости" согласно приложению 9;

форму N 209/у-07 "Анализ крови общий" согласно приложению 10;

форму N 210/у-07 "Исследование биологического материала (указать) методом (указать)" согласно приложению 11;

форму N 211/у-07 "Исследование стернального пунктата" согласно приложению 12;

форму N 212/у-07 "Гемостазиограмма" согласно приложению 13;

форму N 213/у-07 "Биохимическое исследование биологического материала (указать)" согласно приложению 14;

форму N 214/у-07 "Химико-токсикологический анализ крови / мочи" согласно приложению 15;

форму N 215/у-07 "Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой (галактозой)" согласно приложению 16;

форму N 216/у-07 "Исследование крови / мочи - определение концентрации гормонов" согласно приложению 17;

форму N 217/у-07 "Исследование фекалий на дисбактериоз" согласно приложению 18;

форму N 218/у-07 "Микробиологическое исследование биологического материала (указать)" согласно приложению 19;

форму N 219/у-07 "Цитогенетическое исследование биологического материала (указать)" согласно приложению 20;

форму N 220/у-07 "Исследование активности лизосомных ферментов в лейкоцитах" согласно приложению 21;

форму N 221/у-07 "Исследование эякулята" согласно приложению 22;

форму N 222/у-07 "Направление на исследование биологического материала (указать) для диагностики сифилиса" согласно приложению 23;

форму N 223/у-07 "Направление на исследование отделяемого мочеполовых органов" согласно приложению 24;

форму N 224/у-07 "Направление на бактериологическое исследование на туберкулез" согласно приложению 25;

форму N 225/у-07 "Исследование мокроты" согласно приложению 26;

форму N 226/у-07 "Результат определения лекарственной чувствительности микобактерий"

согласно приложению 27;

форму N 227/у-07 "Журнал регистрации лабораторных исследований и их результатов" согласно приложению 28;

форму N 228/у-07 "Журнал регистрации результатов исследований биологического материала для диагностики сифилиса" согласно приложению 29;

форму N 229/у-07 "Журнал регистрации результатов исследований отделяемого мочеполовых органов" согласно приложению 30;

форму N 230/у-07 "Журнал регистрации и учета выделенных культур микобактерий" согласно приложению 31;

форму N 231/у-07 "Журнал регистрации и учета результатов исследований крови на стерильность" согласно приложению 32;

форму N 232/у-07 "Журнал регистрации, проведения и учета результатов бактериологических исследований на туберкулез" согласно приложению 33;

форму N 233/у-07 "Журнал приготовления и контроля питательных сред" согласно приложению 34;

форму N 234/у-07 "Журнал регистрации, проведения и учета результатов исследований на лекарственную чувствительность микобактерий" согласно приложению 35;

форму N 235/у-07 "Журнал регистрации, проведения и учета результатов бактериоскопических исследований на кислотоустойчивые микобактерии" согласно приложению 36;

форму N 236/у-07 "Журнал регистрации, проведения и учета результатов исследований на стерильность изделий медицинского назначения" согласно приложению 37;

форму N 237/у-07 "Журнал контроля работы стерилизаторов (воздушного, парового)" согласно приложению 38;

перечень форм медицинской документации по лабораторной диагностике согласно приложению 39.

2. Признать утратившими силу подпункты 1.11, 1.12, 1.13, 1.14 пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 марта 2004 г. N 75 "Об утверждении форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения".

Пункт 3 вступил в силу с 28 сентября 2007 года (пункт 4 данного документа).

---

3. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, принять необходимые меры по выполнению настоящего приказа.

4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2008 г., за исключением пункта 3, который вступает в силу со дня подписания настоящего приказа.

Министр В.И.ЖАРКО

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 200/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Направление на цитологическое исследование N _____

_____ _____
(наименование организации здравоохранения, направившей материал на исследование) (наименование отделения)

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного) _____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Время (часы, минуты) взятия материала _____
6. Материал взят из (указать) _____
7. Цель исследования _____
8. Предыдущие цитологические исследования _____
_____
_____
9. Клинические данные _____
_____
_____
_____
10. Проведенное лечение, дозы, срок окончания _____
_____
_____
11. Клинический диагноз (TNM) _____
_____
_____

Врач-специалист,
направивший материал
на исследование _____ _____ _____
(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Оборотная сторона

Результат цитологического исследования N _____

Цитограмма	Рекомендации
Неинформативный мазок _____	Исследование повторить _____
Цитограмма без особенностей _____	Цитологический контроль после противо-воспалительного лечения _____
_____	_____
Воспалительный тип мазка _____	Углубленное обследование (кольпоскопия, биопсия, выскабливание цервикального канала) _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Трихомонады, грибы, вирусное поражение _____	Повторный мазок через _____
_____	_____
Наличие клеток эндометрия (II фаза цикла, постменопауза)	Направить в онкологический диспансер
_____	_____
CIN I _____	_____
CIN II _____	_____
CIN III _____	_____
Подозрение на (указать) _____	_____
_____	_____

Цитологическое заключение _____

_____
_____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "____" _____ 20_____ г.

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 201/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Ведомость направленного биологического материала в централизованную лабораторию _____
(указать)

Шифр препа-рата	Фамилия, имя, отчество пациента	Число, месяц, год рождения	Адрес места жительства	Номер амбула-торной карты, истории болезни	Клинический диагноз	Первич-ное, повторное исследо-вание	Лабораторное заключение и рекомендации
1	2	3	4	5	6	7	8

Оборотная сторона

1	2	3	4	5	6	7	8

Врач, направивший материал _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата направления материала "___" _____ 20_____ г.

Приложение 3
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 202/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Анализ мочи общий N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус ____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

N п/п	Показатель	Результат исследования
1	Физические свойства: цвет	
	мутность	
	реакция	
	относительная плотность	
2	Химические свойства: белок	
	глюкоза	
	кетоновые тела	
	билирубин	
	уробилин	
	Микроскопическое исследование:	
	эпителий:	
	плоский	
	переходный	

3	почечный	
	эритроциты	
	лейкоциты	
	цилиндры	
	соли	
	бактерии	

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 4
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 203/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Анализ мочи по Зимницкому N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного) _____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

N порции	Относительная плотность мочи	Количество мочи, мл
1		
2		

3		
4		
5		
6		
7		
8		

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 5
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 204/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Анализ мочи по Нечипоренко N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного) _____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

N п/п	Показатель	Результат исследования
1	Лейкоциты, $\times 10^6$ / л	
2	Эритроциты, $\times 10^6$ / л	

3	Цилиндры, $x\ 10^6$ / л	

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 6
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 205/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Анализ кала N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного) _____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт) _____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

N п/п	Показатель	Результат исследования
1	Макроскопическое исследование:	
	форма	
	цвет	
	консистенция	
	запах	
	наличие слизи	

	наличие гноя	
	реакция на кровь	
	реакция на стеркобилин	
2	Микроскопическое исследование:	
	мышечные волокна	
	соединительная ткань	
	нейтральный жир	
	жирные кислоты	
	мыла	
	неперевариваемая клетчатка	
	переваримая клетчатка	
	крахмальные зерна	
	эпителий	
	эритроциты	
	лейкоциты	
3	Простейшие	
4	Яйца гельминтов	

Клинико-лабораторное заключение: _____

_____

_____

_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 7
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 206/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование желудочного содержимого

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Базальная секреция _____ Общая кислотность _____
Свободная кислотность _____ Цвет _____ Запах _____
Примеси _____ Слизь _____
Микроскопическое исследование:
Лейкоциты _____ Эритроциты _____
Эпителий _____ Жир _____
Мышечные волокна _____ Растительная клетчатка _____
Крахмальные зерна _____ Дрожжевые грибки _____
Бактерии _____

После пробного завтрака:

N порции	Количество материала	Общая кислотность	Свободная кислотность
I порция			
II порция			
III порция			
IV порция			
V порция			
VI порция			
VII порция			
VIII порция			

Часовое напряжение _____ Дебит-час _____
Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 8
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09 2007 N 787

Форма N 207/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование дуоденального содержимого

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт) _____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Показатель	I фаза, порция А	II фаза	III фаза	IV фаза, порция В	V фаза
Количество					
Цвет					
Прозрачность					
Слизь					
Лейкоциты					
Эпителий					
Осадочные образования					

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 9
к приказу

Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 208/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование спинномозговой жидкости N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Показатель	До центрифугирования	После центрифугирования
Цвет		
Количество		
Прозрачность		
Осадок		

Биохимическое исследование:

Показатель	Результат исследования
Общий белок	
Глюкоза	
Хлориды	

Клеточный состав:

Показатель	Результат исследования
Цитоз	
Нейтрофилы	
Лимфоциты	
Макрофаги	

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____

(подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ _____

(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 10
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 209/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Анализ крови общий N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

N п/п	Показатель	Результат исследования
1	Эритроциты (RBC), 10^{12} / л:	
	мужчины	
	женщины	
	Гемоглобин (Hb), г/л	
	мужчины	
	женщины	
3	Гематокрит (HCT)	
4	Средний объем эритроцита (MCV), фл	
5	Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), пг	
6	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	

7	Анизоцитоз эритроцитов (RDW), %	
8	Ретикулоциты	
9	Тромбоциты (PLT), 10^9 / л	
10	Лейкоциты (WBC), 10^9 / л	
11	Базофилы, %	
12	Базофилы, 10^9 / л	
13	Эозинофилы, %	
14	Эозинофилы, 10^9 / л	
15	Нейтрофилы:	
	миелоциты, %	
	юные, %	
	палочкоядерные, %	
	сегментоядерные, %	
16	Лимфоциты, %	
17	Лимфоциты, 10^9 / л	
18	Моноциты, %	
19	Моноциты, 10^9 / л	

Оборотная сторона

20	Скорость оседания эритроцитов (СОЭ), мм/час	
	мужчины	
	женщины	

Клинико-лабораторное заключение: _____

_____

_____

_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 11
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 210/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование
биологического материала (указать) _____
методом _____ (указать)

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

N п/п	Показатели (вписать требуемый)	Результат исследования
1		
2		
3		

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 12
к приказу

Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 211/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование стернального пунктата N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Показатель			Норма, %	Результат исследования
Бластные клетки			0,1 - 1,1	
Миелобласты			0,2 - 1,7	
Нейтрофилы	Промиелоциты		1,0 - 4,1	
	Миелоциты		7,0 - 12,2	
	Метамиелоциты (юные)		8,0 - 15,0	
	Палочкоядерные		12,8 - 23,7	
	Сегментоядерные		13,1 - 24,1	
Сумма нейтрофильных элементов			52,7 - 68,9	
Базофилы			0 - 0,5	
Эозинофилы			0,5 - 3,5	
Моноциты			0,7 - 3,1	
Лимфоциты			4,3 - 13,7	
Плазматические клетки			0,1 - 1,8	
Эритрокариоциты	Эритробласты		0,2 - 1,1	
	Пронормоциты		0,1 - 1,2	
	Нормоциты	базофильные	1,4 - 4,6	
		полихроматофильные	8,9 - 16,9	
		оксифильные	0,8 - 5,6	
	Промегалобласты		-	
		базофильные	-	
		полихроматофильные	-	

	Мегалобласты	оксифильные	-	
Сумма клеток эритропоэза			14,5 - 26,5	
Ретикулярные клетки			0,1 - 1,6	
Количество мегакариоцитов			30 - 80	
Функциональная активность мегакариоцитов				
Лейко-эритробластическое отношение			2,1 - 4,5/1	

Оборотная сторона

Индекс созревания нейтрофилов	0,5 - 0,9	
Индекс созревания эритрокариоцитов	0,7 - 0,9	
Количество миелокариоцитов в тыс. в 1 мкл	41,6 - 195,0	

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 13
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 212/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Гемостазиограмма N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

N п/п	Показатель	Результат исследования
1	Агрегатограмма: скорость агрегации, % мин ..... степень агрегации, % ..... время агрегации, мин	
2	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), с	
3	Протромбиновое время (ПВ), с	
4	Активность протромбинового комплекса (по Квику), %	
5	Международное нормализованное отношение (МНО)	
6	Тромбиновое время (ТВ), с	
7	Фибриноген, г/л	
8	Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), мкг/мл	
9	Продукты деградации фибрина, (ПДФ), мкг/мл	
10	XII-зависимый фибринолиз, мин	
11	Антитромбин III, %	
12	Д-димер, мкг/мл	
13	Плазминоген, мг/мл	
14	Протеин С	
15	Протеин S	
16	VIII фактор	
17	IX фактор	
18	Волчаночный антикоагулянт (люпус-тест)	

Оборотная сторона

19	Антифосфолипидные антитела классов IgM и IgG к:	
	кардиолипину	
	фосфатидилсерину	
	фосфатидиловой кислоте бета2-гликопротеину-1	

Клинико-лабораторное заключение: _____

_____

_____

_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 14
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 213/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Биохимическое исследование биологического материала
(указать) _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

N п/п	Показатели	Результат исследования
1	Общий белок, г/л	
2	Альбумин, г/л	
3	Белковые фракции, %	
4	Мочевина, ммоль/л	
5	Креатинин, мкмоль/л	
6	Мочевая кислота, мкмоль/л	
7	Холестерин общий, ммоль/л	
8	Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), ммоль/л	
9	Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), ммоль/л	
10	Коэффициент атерогенности	
11	Триглицериды, ммоль/л	
12	Апопротеин А1, мг/дл	
13	Апопротеин В, мг/дл	
14	Трансферрин, г/л	
15	Ферритин, мкг/л	

16	Церулоплазмин, мг/л	
17	Иммуноглобулин А, г/л	
18	Иммуноглобулин М, г/л	
19	Иммуноглобулин G, г/л	
20	С-реактивный белок, мг/л	
21	Антистрептолизин-О, IU/мл	
22	Билирубин общий, мкмоль/л ..... связанный (прямой) ..... свободный (непрямой)	
23	Глюкоза, моль/л	
24	Щелочная фосфатаза, Ед/л	
25	Гаммаглутамилтранспептидаза, (гамма-ГТП), Ед/л	
26	Аспартатаминотрансфераза (АсАТ), Ед/л	
27	Аланинаминотрансфераза (АлАТ), Ед/л	
28	Амилаза, Ед/л	
29	Панкреатическая амилаза, Ед/л	

Оборотная сторона

30	Липаза, Ед/л	
31	Кислая фосфатаза, Ед/л	
32	Кислая фосфатаза простатическая, Ед/л	
33	Креатинкиназа (КК), Ед/л	
34	МВ-фракция креатинкиназы (КК-МВ), Ед/л	
35	Лактатдегидрогеназа (ЛДГ), Ед/л	
36	Гидроксибутиратдегидрогеназа (ГБДГ), Ед/л	
37	Тропонин Т, мкг/л	
38	Тропонин I, мкг/л	
39	Миоглобин, мкг/л	
40	Кальций, ммоль/л	
41	Натрий, ммоль/л	
42	Калий, ммоль/л	
43	Хлориды, ммоль/л	
44	Фосфор, ммоль/л	
45	Магний, ммоль/л	
46	Железо, мкмоль/л	

Клинико-лабораторное заключение: _____

_____

_____

_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 15
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 214/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Химико-токсикологический анализ крови / мочи (подчеркнуть)

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Биологический материал (указать) _____
7. Цель исследования (указать) _____
8. Время (часы, минуты) взятия материала _____
9. Время (часы, минуты) поступления материала _____
10. Краткие обстоятельства: _____
_____
_____
_____
11. Дополнительные сведения: _____
_____
_____
_____

Показатель (вписать требуемый)	Результат исследования

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____

_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 16
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 215/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой (галактозой)

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Нагрузка глюкозой (галактозой) _____ г
Концентрация глюкозы в капиллярной крови натощак _____ ммоль/л
Концентрация глюкозы через 1 час после нагрузки _____ ммоль/л
Концентрация глюкозы через 2 часа после нагрузки _____ ммоль/л

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 17

к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 216/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование крови / мочи (подчеркнуть) - определение
концентрации гормонов

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Показатель (вписать требуемый)	Результат исследования

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 18
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 217/у-07

_____

(наименование организации здравоохранения)

Исследование фекалий на дисбактериоз N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Наименование микроорганизмов	Количество микроорганизмов в 1 г фекалий		Результат исследования
	Взрослые	Дети до 3 лет	
Патогенные микроорганизмы	нет	нет	
E. coli с нормальной ферментативной активностью	$10^7 - 10^8$	$10^7 - 10^8$	
E. coli со сниженной ферментативной активностью	Не более 10% от общего количества	Не более 10% от общего количества	
E. coli гемолитические	Не более 10% от общего количества	0	
Другие условно-патогенные энтеробактерии	Не более 10^5	Не более 10^4	
Микробы рода Протей	$10^3 - 10^4$	Естественное вскармливание до 1 года - 0, искусственное - не более 10^3	
Золотистый стафилококк	До 10^3	0	
Энтерококки	До $10^5 - 10^6$	До $10^5 - 10^6$	
Дрожжеподобные грибы	До 10^4	0	
Бифидобактерии	10^8 и выше	10^8 и выше	
Лактобактерии	10^6 и выше	10^6 и выше	
	5		

Клостридии	До 10	0	

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 19
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 218/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Микробиологическое исследование биологического материала
(указать) _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____
7. Выделенные микроорганизмы _____
8. Результаты определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам:

Антибактериальные препараты (указать нужные)	Чувствительный	Умеренно устойчивый	Устойчивый

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____

_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 20
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 219/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Цитогенетическое исследование биологического материала
(указать) _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Кариотип: _____

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 21
к приказу

Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 220/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование активности лизосомных ферментов
в лейкоцитах N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____

Заболевание	Фермент	Область нормальных значений	Результаты исследований, нмоль/час на мг белка	
			Пробанд	Донор
Болезнь Помпе (только фракция лимфоцитов)	Альфа-глюкозидаза	2,5 - 10		
Болезнь Гоше, 1 - 3 типы	Бета-глюкозидаза	5 - 15,8		
Болезнь Фабри	Альфа-галактозидаза	30 - 76		
GM1-ганглиозидоз	Бета-галактозидаза	80 - 356		
Альфа-маннозидоз	Альфа-маннозидаза	108 - 414		
Бета-маннозидоз	Бета-маннозидаза	89 - 467		
Фукозидоз	Альфа-фукозидаза	45 - 115		
Болезнь Зандгоффа	Бета-гексозоминидаза общая	511 - 2112		
Болезнь Тея-Сакса	Бета-гексозоминидаза А	180 - 470		
Болезнь Шиндлера	N-ацетил-альфа-Д-галактозаминидаза	14 - 41		
Метахроматическая лейкодистрофия	Арилсульфатаза А	9 - 22		
Сульфатидоз (множественная недостаточность сульфатаз)	Арилсульфатаза А, В, С	11 - 33		

Болезнь Краббе	Бета-галактоцереброзидаза	14 - 25		

Оборотная сторона

Болезнь Нимана-Пика, типы А и В	Сфингомиелиназа	1,7 - 10,4		
Болезнь Вольмана	Кислая липаза	350 - 670		

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 22
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 221/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование эякулята N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____
7. Количество биологического материала, мл _____

Цвет _____ Время разжижения _____
pH _____ Вязкость _____

Количество сперматозоидов в 1 мл _____
Количество сперматозоидов во всем материале _____

Подвижность:

Нормокинезис _____ (%) Акинезис _____ (%)
Гипокинезис _____ (%) Жизнеспособные _____ (%)
Дискинезис _____ (%) Нежизнеспособные _____ (%)

Патологические формы:
Смешанные формы _____ (%)
Патология головы _____ (%)
Патология тела _____ (%)
Патология хвоста _____ (%)

Лейкоциты _____
Лецитиновые зерна _____
Спермоагглютинация _____

Биохимическое исследование:
Концентрация фруктозы _____

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 23
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 222/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Направление
на исследование биологического материала _____
(указать)
для диагностики сифилиса

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____
7. Номер медицинской карты стационарного больного _____

8. Номер медицинской карты амбулаторного больного _____
9. Врач-специалист,
назначивший материал на исследование _____ _____ _____
(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Оборотная сторона

Результаты исследования

Регистрационный N _____

1. РСК (реакция Вассермана) с антигенами: _____
1.1. кардиолипиновым _____ титр антител _____
1.2. трепонемным _____ титр антител _____
2. Микрореакция преципитации (МРП) _____ титр антител _____
3. Иммуноферментный анализ (ИФА) _____
4. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) _____ титр антител _____
5. Реакция иммунофлюоресценции с абсорбцией (РИФ-абс) _____
6. Реакция иммунофлюоресценции (РИФ-200) _____
7. Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) _____
8. Результат исследования нативного материала _____
_____

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 24
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 223/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Направление на исследование отделяемого мочеполовых органов

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)

квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____
7. Цель исследования _____
8. Номер медицинской карты стационарного больного _____
9. Номер медицинской карты амбулаторного больного _____
10. Врач-специалист,
направивший материал на исследование _____ _____ _____
(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Оборотная сторона

Результаты исследования

Уретра	Результат исследования (нужное подчеркнуть)
Эпителиальные клетки	<10 10 - 20 >20
Лейкоциты	<5 10 - 20 30 - 40 большое количество
Бактериальная флора	палочки кокки
Дрожжеподобные грибы	есть нет
Слизь	есть нет
Внутриклеточные и внеклеточные Гр(-) диплококки	обнаружены не обнаружены
Трихомонады	обнаружены не обнаружены
Цервикальный канал	
Эпителиальные клетки	<10 10 - 20 >20
Лейкоциты	<5 10 - 20 30 - 40 большое количество
Бактериальная флора	палочки кокки
Дрожжеподобные грибы	есть нет
Слизь	есть нет
Внутриклеточные и внеклеточные Гр(-) диплококки	обнаружены не обнаружены
Трихомонады	обнаружены не обнаружены
"Ключевые клетки"	обнаружены не обнаружены
Посев из уретры	
Посев из цервикального канала	

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 25
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 224/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Направление на бактериологическое исследование на туберкулез

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____
7. Причина обследования: ☐ диагностика ☐ мониторинг лечения
8. Группа диспансерного учета _____
9. Номер истории болезни или амбулаторной карты _____
10. Полученное больным лечение: ☐ менее 1 месяца ☐ более 1 месяца
11. Биологический материал (указать) _____
12. Вид исследования (указать) _____
13. Врач-специалист,
направивший материал на исследование _____ _____ _____
(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

линия отреза

Отрывной талон бактериоскопии осадка материала

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного) _____
2. Отделение или адрес больного _____
_____
3. Биологический материал (указать) _____

4. Дата взятия биологического материала _____

Оборотная сторона

Результат исследования N _____

Окончательное заключение

Бактериоскопия осадка материала
Кислотоустойчивые микобактерии ☐ не обнаружены

☐ обнаружены _____ на 100 полей зрения
1+, 2+, 3+

Бактериологическое исследование

Культура микобактерий

☐ не выделена ☐ выделена (рост обильный, умеренный, скудный)

☐ контаминация

Выделенная культура идентифицирована как (указать)_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

линия отреза

Результаты бактериоскопии осадка биологического материала N _____

Кислотоустойчивые микобактерии ☐ не обнаружены

☐ обнаружены _____ на 100 полей зрения
1+, 2+, 3+

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 26
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь

Форма N 225/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Исследование мокроты N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____
7. Цель исследования _____
8. Врач-специалист,
направивший материал на исследование _____ _____ _____
(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Макроскопическое исследование

Количество _____ Цвет _____
Характер _____ Консистенция _____
Запах _____ Примеси _____

Микроскопическое исследование

Нативный препарат	Окрашенный препарат
Лейкоциты _____	Нейтрофилы _____
Эритроциты _____	Лимфоциты _____
Плоский эпителий _____	Базофилы _____
Цилиндрический эпителий _____	Эозинофилы _____
Альвеолярные макрофаги _____	Альвеолярные макрофаги _____
Эластичные волокна _____	Дрожжеподобные грибы _____
Кристаллы Шарко-Лейдена _____	
Спирали Куршмана _____	

Клинико-лабораторное заключение: _____
_____
_____
_____

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 27
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 226/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Результат определения лекарственной
чувствительности микобактерий N _____

"___" _____ 20___ г. Отделение _____

1. Фамилия, имя, отчество пациента (больного)_____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть) 4. Адрес места жительства:
область _____
район _____ город (пгт)_____ село (деревня) _____
проспект / улица / переулок / проезд _____ дом _____, корпус _____,
(нужное подчеркнуть)
квартира _____
5. Диагноз _____
6. Время (часы, минуты) взятия материала _____
7. Материал: культура N _____ от "_____" _____ из _____
8. Метод определения лекарственной чувствительности:
абсолютных концентраций, пропорций
(нужное подчеркнуть)

Результаты исследования

Чувствительность к препаратам основного ряда

Препарат, концентрация, мкг/мл	Выделенный штамм микобактерий	
	чувстви-телен	устойчив
Изониазид		
Стрептомицин		
Рифампицин		
Этамбутол		
Пиразинамид		

Чувствительность к препаратам резервного ряда

Препарат, концентрация, мкг/мл	Выделенный штамм микобактерий	
	чувстви-телен	устойчив
Амикацин		
Канамицин		
Ломефлоксацин		
Офлоксацин		
ПАСК		
Рифабутин		
Этионамид		
Прочие (указать)		

Врач лабораторной диагностики _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант _____ _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования "___" _____ 20___ г.

Приложение 28
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 227/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации лабораторных исследований и их результатов

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Фамилия, имя, отчество пациента	Отделе-ние	Число, месяц, год рожде-ния	Пол	Адрес места житель-ства	Диагноз	Результаты исследований (вписать требуемые)						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	1

Продолжение таблицы

Результаты исследований (вписать требуемые)										Клинико-лабораторное заключение	Инициалы, фамилия врача лабора-торной диагностики	Инициалы, фамилия фельдшера-лаборанта	Дата выдачи резуль-татов исследо-ваний
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Приложение 29
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 228/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации результатов исследований биологического материала
для диагностики сифилиса

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Фамилия, имя, отчество пациента	Отделение	Число, месяц, год рождения	Пол	Адрес места жительства	Диагноз	Номер медицинской карты амбулаторного / стационарного больного	Результаты исследований		
								РСК с кардиолипиновым антигеном, титр антител	РСК с трепонемным антигеном, титр антител	микрореакция преципитации (МРП), титр антител
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Результаты исследований						Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики	Инициалы, фамилия фельдшера-лаборанта	Дата выдачи результатов исследований
иммуноферментный анализ	реакция пассивной гемагглютинации, титр антител	реакция иммуно-флуоресценции с абсорбцией (РИФ абс)	реакция иммуно-флуоресценции (РИФ-200)	реакция иммобилизации бледных трепонем	результат исследования нативного материала			
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Приложение 30
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 229/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации результатов исследований отделяемого
мочеполовых органов

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Фамилия, имя, отчество пациента	Отделение	Число, месяц, год рожде-ния	Пол	Адрес места жительства	Диагноз	Номер медицинской карты амбула-торного / стационар-ного больного	Результаты исследований		
								Уретра		
								эпителиаль-ные клетки	лейко-циты	бакте-риаль-ная флора
1	2	3	4	5	6	7	9	12	13	14

Продолжение таблицы

Результаты исследований														Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики	Инициалы, фамилия фельдшера-лаборанта	Дата выдачи результатов исследований
Уретра					Цервикальный канал											
дрожже-подобные грибы	слизь	Гр(-) диплококки	трихомонады	результаты посева	эпителиальные клетки	лейкоциты	бактериальная флора	дрожже-подобные грибы	слизь	Гр(-) диплококки	трихомонады	"ключевые клетки"	результаты посева			
15		16		17			18		19			20		21	22	23

Приложение 31
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 230/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации и учета выделенных культур микобактерий

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Регистрационный номер	Фамилия, имя, отчество пациента	Отделение	Адрес пациента	Биологический материал	Дата посева	Характер роста	Бактериоскопия мазка культуры
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Продолжение таблицы

Тесты идентификации микобактерий											Результат исследования	Дата выдачи ответа	Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики
корд-фактор	пигментообразование	ниациновый тест	нитратредуктазный тест	каталазная активность	термостабильность каталазы	рост на яичной среде при 22 °С	рост на яичной среде при 37 °С	рост на яичной среде при 45 °С	рост на среде с ингибитором (ПНБК)	рост на среде с 5% NaCl			
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Приложение 32
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 231/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации и учета результатов исследований
крови на стерильность

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Дата поступления материала	Фамилия, имя, отчество пациента	Отделе-ние	Диагноз	Дата и время взятия крови	Температура тела пациента
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы

Результат исследования	Дата выдачи результата	Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики
8	9	10

Приложение 33
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 232/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации, проведения и учета результатов бактериологических исследований на туберкулез

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Дата	Регистра-ционный номер	Фамилия, имя, отчество пациента	Пол, м / ж	Дата рождения	Адрес пациента	Наименование организации здравоохране-ния, отделения	Диагноз	Биологи-ческий материал
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Цель исследования		Метод обработки	Результаты исследования		Дата выдачи результата	Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики
диагностика	мониторинг лечения		бактериоскопия осадка	посев		
11	12	13	14	15	16	17

Приложение 34
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 233/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
приготовления и контроля питательных сред

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Дата приготовления питательной среды	Дата контроля	Наименование питательной среды	Объем приготов-ленной среды	Серия и дата изготовления препарата, из которого приготовлена среда	Количество компонентов
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы

Тесты для контроля питательной среды					Заключение	Дата выдачи заключения	Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики
Рост культур в разведении на средах							
10^{-5}	10^{-6}	10^{-7}	10^{-8}	10^{-9}			
8	9	10	11	12	13	14	15

Приложение 35
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 234/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации, проведения и учета результатов исследований
на лекарственную чувствительность микобактерий

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Дата	Фамилия, имя, отчество пациента	Дата рождения	Пол м / ж	Номер истории болезни	Сведения о полученном лечении		Наименование организации здравоохранения, направившей материал на исследование	Лабораторный номер культуры микобактерий	Материал, из которого выделена культура	Дата посева материала
						менее 1 месяца	более 1 месяца				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Продолжение таблицы

Бактериоскопия мазка культуры	Результаты определения лекарственной чувствительности микобактерий													Дата выдачи результата	Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики
	контроль	рост на средах с препаратами													
		изониазид	стрептомицин	рифампицин	этамбутол	амикацин	канамицин	ломефлоксацин	офлоксацин	ПАСК	рифабутин	этионамид	прочие (указать)		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Приложение 36
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 235/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации, проведения и учета результатов бактериоскопических исследований на кислотоустойчивые микобактерии

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Дата	Регистра-ционный номер	Фамилия, имя, отчество пациента	Пол м / ж	Дата рождения	Адрес пациента	Наименование организации здравоохранения, направившей материал на исследование
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение таблицы

Причина исследования		Результаты бактериоскопии			Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики	Примечания
диагностика	мониторинг лечения	1 проба	2 проба	3 проба		
9	10	11	12	13	14	15

Приложение 37
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 236/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
регистрации, проведения и учета результатов исследований
на стерильность изделий медицинского назначения

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

N п/п	Дата	Регистрационный номер	Название изделия медицинского назначения	Наименование организации здравоохранения, отделения	Обработка материала	Дата посева
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы

Исследование на									Результат исследования	Дата выдачи результата	Инициалы, фамилия врача лабораторной диагностики
аэробы				анаэробы							
1% сахарный бульон	жидкая Сабуро			тиогликолевая среда							
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Приложение 38
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

Форма N 237/у-07

_____
(наименование организации здравоохранения)

Журнал
контроля работы стерилизаторов (воздушного, парового)

Начат "____" _____ 20___ г.
Окончен "____" _____ 20___ г.

Дата	Номер		Время стерилизации		Описание стерилизуемых материалов
	стерилизатора	загрузки	начало	окончание	
1	2	3	4	5	6

Продолжение таблицы

Параметры цикла (Т °С, давление)	Наружный химический индикатор	Внутренний химический индикатор	Биологический индикатор	Инициалы, фамилия фельдшера-лаборанта
7	8	9	10	11

Приложение 39
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28.09.2007 N 787

ПЕРЕЧЕНЬ
ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

N п/п	Наименование формы	Срок хранения	Формат	Страница
1	2	3	4	5

1	Направление на цитологическое исследование	25 лет	А5	1
2	Ведомость направленного биологического материала в централизованную лабораторию	1 месяц	А4	3
3	Анализ мочи общий	25 лет	А4	5
4	Анализ мочи по Зимницкому	25 лет	А5	6
5	Анализ мочи по Нечипоренко	25 лет	А5	7
6	Анализ кала	25 лет	А4	8
7	Исследование желудочного содержимого	25 лет	А4	9
8	Исследование дуоденального содержимого	25 лет	А4	10
9	Исследование спинномозговой жидкости	25 лет	А4	11
10	Анализ крови общий	25 лет	А4	12
11	Исследование биологического материала (указать) методом (указать)	25 лет	А5	14
12	Исследование стернального пунктата	25 лет	А4	15
13	Гемостазиограмма	25 лет	А4	17
14	Биохимическое исследование биологического материала (указать)	25 лет	А4	19
15	Химико-токсикологический анализ крови / мочи	25 лет	А4	21
16	Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой (галактозой)	25 лет	А5	22
17	Исследование крови / мочи - определение концентрации гормонов	25 лет	А5	23
18	Исследование фекалий на дисбактериоз	25 лет	А4	24
19	Микробиологическое исследование биологического материала (указать)	25 лет	А4	25
20	Цитогенетическое исследование биологического материала (указать)	25 лет	А5	26
21	Исследование активности лизосомных ферментов в лейкоцитах	25 лет	А4	27
22	Исследование эякулята	25 лет	А4	29
23	Направление на исследование биологического материала (указать) для диагностики сифилиса	25 лет	А5	30
24	Направление на исследование отделяемого мочеполовых органов	25 лет	А5	32
25	Направление на бактериологическое исследование на туберкулез	25 лет	А4	34
26	Исследование мокроты	25 лет	А4	36
27	Результат определения лекарственной чувствительности микобактерий	25 лет	А4	37
28	Журнал регистрации лабораторных исследований и их результатов	3 года	А4	38
29	Журнал регистрации результатов	3 года	А4	41

	исследований биологического материала для диагностики сифилиса			
30	Журнал регистрации результатов исследований отделяемого мочеполовых органов	3 года	А4	44
31	Журнал регистрации и учета выделенных культур микобактерий	3 года	А4	47
32	Журнал регистрации и учета результатов исследований крови на стерильность	3 года	А4	50
33	Журнал регистрации, проведения и учета результатов бактериологических исследований на туберкулез	3 года	А4	53
34	Журнал приготовления и контроля питательных сред	1 год	А4	56
35	Журнал регистрации, проведения и учета результатов исследований на лекарственную чувствительность микобактерий	3 года	А4	59
36	Журнал регистрации, проведения и учета результатов бактериоскопических исследований на кислотоустойчивые микобактерии	3 года	А4	62
37	Журнал регистрации, проведения и учета результатов исследований на стерильность изделий медицинского назначения	3 года	А4	65
38	Журнал контроля работы стерилизаторов (воздушного, парового)	1 год	А4	68
39	Перечень форм медицинской документации по лабораторной диагностике	-	-	71