

+

Створити

📄

Відкрити

✖

Закрити

🔄

Оновити

📄

Експорт

📖

Інструкції користувача

🏠

Станціонар

👤

Пацієнти

📄

Станціонарні картки пацієнтів

📄

Листки призначень

📄

Направлення стаціонару

📄

Рецепти

👤

Видача пацієнту

📄

Візити

📄

Процес передачі від матері до дитини

👤

Реєстр осіб-учасників ППМД

Реєстр

Номер повід	Номер форм	Дата внесені	Ім'я пацієнта	Прізвище па	По-батькові	Ідентифікація	Дата народж	Створено	Хто вніс форм	Змінено
1	501-1	21.06.2022	Дубль	Тест		138592		21.06.2022...	Лейченко...	21.06.2022.
1	501-4	21.06.2022	1	1		1111		21.06.2022...	Лейченко...	21.06.2022.
123	501-1	04.10.2023	Алергічні	Дублікат		138691	16.03.1990	04.10.2023...	Лейченко...	04.10.2023.
333	501-2	04.10.2023	333	333				04.10.2023...	Лейченко...	04.10.2023.
5656	501-3(I)	04.10.2023	2	22	1			04.10.2023...	Лейченко...	04.10.2023.
w	501-3(II)	04.10.2023	22	22				04.10.2023...	Лейченко...	04.10.2023.
555/1	501-3(III)	04.10.2023	ст	те				04.10.2023...	Лейченко...	04.10.2023.
456445	501-2	08.01.2024	Алергічні	Дублікат		138691		08.01.2024...	Главный а...	08.01.2024.
75656776	501-3(II)	08.01.2024	Алергічні	Дублікат		138691	16.03.1990	08.01.2024...	Главный а...	08.01.2024.
456456654	501-3(III)	08.01.2024	Алергічні	Дублікат		138691		08.01.2024...	Главный а...	08.01.2024.
4564556	501-4	08.01.2024	Алергічні	Дублікат		138691	16.03.1990	08.01.2024...	Главный а...	08.01.2024.
321233	501-1	08.01.2024	Алергічні	Дублікат		138691	16.03.1990	08.01.2024...	Главный а...	08.01.2024.
4214214	501-1	17.01.2024	Антон	Вікторев				17.01.2024...	Главный а...	17.01.2024.

3. ????????? ?????????? ?????:

- ??????? ?????? ??????
- ?????????? ?????? ???????????????

Процес передачі від матері до дитини (Створення)

Форма:\*  Дата внесення: 17.01.2024 16:08:24 Відповідальна особа: Главный администратор

Основні параметри

Номер повідомлення:\*

Дата внесення: 17.01.2024

Прізвище:\*  Ім'я:\*  По-батькові:

Індивідуальний номер:  Дата народження:

Поля реєстраційної форми

4. ?????????? ?????????????????? ??????

Форма:\*  Дата внесення: 17.01.2024 16:08:24 Відповідальна особа: Главный администратор

Основні параметри

Номер повідомлення:\*

Дата внесення: 17.01.2024

Прізвище:\*  Ім'я:\*  По-батькові:

Індивідуальний номер:  Дата народження:

Кількість повних років:

Поля реєстраційної форми

- ☒ Блок "Дані пацієнта"
- ☒ Блок "Взяття на облік у ЗОЗ допологової допомоги"
- ☒ Блок "Статевий партнер"

5. ?????????? ??????? «?????????????????»

Форма:\*  Дата внесення: 17.01.2024 16:08:24 Відповідальна особа: Главный администратор

Основні параметри

Номер повідомлення:\*

Дата внесення: 17.01.2024

Прізвище:\*  Ім'я:\*  По-батькові:

Індивідуальний номер:  Дата народження:

Кількість повних років:

Поля реєстраційної форми

????? ?????????? ?????? «????????????????» ?????????????? ??? ?????????, ???  
????????????? ?????????? ?????????????????????? ???????.

Процес передачі від матері до дитини (Створення)

eHealth

я станів  
я друку

Форма:\*

501-1

Дата внесення: 17.01.2024 16:08:24

Відповідальна особа: Головний адміністратор

Основні параметри

Номер повідомлення:\*

4444

Дата внесення:

17.01.2024

Прізвище:\*

Дублікат

Ім'я:\*

Алергічні

По-батькові:

Оригінал

Індивідуальний номер:

138691

☐

Дата народження:

16.03.1990

Кількість повних років:

33

Поля реєстраційної форми

☒ Блок "Дані пацієнта"

☒ Блок "Взяття на облік у ЗОЗ допологової допомоги"

☒ Блок "Статевий партнер"

☒ Блок "Вагітність"

☒ Блок "Код обстеження на ВІЛ 109.1"

☒ Блок "Код обстеження на ВІЛ 109.2"

☒ Блок "Код обстеження на ВІЛ 109.3"

☒ Блок "ВІЛ-статус"

☒ Блок "Додаткова інформація"

???? ????? ?????????? ?????? «?????????????» ?????? ?? ?????????? ??????  
????????, ?? ?????? ?????????? ??? ??.

Процес передачі від матері до дитини (Створення)

няeHealth

танів  
руку

Форма:\*501-1Дата внесення:17.01.2024 16:08:24Відповідальна особа:Главный администратор

Основні параметри

Номер повідомлення:\*4444

Дата внесення:17.01.2024

Прізвище:\*ДублікатІм'я:\*АлергічніПо-батькові:Оригінал

Індивідуальний номер:138693Дата народження:16.03.1990Кількість повних років:33

Поля реєстраційної форми

Блок "Дані пацієнта"

Блок "Взяття на облік у ЗОЗ допологові допомоги"

Назва закладу:

Адреса закладу:

Дата взяття під нагляд:

Термін вагітності у тижнях:

Тип звернення:

Блок "Статевий партнер"

Наявність статевого партнера протягом останнього року на момент встановлення вагітності

Процес передачі від матері до дитини...

Неможливо прив'язати дитину до чоловіка

Ок

6. ????????? ?????? ?????????? ? ?????????????? ???????

Форма:\*501-1Дата внесення:17.01.2024 16:08:24Відповідальна особа:Главный администратор

Основні параметри

Номер повідомлення:\*4444

Дата внесення:17.01.2024

Прізвище:\*ДублікатІм'я:\*АлергічніПо-батькові:Оригінал

Індивідуальний номер:138693Дата народження:16.03.1990Кількість повних років:33

Поля реєстраційної форми

Блок "Дані пацієнта"

Змінене прізвище:

Громадянство:

Місце реєстрації:

Місце проживання:

E-Mail:

Телефон:

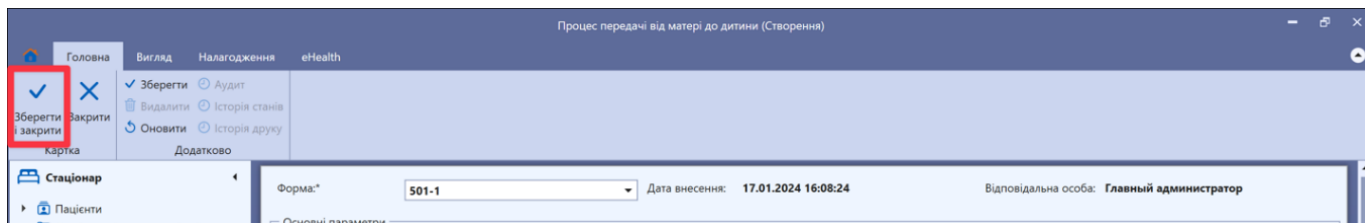
Інша контактна інформація:

Мешкає:

Блок "Взяття на облік у ЗОЗ допологові допомоги"

Блок "Статевий партнер"

7. ?????????? ?????? «?????????»



Версія #2

Створено 3 квітень 2024 14:24:08

Оновлено 7 травень 2024 12:23:59