



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

MD-3300, ПМР, г. Тирасполь, пер. Днестровский, 3, тел. (533) 8 05 25, тел/факс (533) 9 60 40
р/с 2182006436701003 в ОПЕРУ ПРБ г. Тирасполь ф/к 0200018510
e-mail: minzdravpmr@idknet.com

22 ИЮН 2022

№ 01.1-14.1/5862

На № _____ от _____

Руководителям хозяйствующих
субъектов

О направлении ценового предложения

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, руководствуясь Законом Приднестровской Молдавской Республики «О закупках в Приднестровской Молдавской Республике» в действующей редакции, в рамках подготовки к закупке конкурентным методом, в целях определения начальной максимальной цены контракта, настоящим просит Вас в срок до 27 июня 2022 года направить в адрес ведомства (mzpmr.tender@gmail.com) ценовое предложение на поставку бланочной продукции для нужд ГУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер», (контактный телефон (533) 7-44-18).

№ п/п	Наименование товара и его описание*	Плотность бумаги г/м ²	Ед. изм.	Количество**
1	Приходный кассовый ордер (Унифицированная форма №КО-1) Приложение №1	не менее 80	шт	700
2	Расходный ордер (Унифицированная форма №КО-2) Приложение №2	не менее 80	шт	700
3	Лицевой счет (Унифицированная форма №Т-54а)	не менее 160	шт	100
4	Результат анализа (Приложение №2 пункт 3)	не менее 80	шт	25000
5	Форма №218/У (Приказ МЗ и СЗ ПМР от 18.09.200к №444) Приложение №2 пункт 2	не менее 80	шт	4000
6	Требование (Приложение №2 пункт 1)	не менее 80	шт	4000
7	Форма №065/У Медицинская карта больного венерическим заболеванием (Приказ МЗ И СЗ ПМР от 26.02.2007 №119)	не менее 80	шт	2000
8	Направление в кассу (Приложение №3)	не менее 80	шт	60000
9	Форма №0.2.5-2/у Статистический талон (Приложение №4)	не менее 80	шт	60000
10	Лист осмотра (Приложение №5)	не менее 80	шт	60000
11	Форма №058/у Экстренное извещение (Приказ МЗ ПМР от 20.09.2012 №504) Приложение №6	не менее 80	шт	2000
12	Форма №066-у Статистическая карта (Приказ Мзи СЗ ПМР от 16.08.2005 №407) Приложение №7	не менее 80	шт	400
13	Расходная/Приходная накладная Приложение №8	не менее 80	шт	300
14	Форма №007-у Листок учета больных и коечного фонда стационара (приказ МЗ и СЗ ПМР от 16.08.2015 №407) Приложение №9	не менее 80	шт	500
15	Порционное требование Приложение №10	не менее 80	шт	500
16	Отчет о движении лекарственных средств Приложение №11	не менее 80	шт	200
17	Форма 003/у (Приказ МЗ и СЗ ПМР от 10.10.2005) Лист врачебных назначений Приложение №12	не менее 80	шт	700

*-доставка и отгрузка осуществляется силами и средствами поставщика по заявке получателя товара

**-возможна корректировка в зависимости от стоимости в рамках доведенных лимитов финансирования

Министр

К.В.Албул

Туранский А.О.
54201

Унифицированная форма № КО-1

Коды:

0310001

Данная квитанция прилагается к банковским документам

(организация)

(структурное подразделение)

ПРИХОДНЫЙ КАССОВЫЙ ОРДЕР

Номер документа

Дата
составления

Дебет	Кредит			Сумма руб. коп.	Код целевого назначения
	код структурного подразделения	корр. счет, субсчет	код аналити- ческого учета		

Принято от: _____

Основание: _____

Сумма: _____

(прописью)

В том числе: _____

Приложение: _____

Главный бухгалтер _____

подпись

расшифровка подписи

КВИТАНЦИЯ

к приходному кассовому ордеру № _____

от " " "

Принято от _____

Основание _____

Сумма _____

руб. коп.

(цифрами)

(прописью)

В том числе _____

М.П. (штампа)

Главный бухгалтер _____

подпись

расшифровка подписи

предприятие, организация

Структурное подразделение

Форма № КО-2

КОД

0310002

Номер
документа

Дата
составления

РАСХОДНЫЙ КАССОВЫЙ ОРДЕР

Дебет	Кредит	Сумма Руб. коп.	Код целевого назначения
Код структурного подразделения	Корреспондирующий счет, субсчет	Шифр аналитического учета	

Выдать _____

(фамилия, и., о.)

Основание: _____

Сумма _____

прописью

Приложение: _____

Руководитель организации _____

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Получил _____

прописью

руб.

коп.

«___» _____ 201__ г.

Подпись: _____

По _____

(наименование, номер, дата и место выдачи документа, удостоверяющего личность получателя)

Выдал кассир _____

(подпись)

ТРЕБОВАНИЕ № 2

1.

Предприятие _____

ТРЕБОВАНИЕ №

« ____ » _____ 20 ____ г.

Через кого _____ Затребовал _____ Разрешил _____

Номенкла- турный номер	Наименование, сорт, размер	Един. изм.	Количество		Цена	Сумма	Пор. № записи по складской карточке
			затребовано	отпущено			

Отпустил _____ Получил _____

2.

Министерство здравоохранения
и социальной защиты ПМР

(наименование учреждения)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма № 218/У
Утверждена Приказом МЗ и СЗ
от 18.09.2005 г. № 444

Лаборатория

АНАЛИЗ № _____
отделяемого из мочеполовых органов и прямой кишки

« ____ » _____ 20 ____ г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____ Пол _____ Адрес _____

Учреждение _____ отделение _____ палата _____

Участок _____ медицин. карта № _____

Диагноз _____

	Отделяемое из:			
	шейки матки	мочеиспу- скательного канала	влага- лица	прямой кишки
Эпителий				
Лейкоциты				
Эритроциты				
Микрофлора				
Трихомонады				
Гонококки				
Клетки с призматическими атипичными ядрами				

« ____ » _____ 20 ____ г.
дата выдачи ответа

Исследование производил _____

3.

Лаборатория ГУ «РКВД»

АНАЛИЗ №

Ф.И.О. _____

Каб. № _____ Цель _____

Материал _____

Результат анализа

« ____ » _____ 20 ____ г.

ГУ «РКВД»

НАПРАВЛЕНИЕ в кассу № _____
(об оказании медицинских услуг)

Ф.И.О. пациента _____ Год рождения _____

Ф.И.О. врача _____ Отделение _____ Каб., № _____

№ (код) услуги согласно Постановлению Правительства ПМР на текущий период	Наименование услуги

Дата выдачи направления « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись врача, выдавшего направление _____

- Направление является документом кассовой отчетности.

Финансовый 124

МИНЗДРАВ ПМР

КОД ФОРМЫ ПО ОКУД _____
КОД УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ОКПО _____

наименование учреждения _____

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма №0.2.5-2/у
Утв. Минздравом ПМР 04.10.80 №1030

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН
для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

1. Фамилия, имя, отчество _____		пол _____
2. Адрес _____		
3. Участок № _____ терапевтический, цеховой, педиатрический (подчеркнуть)		
4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает (подчеркнуть). Проживает постоянно в городе, селе (подчеркнуть). Проживает в районе обслуживания: да нет (подчеркнуть)		
5. Возраст _____ (для детей до 3 лет - лет, мес., дней)		
6. Диагноз заключительный (уточненный) для травматических больных характер и локализация	Впервые в жизни установленный (отметить +)	

7*) Вместо ранее зарегистрированного диагноза _____

8. Заболевание выявлено при обращении за лечением, при профилактическом осмотре (подчеркнуть).

9**) Вид травмы и отравления:

а) связана с производством: в промышленности -1; в сельском хозяйстве -2; на строительстве -3; дорожно-транспортная -4; прочий -5.

б) не связана с производством: бытовая -6; уличная (при пешеходном движении) -7; дорожно-транспортная -8; школьная -9; спортивная -10; прочие -11.

*) Пункт 7 заполняется в том случае, когда в п.6 взамен ранее зарегистрированного в листе записи уточненных диагнозов (в ф. №025-у) проставляется новый диагноз.

**) заполняется только при травмах и отравлениях. Код-цифру обвести кружком.

« _____ » 201 ____ г. Подпись _____

Первичный прием (платно, бесплатно, по направлению _____ в сопровождении _____)

Жалобы на:

- Высыпания (ограниченные, распространенные) _____
- Зуд (умеренный, интенсивный, периодический, постоянный, усиливающийся в вечернее время, отсутствует),
- Покалывание, онемение, мокнутие кожи, боль, жжение, стянутость, сухость, нарушение пигментации, шелушение
- Изменение ногтевых пластин стоп, кистей _____
- Выпадение волос _____
- Повышение температуры (_____), озноб, недомогание, слабость, вялость, бессонница
- Другое _____

Анамнез жизни:

- Аллергологический анамнез (не отягощен, отягощен _____)
- Состоит на «Д» учете _____, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, онкология, ФГ от _____
- Наследственность _____ вредные привычки _____ характер работы _____

Анамнез заболевания:

- Заболел остро, подостро, давность _____ связывает заболевание (лекарственные препараты, контакт с больным, с хим.веществами, стресс, время года, другое _____)
- самолечение _____

Осмотр:

- Телосложение (нормостеническое, астеническое, гиперстеническое)

Дерматологический статус:

- Видимые слизистые (в т.ч.ротовой полости, зева): цвет - обычный, бледный, синюшный, патологические изменения _____ нет, есть _____
- Придатки кожи:волосы _____ ногтевые пластинки _____
- Кожные покровы: цвет - обычный, бледный, синюшный, желтушный, серый _____
- Влажность - обычная, повышенная, кожа сухая
- Эластичность: нормальная, снижена
- Тургор мышц и подкожной жировой клетчатки: нормальный, снижен, отеки, пастозность _____
- Состояние сальных и потовых желез: не изменены, изменены _____
- Придатки кожи: волосы - не изменены, изменены, выпадение _____
- Ногтевые пластинки: _____ не изменены, изменены _____
- Дермографизм: нормальный, красный, красный разлитой, стойкий белый,смешанный, уртикарный, белый, неразлитой, нестойкий, разлитой, стойкий,розовый;
- Наличие новообразований, рубцов: нет, есть _____
- Высыпания в виде: пятен, папул, бляшек, узлов, волдырей, пузырьков, пузырей, пустул, кист, эрозий, язв, корочек, трещин, ссадин, рубцов, чешуек, мономорфные, полиморфные. Атрофия, лихенификация _____

Локализация - на голове, на лице, в воротниковой зоне, на груди, на спине, на животе, в области паха, в промежности, на руках, на ногах, по всему телу

Характер высыпаний: диаметр до _____ ограниченные, распространенные, генерализованные, сгруппированные, пигментированные, депигментированные

Симметричные, несимметричные; воспалительные, не воспалительные

Цвет _____

Границы - четкие, нечеткие, края _____ приподнятые, _____

Форма (плоская, конусовидная, полушаровидная _____)

Очертания (округлые, овальные, полициклические, фестончатые) _____
Поверхность (гладкая, блестящая, шероховатая, шелушащаяся, бугристая, в виде « цветной капусты ») _____
Консистенция (мягкая, плотная, плотно-эластическая, твердая) _____
-Лимфатические узлы: шейные, подчелюстные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые, слева, справа,
с обеих сторон: не увеличены, увеличены, значительно увеличены, подвижные, неподвижные, безболезненные,
болезненные, образуют конгломерат _____
Суставы _____
Специфические феномены: _____
Дерматоскопия: _____
Другие патологические изменения: _____

Патология со стороны
внутренних органов: _____

План обследования:

Результаты:

Диагноз основной
МКБ-10

Сопутствующий

Лечение:

ЛОН с

Дата явки:

Врач дерматовенеролог

Наименование учреждения _____

Код формы ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма №058/у
Утверждена приказом МЗ ПМР
от 20.09.2012 г. №504**Экстренное извещение о случае инфекционного заболевания, пищевой интоксикации/токсикоинфекции, острого профессионального отравления, необычной реакции после введения иммунобиологических препаратов****I. Сообщение:**

1. Эпидемиологический номер _____

2. 1. Код учреждения _____

2. Сообщившее учреждение _____

2.2. Классификация учреждения:

- 1 ☐ Первичная медпомощь
2 ☐ Госпитальная медпомощь
3 ☐ Неотложная медпомощь
4 ☐ Консультативная медпомощь
5 ☐ Лаборатория
6 ☐ Другое

2.3. Классификация учреждения:

- 1 ☐ Общественное
2 ☐ Частное
3 ☐ Ведомственное

2.4. Район/город _____

2.5. Населенный пункт _____

2.6. Телефон _____

3. Фамилия сообщившего _____

3.1. Дата сообщения _____

3.2. Час сообщения _____

II. Сообщенный первичный диагноз

1. Диагноз согласно МКБ X пересмотра _____

1.1. Код диагноза согласно МКБ X _____

2. Дата установления диагноза: _____

2.1. Час установления диагноза _____

3. Уровень первичного диагноза

4. Дата заболевания _____

4.1. Час заболевания _____

- п.1 ☐ Подозрительный случай
п.2 ☐ Вероятный случай
п.3 ☐ Подтвержденный случай

III. Данные об идентификации пациента1. Статус идентификации пациента: 1.1 ☐ Идентифицирован 1.2 ☐ Анонимный 1.3 ☐ Не идентифицирован

2. Фамилия _____

3. Имя _____

4. Дата рождения _____

5. Пол

5.1 ☐ Мужской5.2 ☐ Женский

6. Гражданство _____

7. Социальный статус _____

8. Место работы, учебы, воспитания _____

8.1. Наименование учреждения _____

8.2. Адрес учреждения _____

8.3. Должность _____

8.4. Дата последнего посещения _____

9. Проживает: Страна _____

9.1. Область _____

9.2. Район, город _____

9.7. Место проживания

9.3. Нас. пункт _____

9.4. Улица _____

9.5. Дом/блок _____

9.6. Квартира _____

1. Город

2. Село

10. Прописан: Страна _____

10.1. Область _____

10.2. Район, город _____

10.7. Место проживания

10.3. Нас. пункт _____

10.4. Улица _____

10.5. Дом/блок _____

10.6. Квартира _____

1. Город

2. Село

11. Наименование учреждения первичной медпомощи в которой состоит на учете больной _____

11.1. Адрес медучреждения в котором состоит на учете больной _____

Населенный пункт _____

улица _____

дом _____

IV. Регистрация случая в информационной системе

1. Учреждение в зарегистрировавшая случай _____

1.1. Дата регистрации _____

1.2. Час регистрации _____

2. Лицо зарегистрировавшего случай _____

Фамилия, имя _____

3. Телефон _____

4. Дата актуализации _____

V. Симптомы проявления болезни

1. Общие ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Лихорадка Величина лихорадки 1.1 2 ☐ Озноб 3 ☐ Выраженная слабость
4 ☐ Тяжелое состояние 5 ☐ Кома 6 ☐ Непрерывный плач

2. Кожи и слизистых ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Высыпания Дата появления Тип 1.1 ☐ Пятнисто-папулезная
1.2 ☐ Микропапулезная 1.3 ☐ Везикулы 1.4 ☐ Геморрагические 1.5 ☐ Петехии 1.6 ☐ Эритема
1 ☐ Пустулы 2 ☐ Карбункул 3 ☐ Шанкр 4 ☐ Желтуха 4.1 Дата появления
5 ☐ Раны 5.1 ☐ вследствие укуса животного 5.2 ☐ вследствие членности
Дата

3. Неврологические ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Нарушения сознания 2 ☐ Менингеальные с-мы 3 ☐ Конвулсии, непроизвольные движения 4 ☐ Водобоязнь
5 ☐ Парезы, параличи Дата появления Тип 5.1 ☐ Острый 5.2 ☐ Вялый 5.3 ☐ Спастический
5.4 ☐ Конечностей 5.5 ☐ Лицевые 5.6 ☐ Туловища 5.7 ☐ Симметрические 5.8 ☐ Асимметрические
6 ☐ Мышечные контрактуры 6.1 ☐ Тризм 6.2 ☐ Ригидность затылка 6.3 ☐ Мышц туловища 6.4 ☐ конечностей

4. Глазные ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Конъюнктивит 2 ☐ Светобоязнь 3 ☐ Диплопия 4 ☐ Инъекция сосудов склеры

5. Респираторные ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Ринит 2 ☐ Носовые кровотечения 3 ☐ Фарингит/арингит 4 ☐ Аэрофобия
5 ☐ Кашель 5.1 ☐ 1-2 недели 5.2 ☐ > 2 недель 5.3 ☐ Пароксизмальный 5.4 ☐ Гнойно-слизистая мокрота 5.5 ☐ Мокрота с кровью
6 ☐ Тонзилит 6.1 ☐ Мембранозный 6.2 ☐ Катаральный 6.3 ☐ Гнойный 6.4 ☐ Некротический

6. Желудочно-кишечные ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Отсутствие аппетита 2 ☐ Тошнота 3 ☐ Нарушение глотания 4 ☐ Стул с кровью 5 ☐ Обесвеченный стул 6 ☐ Тенемы
7 ☐ Рвота Кратность в день 7.1 8 ☐ Жидкий стул Кратность в день 8.1 9 ☐ Дегидрация 9.1 степень

7. Нарушения мочеиспускания ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Олигурия/анурия 2 ☐ Темная моча 3 ☐ Моча с кровью 4 ☐ Моча мутная 5 ☐ Частое мочеиспускание

8. Боли ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Головные 2 ☐ Суставные 3 ☐ Мышечные 4 ☐ В животе 4.1 ☐ Правое подреберье 4.2 ☐ Эпигастральные

9. Другие симптомы ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 1 ☐ Увеличение лимфоузлов 1.1 ☐ затылочных 1.2 ☐ Нижнечелюстных 1.3 ☐ Подмышечных 2 ☐ Воспаление слюнных желез
3 ☐ Прочие (указать) →

10. Госпитализирован ☐ Не знаю ☐ Нет ☐ Да → 10.1 Учреждение в котором госпитализирован больной Дата госпитализации 1.1

11. Больной был привит
11.1 ☐ Да в соответствии со схемой 11.1.1 Число доз 11.1.2 Дата последней дозы
11.2 ☐ Да с нарушением схемы/неполностью 11.2.1 Число доз 11.2.2 Дата последней дозы
11.3 ☐ Нет
11.4 ☐ Неизвестно
12. Случай единичный или из вспышки 12.1 ☐ Единичный случай 12.2 ☐ Случай из вспышки

IV. Заключительный диагноз

1 Наименование учреждения установившего заключительный диагноз

1.2 Код учреждения

2. Заключительный диагноз

2.1 Код заключительного диагноза

2.2 Дата установления

3. Форма течения болезни

3.1 ☐ Легкая
3.2 ☐ Средней тяжести
3.3 ☐ Тяжелое

4. Исход болезни

4.1 ☐ Выздоровление
4.2 ☐ Продолжает лечение
4.3 ☐ Остаточные явления
4.4 ☐ Смерть

4.5 Дата смерти

Исход болезни №7

Министерство здравоохранения ПМР

Код по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 066-у
Утверждена приказом МЗ и СЗ ПМР от 16.08.05 г. № 407

наименование учреждения _____

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА выбывшего из стационара

1. Фамилия, имя, отчество _____

пол муж.

Дата рождения _____

пол

жен.

год, месяц, число

2. Проживает постоянно (адрес) _____

2а. Место работы _____

2б. Дети (в возрасте до 17 л. 11 мес. 29 дн.) работающих родителей _____

(указать место работы родителей) _____

Житель (подчеркнуть): города - 1, села - 2

3. Кем направлен больной _____

Отделение _____

Профиль коск _____

4. Доставлен в стационар по экстренным

показаниям да 1

(подчеркнуть) нет 2

5. Через сколько часов после заболевания
(получения травмы) (подчеркнуть)

1. в первые 6 часов - 1

2. 7-24 часов - 2

3. позднее 24-х часов - 3

6. Дата поступления в стационар

« _____ » _____ 20 _____ г.
_____ час.

7. Исход заболевания (подчеркнуть)

1. выписан: выздоровление
улучшение
без перемен
ухудшение

2. умер

3. переведен

7а. Дата выписки, смерти

20 _____ г. _____ месяц
_____ число _____ час.

7б. Проведено койко-дней _____

8. Диагноз направившего учреждения

8а. Совпадение диагноза - 1
Расхождение диагноза - 2

9. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания

впервые - 1
повторно - 2

10. Диагноз стационара (его код)

	Основной	Осложнения	Сопутствующие заболевания
клинический, заключительный			
патологоанатомический			

11. В случае смерти (указать причину):

1. Непосредственная причина смерти

а) заболевание или осложнение основного заболевания*

б) предшествовавшая причина (заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти):

в) основное заболевание указывается последняя болезнь или болезни, обусловившие состояние, указанные в строках а) и б)

2. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти

* Сюда не включаются симптомы и явления, сопровождающие наступление смерти (механизм смерти), такие как сердечная и дыхательная недостаточность

12. Хирургические операции

Дата, час	Название операции	Осложнения

13. Обследован на RW « ____ » ____ 20 ____ г. Результат

14. Инвалиды ВОВ - 1 Узники концлагерей - 5
 Участники ВОВ - 2 Репрессированные - 6
 Воины-интернационалисты - 3 Труженики тыла - 7
 Чернобыльцы - 4 Инвалиды (прочие) - 8

Фамилия леч. врача _____ Зав. отделением _____

Подпись лечащего врача _____ Подпись зав. отделением _____

(наименование учреждения)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 007-у
Утверждена приказом МЗ и СЗ ПМР от 16.08.05 г. № 40

« » 20 г.

наименование отделения, профиля, косяк

[illegible]

Подпись сестры _____

СПИСОК БОЛЬНЫХ

[illegible]

ЗАО «Типар», з. 3027, т. 600

ГУ «РКВД»

наименование учреждения

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач _____ Е.П.Бузук

« » 20 г.

ОТЧЕТ

о движении лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту

за « » 20 ____ г.

[illegible]

Сдал

Зав.отделением _____

Принял

Вкладной лист к ф. 003/у
Утвержден приказом МЗ и СЗ ПМГ
от 10.10.2005 г. № 482

ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

[illegible]

[illegible]