

**Форма**  
**Национального радиационно-эпидемиологического регистра**  
**«Сведения об изменениях в состоянии здоровья лица, зарегистрированного**  
**в Национальном радиационно-эпидемиологическом регистре»**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Наименование  
медицинской организации

Отчетный год (гггг)	Дата оформления (дд.мм.гггг)	Код организации по ОКПО	Дополнительный код организации
□□□□	□□.□□.□□□□		

Раздел I

№ п/п	Идентификация	
1	Регистрационный номер	
2	Фамилия	
3	Прежняя фамилия	
4	Имя	
5	Отчество	
6	Пол (мужской – 1; женский – 2)	
7	Дата рождения (дд.мм.гггг)	□□.□□.□□□□

Раздел II

№ п/п	Адрес места жительства и (или) места пребывания на момент заполнения данной формы	
1	Место жительства (пребывания) в течение отчетного года изменялось (нет – 1; да – 2)	
2	Для изменивших место жительства (пребывания) почтовый индекс нового адреса места жительства (пребывания)	
3	Субъект Российской Федерации	
4	Район	
5	Сельский совет	
6	Населенный пункт	
7	Код ТЕРСОН населенного пункта	
8	Код ОКТМО населенного пункта	
9	Улица	
10	Дом, корпус, квартира	

## Раздел III

№ п/п	Информация об обследовании и снятии с учета в течение года	
1	Обследование (обращение) в течение года (не проводилось – 1; проводилось – 2)	
2	Причина снятия с учета (выбыл – 1; исключен из регистра – 2; умер – 3)	
3	Дата смерти (дд.мм.гггг)	□□.□□.□□□□
4	Основная причина смерти (код МКБ-10)	
5	Дата исключения из регистра	□□.□□.□□□□
6	Основание исключения из регистра	

## Раздел IV

№ п/п	Обследование специалистами в течение года	
	Специалист	Дата последнего осмотра в отчетном году (дд.мм.гггг)
1	Врач-терапевт (врач-педиатр)	□□.□□.□□□□
2	Врач-хирург	□□.□□.□□□□
3	Врач-офтальмолог	□□.□□.□□□□
4	Врач-стоматолог	□□.□□.□□□□
5	Врач-акушер-гинеколог	□□.□□.□□□□
6	Врач-невролог	□□.□□.□□□□
7	Врач-эндокринолог	□□.□□.□□□□
8	Врач-оториноларинголог	□□.□□.□□□□
9	Врач-онколог	□□.□□.□□□□
10	Врач-гематолог	□□.□□.□□□□

## Раздел V

№ п/п	Результаты лабораторных, антропометрических исследований, данные опроса за отчетный год (заполняется врачом-терапевтом)	
1	Холестерин крови (ммоль/л)	
2	Рост (см)	
3	Вес (кг)	
4	Курение (да – 1; нет – 2; бросил курить – 3)	
5	Употребление алкоголя (не употребляет – 1; несколько раз в месяц – 2; чаще – 3)	

## Раздел VI

№ п/п	Диагнозы заболеваний за отчетный год		
1	Диагноз по МКБ-10	Код МКБ-10	Диагноз
2	Диагноз установлен (впервые - 1; ранее известен - 2)		
3	Диагноз по МКБ-10	Код МКБ-10	Диагноз
4	Диагноз установлен (впервые - 1; ранее известен - 2)		
5	Диагноз по МКБ-10	Код МКБ-10	Диагноз
6	Диагноз установлен (впервые - 1; ранее известен - 2)		
7	Диагноз по МКБ-10	Код МКБ-10	Диагноз
8	Диагноз установлен (впервые - 1; ранее известен - 2)		
9	Диагноз по МКБ-10	Код МКБ-10	Диагноз
10	Диагноз установлен (впервые - 1; ранее известен - 2)		

## Раздел VII

№ п/п	Диагнозы заболеваний, по которым лицо снято с диспансерного наблюдения			
1	Диагноз по МКБ-10	Код МКБ-10	Диагноз	Год снятия □□□□
2	Причина прекращения диспансерного наблюдения (диагноз не подтвердился - 1; состоял по базалиоме - 2; клиническое излечение - 3)			
3	Диагноз по МКБ-10	Код МКБ-10	Диагноз	Год снятия □□□□
4	Причина прекращения диспансерного наблюдения (диагноз не подтвердился - 1; состоял по базалиоме - 2; клиническое излечение - 3)			
5	Диагноз по МКБ-10	Код МКБ-10	Диагноз	Год снятия □□□□
6	Причина прекращения диспансерного наблюдения (диагноз не подтвердился - 1; состоял по базалиоме - 2; клиническое излечение - 3)			

## Раздел VIII

№ п/п	Состояние здоровья на конец года	
1	Группа состояния здоровья (взрослые - от 1 до 3; дети - от 1 до 5)	
2	Группа инвалидности либо категория «ребенок-инвалид»	
3	Год установления группы инвалидности либо категории «ребенок-инвалид»	□□□□
4	Основной диагноз заболевания, приведшего к инвалидности (код МКБ-10)	
5	Диагноз заболевания из заключения межведомственного экспертного совета по установлению причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан, подвергшихся воздействию радиационных факторов (код МКБ-10)	
6	Дата заключения экспертного совета, указанного в пункте 5 (дд.мм.гггг)	□□.□□.□□□□

## Раздел IX

№ п/п	Оказанная медицинская помощь в течение отчетного года				
	Диагноз (код МКБ-10)	Организация	Подведомственность организации по территориальному признаку	Медицинская помощь	Длительность оказания медицинской помощи (дней)
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Кодировка:

Организация, где оказывалась медицинская помощь:  
поликлиника – 1; больница – 2; реабилитационный центр – 3; специализированный центр – 4;  
санаторий – 5; санаторий-профилакторий – 6; прочие – 7.

Подведомственность организации:  
федеральная – 1, краевая, республиканская, областная, окружная – 2, муниципальная – 3,  
межрайонная – 4, районная – 5; городская – 6.

Медицинская помощь:  
лекарственное лечение – 1; оперативное лечение – 2; комбинированное лечение – 3; другое – 4.

## Раздел X

№ п/п	Рекомендованное оказание медицинской помощи			
	Диагноз (код МКБ-10)	Организация	Подведомственность организации по территориальному признаку	Медицинская помощь
	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

## Раздел XI

№ п/п	Информация об ответственном за заполнение формы	
1	Фамилия И.О. заполнившего форму	