|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Приложение № 9 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2014 г. № \_\_\_\_ |
| Наименование медицинской организации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Медицинская документация  Форма № 032/у |
|  |  | Утверждена приказом Минздрава России  от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ |

**ЖУРНАЛ**

**записи родовспоможения на дому**

**Начат «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Окончен «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

ф. № 032/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата | Фамилия, имя,  отчество  роженицы  (родильницы) | Дата  рождения | Регистрация по месту жительства (пребывания) | Срок  беремен-  ности | Дата и время  родов | Особенности течения  родов, оказанное  пособие | Родился:  плод,  мертво-  рожденный,  живо-  рожден-  ный | В случае смерти  новорож-  денного  в первые  0-168 часов:  дата и время  смерти |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ф. № 032/у продолжение

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Антропометрия  плода,  мертворожденного,  живорожденного | | | Профилактика  гонобленореи | Вакцинация  против туберкулеза | Помощь в родах  оказана медицинским  работником  медицинской организации  (указать название  организации, специальность,  фамилию, инициалы  лица, принявшего роды | Исход родов:  госпитализирована  (куда),  оставлена дома | Отметка о посещении  на дому, если  родильница  не была  госпитализирована | Примечание |
| Пол | Масса  тела | Рост |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |