

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">Лечебно заведение</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">РЗОК No.    здравен район    регистрационен номер на лечебното заведение</p> <p>гр. ....</p>   | <p><b>КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:</b></p> <hr/> <p><b>ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">Име и фамилия на лекаря/</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> <p style="font-size: 8px;">УИН на лекаря</p> | <p><b>СТАЯ №</b></p> <hr/> <p><b>ЛЕГЛО №</b></p> |
| <p><b>ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО - гинекологична № ...../..... НРН № .....</b></p>  |  |  |
| <p><b>ВАЖНО!</b></p> <p><b>Алергичен към:</b></p>  |  | <p><b>КРЪВНА ГРУПА</b></p> <p><b>Rh</b></p>      |
| <p><b>ПАЦИЕНТ</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">РЗОК No.    здравен район    ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">Идентификационен номер</p> </div> <div style="width: 50%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 2px;"> <div><input type="checkbox"/> ЕГН</div> <div><input type="checkbox"/> ЛНЧ</div> <div><input type="checkbox"/> СНН</div> <div><input type="checkbox"/> Друг</div> </div> <div><input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)</div> <div style="margin-top: 10px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">Код на държава</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">№ ..... дата .....</p> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">1 лична карта, 2 паспорт</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Гражданство</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Семейно положение</p> |  |  |

Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол: .....

**ИЗПИСАН НА:**

|                                  |   |   |   |   |  |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|--|---|
|                                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |   |
|                                  | дата на прием   | час на прием  | дата и час на изписване / превеждане / починал  |   |  | Прележани леглодни: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 1. изписан                       | <input type="checkbox"/> оздравял   | <input type="checkbox"/> с подобрение   | <input type="checkbox"/> без промяна  | <input type="checkbox"/> с влошаване  |  |   |
| Статус: <input type="checkbox"/> | 2. преведен в болница РЗИ   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   | Диагноза за превеждане:   | МКБ 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| 3. починал                       | <input type="checkbox"/> аутопсиран   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | МКБ 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
|                                  |   | ден   | месец   | година  | час  | минути  |
|                                  |   |   |   |   |  | причина за смъртта: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> възстановена                         |  | <input type="checkbox"/> трайно намалена: |  | <input type="checkbox"/> насочен към ТЕЛК |
| <input type="checkbox"/> временна неработоспособност – отпуск |  |   |  |   |

Болничен лист № 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 до постъпването 

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

 дни при изписването 

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

 дни

по КП № .  по АПр № .

|  |        |  |  |  |  |
|--|--------|--|--|--|--|
| ОСНОВНА ДИАГНОЗА:                      | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| .....                                  | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| Придружаващи заболявания и усложнения: | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| .....                                  | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| .....                                  | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| .....                                  | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| .....                                  | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| .....                                  | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| .....                                  | МКБ 10 | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |
| Хистология:                            |        | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> | <div><div></div><div></div><div></div></div> |

**ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:**

|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|------------------|------|---|--|--|--|--|---|--|--|
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
| Xист. результат: | KCМП | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . |  |  |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |
|                  |      |   |  |  |  |  |   |  |  |

Хист. результат: ..... КСМП 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 . 

|  |
|--|
|  |
|--|

No ..... Дата ..... Описание ..... TNM ..... Стадий .....

Лекуващ лекар: \_\_\_\_\_

/име фамилия, подпис/ \_\_\_\_\_

УИН на лекаря \_\_\_\_\_

История на заболяване - гинекологична, част III - Анамнеза

Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол:

**АНАМНЕЗА**

Фамилна обремененост: Не/Да, каква:

Минали заболявания: общи

гинекологични

Прекарани операции: общи

гинекологични

Родени деца ..... от тях: живи ..... мъртви .....  
в т.ч. недоносени .....

Аборти всичко .....  
от тях: изкуствени .....  
спонтанни .....

Последно раждане на ..... Г.

Последен аборт на ..... Г.

Първа менструация на ..... год., установила се .....; през ..... дни, трае ..... дни  
особености

Последна редовна менструация: дата .....

Последно цитологично изследване от маточна шийка(цитонамазка –РАР тест) от дата .....

Резултат :

Промени: /от кога и какви/

Оплаквания при постъпването:

ден месец година час минути

Име на лекаря, снел анамнезата:.....

УИН на лекаря

История на заболяване - гинекологична, част IV – Обективно състояние

Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол:

**ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ**

**ОБЩ СТАТУС**

Патологични отклонения по системи и органи: ..... Не / Да, Какви:

**ГИНЕКОЛОГИЧЕН СТАТУС**

Външни гениталии на: раждала/нераждала:

Влагалище: нормално

P.v.c. ut.:

цилиндрично / конично, розово / ливидно

Or ext. сс. кръгъл / овален / зеещ

Can. cerv. затворен / отворен

Ex utero:

Матка:

Аднекси и параметри:

Cav Douglasi

Ехографско изследване на вътрешни женски органи и малък таз:

|     |       |        |     |        |  |  |  |
|-----|-------|--------|-----|--------|--|--|--|
|     |       |        |     |        |  |  |  |
| ден | месец | година | час | минути |  |  |  |

Име на лекаря, снел статуса:.....

|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| УИН на лекаря |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

История на заболяване - гинекологична, част V – Диагностично-лечебен план

Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол:

**ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН ПЛАН**

Диагноза:

Диференциална диагноза:

Диагностичен план:

Лечебен план:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
ден    месец    година    час    минути

Име на лекар:.....

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
УИН на лекаря

Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол: .....

[illegible][illegible]

История на заболяване - гинекологична, част VI – Лабораторни изследвания

Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол:

**ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

| УРИНА |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|-------|----|------------------|--------|-------|--------------|-----------|--------------|----------|------------|
| Дата  | pH | Специфично тегло | Белтък | Захар | Кетонни тела | Билирубин | Уробилиноген | Седимент | Урокултура |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
| Дата  |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
| Дата  |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
| Дата  |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
| Дата  |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
| Дата  |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |
|       |    |                  |        |       |              |           |              |          |            |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>История на заболяване - гинекологична, част VI – Лабораторни изследвания</b> |  |  |
| Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол:                     |  |  |

### ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

|                             |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------|----------------|----------------|--|--|--|-----------|---|---|---|---|---|---|
| Дата:                       |                | Изследване:    |  |  |  | Материал: |   |   |   |   |   |   |
| Резултат                    |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Микроскопски                |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Серологичен                 |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| От посявка                  |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Изолирани микроорганизми    |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| No                          | Микроорганизъм | Микробно число |  |  |  | Оценка    |   |   |   |   |   |   |
| 1                           |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| 2                           |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Антибиотична чувствителност |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Антибиотик                  |                |                |  |  |  | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|                             |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
|                             |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |

|                             |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------|----------------|----------------|--|--|--|-----------|---|---|---|---|---|---|
| Дата:                       |                | Изследване:    |  |  |  | Материал: |   |   |   |   |   |   |
| Резултат                    |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Микроскопски                |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Серологичен                 |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| От посявка                  |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Изолирани микроорганизми    |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| No                          | Микроорганизъм | Микробно число |  |  |  | Оценка    |   |   |   |   |   |   |
| 1                           |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| 2                           |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Антибиотична чувствителност |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
| Антибиотик                  |                |                |  |  |  | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|                             |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |
|                             |                |                |  |  |  |           |   |   |   |   |   |   |

|                     |  |             |  |  |  |           |  |  |  |
|---------------------|--|-------------|--|--|--|-----------|--|--|--|
| Дата: _____ № _____ |  | Изследване: |  |  |  | Материал: |  |  |  |
| Макроскопски        |  |             |  |  |  |           |  |  |  |
| Хистологично        |  |             |  |  |  |           |  |  |  |
| Диагноза            |  |             |  |  |  |           |  |  |  |

|                     |  |             |  |  |  |           |  |  |  |
|---------------------|--|-------------|--|--|--|-----------|--|--|--|
| Дата: _____ № _____ |  | Изследване: |  |  |  | Материал: |  |  |  |
| Макроскопски        |  |             |  |  |  |           |  |  |  |
| Хистологично        |  |             |  |  |  |           |  |  |  |
| Диагноза            |  |             |  |  |  |           |  |  |  |



**История на заболяване - гинекологична, част VII – Образни изследвания**

Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол:

**ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

|            |             |                                |                                |
|------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Дата и час | Изследване: | Име на лекаря разчел резултата | УИН на лекаря разчел резултата |
|            |             |                                |                                |
| Дата и час | Изследване: | Име на лекаря разчел резултата | УИН на лекаря разчел резултата |
|            |             |                                |                                |
| Дата и час | Изследване: | Име на лекаря разчел резултата | УИН на лекаря разчел резултата |
|            |             |                                |                                |
| Дата и час | Изследване: | Име на лекаря разчел резултата | УИН на лекаря разчел резултата |
|            |             |                                |                                |

**История на заболяване - гинекологична, част VIII – Протоколи за извършени процедури**

Номер: ...../....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол:

**ПРОТОКОЛИ ЗА ИЗВЪРШЕНИ ПРОЦЕДУРИ**

|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Дата                   | № | Процедура:  | <input type="checkbox"/><br>Взет материал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .....<br>Име на лекаря |   | <table border="1" style="float: right; width: 100px; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> УИН на лекаря |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата                   | № | Процедура:  | <input type="checkbox"/><br>Взет материал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .....<br>Име на лекаря |   | <table border="1" style="float: right; width: 100px; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> УИН на лекаря |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата                   | № | Процедура:  | <input type="checkbox"/><br>Взет материал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .....<br>Име на лекаря |   | <table border="1" style="float: right; width: 100px; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> УИН на лекаря |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата                   | № | Процедура:  | <input type="checkbox"/><br>Взет материал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .....<br>Име на лекаря |   | <table border="1" style="float: right; width: 100px; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> УИН на лекаря |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата                   | № | Процедура:  | <input type="checkbox"/><br>Взет материал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .....<br>Име на лекаря |   | <table border="1" style="float: right; width: 100px; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> УИН на лекаря |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер: ..... / ....., Пациент: ....., Роден/а/ на ....., Пол: .....

| Декурзус   |  |   |  |   | Лекарствени назначения  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Дата и час _____                                 |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Име на лекаря:.....                              |  |   |  |   | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на лекаря</div>        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата и час _____                                 |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Име на лекаря:.....                              |  |   |  |   | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на лекаря</div>        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата и час _____                                 |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Име на лекаря:.....                              |  |   |  |   | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на лекаря</div>        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата и час _____ Консултация:                    |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Име на лекаря:.....                              |  |   |  |   | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на лекаря</div>        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата и час _____                                 |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Име на лекаря:.....                              |  |   |  |   | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на лекаря</div>        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата и час _____                                 |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Име на лекаря:.....                              |  |   |  |   | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на лекаря</div>        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИЗХОД ОТ ЗАБОЛЯВАНЕТО                            |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ПРЕПОРЪКИ  |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лекуващ лекар: .....                             |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div><div></div><div></div></div> <div>ден</div> | <div><div></div><div></div></div> <div>месец</div> | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>година</div> | <div><div></div><div></div></div> <div>час</div> | <div><div></div><div></div></div> <div>минути</div> | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>УИН на лекуващ лекар</div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## УКАЗАНИЯ ЗА ИЗГОТВЯНЕ НА ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО - ГИНЕКОЛОГИЧНА

Медицинският документ "История на заболяването - гинекологична" е съпътстваща лечебно-диагностичния процес документация за всеки пациент, постъпил в лечебно заведение за болнична помощ.

Този документ се изготвя за всеки хоспитализиран пациент, насочен за лечение с направление Бл.МЗ-НЗОК №7, както и за пациентите насочени с направление Бл.МЗ-НЗОК № 8/8А, когато се изисква документиране на диагностиката и лечението в "История на заболяване - гинекологична".

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения и се генерира в окончателен вид в края на хоспитализацията, след изписване на пациента като един електронен документ, който се подписва с електронен подпис от завеждащия на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията История на заболяване - гинекологична се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок.

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„Историята на заболяването“ представлява утвърден от МЗ образец, който се състои от няколко части:

### Част I

#### Блок "История на заболяването - гинекологична"

В този блок се посочват:

- Посочва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентът, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема пациента, стая №, легло №, както и името на приемащия лекар.
- В полето „История на заболяването №“ се посочва номер от общоболничния журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- В полето „Направление НРН №“ се посочва НРН номера № на направление Бл.МЗ-НЗОК №7, 8 или 8А от Националната здравно-информационна система по което се осъществява приема, когато системата има техническа готовност за това;
- В полето „Пациент БИС №“ се посочва уникалният регистрационен номер на пациента в информационната система на лечебното заведение.

**Блок "Важно" -** вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др. ) по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне и информация за преболедуване от хепатит.

#### Блок "Пациент" - Паспортна част

В този блок се посочват:

- № РЗОК и № здравен район по местоживее на пациента – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За работещи и осигуряващи се в България лица без ЕГН (ЛНЧ) се посочва служебен номер, издаден от НАП (СНН). За новородени и чужденците, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца (плюс 40 за новородените), петото и шестото - деня на раждане);
- Номер и дата на лична карта или паспорт, за лицата без ЕНГ/ЛНЧ/СНН;
- Идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
  - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
  - б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СНН);
- Идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- Гражданство;
- Име, презиме, фамилия по лична карта/паспорт;
- Дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- Възраст, навършени години;
- Семейно положение;
- Постоянен адрес – посочва се адрес на пациента по лична карта/паспорт;
- Телефон за връзка с пациента;
- Образование;
- Месторабота;
- Професия (длъжност);
- Лице за контакт – посочва се лице за контакт;
- Адрес на близките – посочва се адрес на лицето за контакт.

#### Блок "Насочен от"

В този блок се посочват:

- Един от възможните варианти за насочване. Когато пациентът се насочва от "Спешна помощ" се попълва само цифрата "4" в съответното поле, а другите остават празни.;
- Име на лечебното заведение, което насочва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Име, фамилия и УИН на лекар/ЛПК на лекаря по дентална медицина, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“;

- Код на специалност се посочва само за лекар-специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности на НЗОК или от НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.

#### **Блок “Първи преглед”**

В този блок се посочват:

- Дата на първи преглед в болница/МЦ /ДКЦ с разкрити легла;
- Дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;
- № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарната година.

#### **Блок “Постъпил в лечебното заведение”**

В този блок се посочват:

- „Приет“ - дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата.
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентът се приема спешно или планово;
- При спешен прием се посочва брой часове, изминали от настъпване на спешността до приема в лечебното заведение;
- Номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека;
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

### **СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)**

#### **I СТЕПЕН**

Пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

#### **II СТЕПЕН**

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

#### **III СТЕПЕН**

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежачо положение.

#### **IV СТЕПЕН**

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

#### **Блок “Диагноза”**

В този блок се посочват диагнозите:

- „Изпращащо заведение“ – наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациентът има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с “\*”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Приеман кабинет – наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с “\*”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при постъпване в лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- TNM стадий на тумор при постъпване в лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен преди постъпване в ЛЗ).

## **Част II**

### **Напуснал лечебното заведение**

#### **Блок “Изписан от клиника отделение ”**

- Дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата;
- Дата и час на изписване/превеждане/починал;
- Посочват се и пролежаните дни в лечебното заведение;
- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
  - изписан – отбелязва се с “1”;
  - преведен - отбелязва се с “2”. В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с “\*”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;

- починал - отбелязва се с "З"; в полето "Причина за смъртта" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията.
- „Състояние“ – посочва се състоянието при изписване – здрав; с подобрение; без промяна; с влошаване.

#### **Блок "Работоспособност"**

В блок се вписват данни за издаден болничен лист и за лица подлежащи на експертиза по реда „Наредба за медицинската експертиза“ с изключение на децата до 16г.:

- Възстановена;
- Временна неработоспособност – когато се издава болничен лист се вписва номера му, както и дните до постъпването и общия брой дни на болничния лист при изписването;
- Трайно намалена;
- Насочен към ТЕЛК.

#### **Блок "Проведено лечение"**

В този блок се посочва:

- Код на КП, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с \*\*\*), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10. При отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с \*\*\*), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при изписване от лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код по КСМП - колкото реда са необходими;
- Хистологичен резултат – описва се с думи хистологичния резултат (ако има направен по време на хоспитализацията), а с код по КСМП се отразяват начина на изследване, посочва се номера и датата;
- TNM стадий на тумор, определени при изписване от лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен по време на хоспитализацията).

### **Част III**

#### **Анамнеза**

- Анамнезата се вписва в свободен текст.
- Посочва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снет анамнезата;

### **Част IV**

#### **Обективно състояние**

Вписва се в свободен текст:

- Общ статус;
- Гинекологичен статус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря снет статуса.

### **Част V**

#### **Диагностично-лечебен план**

Вписва се в свободен текст:

- Диагноза;
- Диференциална диагноза;
- Диагностичен план;
- Лечебен план;
- Посочва се дата и час на определяне, УИН код и име на лекуващия лекар съставил диагностично-лечебния план.

### **Част VI**

#### **Лабораторни изследвания**

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

### **Част VII**

#### **Образни изследвания**

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

### **Част VIII**

#### **Протоколи за извършени процедури**

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/ интервенционални/ ендоскопски процедури.

## **Част IX**

### **Декурзус**

- Декурзус - в полето се вписват бележки според необходимостта за хода на болестта, грижите за болния, назначения или друго в свободен текст;
- Лекарствени назначения - провеждано лекарствено лечение, като се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снел декурзуса.

### **Консултация**

- Консултация – в полето се маркира с надпис „Консултация“ и се описва в свободен текст консултацията;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на консултанта.

### **Изход от заболяването и препоръки**

- Изход от заболяването – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Препоръки – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекуващия лекар, изготвил описанието на изхода от заболяването и препоръките.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на заболяването - гинекологична“ и са неотделима част от самото ИЗ.