

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказ Міністерства охорони
здоров'я України
28 липня 2014 № 527
(у редакції наказу
Міністерства охорони
здоров'я України
від _____ 2025 року № ____)

Інструкція
щодо заповнення форми первинної облікової документації № 112/о
«Історія розвитку дитини № _____»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 112/о «Історія розвитку дитини № ____» (далі - форма № 112/о).

2. Форма № 112/о є основним медичним документом амбулаторно-поліклінічних закладів та фізичних осіб – підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, і є надавачами первинної медичної допомоги (далі – надавачі ПМД) та які надають первинну медичну допомогу (далі – ПМД) дітям. Форма № 112/о призначена для ведення записів щодо розвитку і стану здоров'я дітей та медичного обслуговування від народження до 17 років включно (школярів – до закінчення загальноосвітнього навчального закладу).

Надавачі ПМД, якими внесено медичні записи до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, форма № 112/о не ведеться. На вимогу пацієнта (його батьків, одного з батьків чи інших законних представників) йому надається витяг з цього реєстру.

3. Форма № 112/о заповнюється на кожну дитину при першому зверненні до надавача ПМД, при першому візиті додому; у будинках дитини – з моменту поступлення дитини у відповідний заклад.

4. Форма № 112/о заповнюється сестрою медичною / братом медичним (далі – медичний працівник), яка (який) перебуває у трудових відносинах із надавачем ПМД або лікарем з надання ПМД.

5. На титульній сторінці після назви форми № 112/о вказуються група крові дитини, резус-приналежність та випадки алергічних реакцій (на медикаменти, продукти харчування, вакцини тощо), алергічні захворювання.

6. Пункти 1–4 заповнюються на підставі даних талона 3 «Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародженого» форми первинної облікової документації № 113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 лютого 2006 року № 67, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року за № 224/12098 (далі - форма № 113/о), або форми первинної облікової документації № 103/о «Медичне свідоцтво про народження», затвердженої наказом Міністерства охорони

здоров'я України від 08 серпня 2006 року № 545, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024 (далі – форма № 103/о), та при опитуванні батьків (одного з батьків чи інших законних представників).

7. У пункті 1 титульної сторінки вказуються прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) дитини.

8. У пунктах 2, 3 зазначаються дата народження (число, місяць, рік) та стать дитини (чоловіча – 1, жіноча – 2).

9. У пункті 4 вказуються місце проживання (перебування) дитини та номер контактного телефону.

10. У пункті 5 зазначаються серія та номер свідоцтва про народження дитини та реєстраційний номер облікової картки платника податків дитини (за наявності).

11. У пункт 6 вписується інформація щодо відвідування (невідвідування) закладу освіти (дошкільної, загальної середньої) із зазначенням дати оформлення, віку дитини, найменування закладу освіти та дати вибуття з закладу освіти.

12. Пункти 7, 8 титульної сторінки форми № 112/о містять дані щодо диспансерного нагляду.

При взятті дитини на диспансерний облік у заклад охорони здоров'я у пункті 7 вказуються дата та захворювання, з приводу якого дитину взято на облік.

Коли дитина вибуває з-під диспансерного нагляду закладу охорони здоров'я, у пункті 8 зазначаються дата та причина зняття її з обліку. При переїзді обов'язково вказується, куди вибула дитина. У такому випадку з метою забезпечення послідовності нагляду форма № 112/о згідно із запитом з нового місця проживання повинна передаватись у відповідний заклад охорони здоров'я. За відсутності запиту форма № 112/о зберігається в картотеці реєстратури 3 роки, а потім здається в архів.

13. Розділ I заповнюється при першому домашньому візиті або при першому зверненні до надавача ПМД. У ньому записується інформація щодо членів сім'ї, їх контактна інформація, зазначаються дані про хронічні, спадкові захворювання, алергічні реакції, що наявні в осіб, які проживають разом з дитиною, вказуються також додаткові дані.

14. У розділі II відмічаються дати виписки та отримання повідомлення про новонародженого із пологового будинку, а також приклеюється талон 3 форми № 113/о.

15. Розділ III заповнюється лікарем відповідної спеціальності на кожне захворювання, з приводу якого дитина звернулася до цього закладу охорони здоров'я, надавача ПМД у звітному році. Хронічні захворювання, з якими пацієнт звертався в попередні роки та звернувся у звітному році, вказуються у

графі 3 один раз протягом року при першому зверненні з проставлянням знака «—» (мінус). Захворювання, яке виявлено у пацієнта вперше в житті, вважається вперше виявленим і відмічається у графі 4 зі знаком «+» (плюс).

Усі гострі захворювання: грип, гострі респіраторні вірусні інфекції, ангіна, пневмонії, травми тощо кожного разу реєструються зі знаком «+» (плюс), тобто враховуються як вперше виявлені. Уперше в житті виявлені хронічні захворювання також реєструються зі знаком «+» (плюс). Кожен запис підтверджується підписом лікаря із зазначенням прізвища, власного імені.

16. У розділі IV вказуються дані щодо госпіталізації пацієнта із зазначенням дати госпіталізації, найменування закладу охорони здоров'я, відділення, куди був госпіталізований пацієнт, заключного діагнозу та дати виписки. Кожен запис підтверджується підписом лікаря.

17. У пункті 5.1 розділу V описується анамнез новонародженого (гестаційний вік, вага при народженні, при виписці та при огляді, довжину тіла, окружність голови, дані щодо оцінки новонародженого згідно шкали по Апгар, проведення щеплень та неонатального скринінгу).

У пункті 5.2 розділу V зазначаються результати огляду органів та систем, описується загальний стан дитини. У пунктах 5.3, 5.4 розділу V вказуються характер вигодовування та заходи щодо профілактики рахіту (за потребою).

Пункти 5.5 та 5.6 розділу V містять інформацію про ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутися за медичною допомогою, та оцінка сімейного середовища і консультації стосовно основ харчування і догляду за новонародженим, на що звертається особлива увага батьків.

У пункті 5.7 розділу V зазначається загальний висновок щодо виявлення в дитини відхилень від показників розвитку, які можуть свідчити про ризики виникнення порушень розвитку, чи виявлення інших ризиків, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини. Зазначається, які саме відхилення від показників розвитку виявлені.

Після проведення огляду визначається та вказується вид та дата наступного огляду, проставляється дата проведеного першого огляду, прізвище, власне ім'я та підпис особи (осіб), яка проводила огляд.

18. У розділі VI проставляються дати проведення профілактичних оглядів дитини лікарем з надання ПМД і спостережень медичного працівника з медичного спостереження (медичного працівника), заповнюючи відповідну комірку (клітинку) в таблиці щодо виду заходу (плановий чи позаплановий) та місця його проведення (в закладі чи вдома). Після проведення відповідних заходів з медичного спостереження лікар з надання ПМД або медичний працівник проставляють свої прізвище, власне ім'я та підпис у відповідній заходу (прийом, візит) графі.

19. У розділі VII зазначається інформація про виконання завдань з медичного спостереження щодо оцінки сімейного середовища зростання дитини і консультування батьків (інших законних представників) щодо основних питань

догляду за дитиною та організації позитивного середовища для зростання дитини. У графі «Візит медичного працівника» залежно від виду візиту (плановий чи позаплановий) та місця його проведення (в ЗОЗ чи вдома) проставляється дата візиту. Далі щодо кожного завдання проставляється знаком «+» (плюс), якщо це завдання виконувалось під час візиту або знак «-» (мінус), якщо це завдання не виконувалось. Якщо надавались інші консультації та виконувались інші завдання, які не вказані в переліку вище, коротко зазначаються, які саме. Після проведення відповідних заходів з медичного спостереження проставляється прізвище, власне ім'я та підпис у відповідній візиту графі.

20. У підрозділі 1 розділу VIII зазначається інформація про профілактичні імунізації, вказуються: дата проведення щеплення, вік дитини, торговельна назва препарату, найменування виробника, серія, термін придатності, спосіб уведення, місце уведення, доза, побічні реакції після застосування вакцин (клінічні прояви, строки).

У підрозділі 2 розділу VIII зазначається інформація про проведені додатково рекомендовані профілактичні імунізації, вказуються: вид щеплення (проти якої хвороби), дата проведення щеплення, вік дитини, торговельна назва препарату, найменування виробника, серія, термін придатності, спосіб уведення, місце уведення, доза, побічні реакції після застосування вакцин (клінічні прояви та строки їх розвитку).

У підрозділі 3 розділу VIII зазначається інформація про проведення проби Манту та вказуються: дата проведення, вік дитини, доза, серія, результат. У разі наявності протипоказань та застережень щодо проведення окремих профілактичних щеплень зазначається інформація про це та вказуються вид щеплення (проти якої хвороби) та інформація про встановлення медичного протипоказу до проведення щеплення, а саме: дата, обґрунтування причини, термін дії протипоказу.

У кінці проставляється прізвище, власне ім'я та підпис медичного працівника, який заповнив цей розділ VIII.

21. У розділах IX-X дані заповнюються окремо для планових та позапланових (додаткових) заходів з медичного спостереження. Вказуються антропометричні дані дитини (вік дитини, масу (вагу), довжину тіла, окружність голови, розмір великого тім'ячка). За результатами оцінки виду вигодовування (грудне, змішане, за формулою (штучне), фізичного та нервово-психічного розвитку, перенесених гострих захворювань та наявних хронічних захворювань, а також даних оглядів відповідних лікарів-спеціалістів (за необхідності) і виявлених під час візитів медичного працівника відхилення від показників розвитку (у разі їх виявлення) робиться висновок про загальний стан здоров'я дитини, який вказується у графі висновку лікаря з надання ПМД чи у графі для інших лікарів-спеціалістів.

Під час візиту заповнюються дані щодо виявлених у дитини відхилень від показників розвитку та оцінюється сімейне середовище зростання дитини, вказується інформація про виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан

здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини, виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї).

Усі записи, висновки, які здійснюються відповідними лікарями-спеціалістами, підписуються ними. Медичний працівник, що проводив відповідний плановий чи позаплановий захід з медичного спостереження, проставляє своє прізвище, власне ім'я на підпис. У разі, якщо захід проводив медичний працівник, лікар з надання ПМД у графі «лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)» у відповідній комірці (клітинці) вказує додатково інформацію про ознайомлення, зазначаючи слово «ознайомлений».

22. У розділах XI–XIII лікар з надання ПМД зазначає дані щодо проведення щорічних профілактичних оглядів дітей і їх результатів. При цьому вказуються антропометричні дані таких дітей (вага, зріст, індекс маси тіла тощо), дані про фізичний розвиток, окружність грудної клітки, оцінка постави, оцінка склепіння стопи, гостроту зору, слуху (шепітлива мова), нервово-психічний розвиток, оцінка досягнення ключових показників розвитку, зазначаються результати оглядів дитини лікарями-спеціалістами (за показаннями), результати лабораторних та інших досліджень, допуск до занять із фізкультури (група) висновки та відповідні призначення лікаря з надання ПМД.

Усі записи, висновки, які здійснюються відповідними лікарями-спеціалістами, підписуються ними. Загальний висновок та відповідні призначення підписуються лікарем з надання ПМД, ним проставляється своє прізвище, власне ім'я та підпис.

23. Розділ XIV призначений для запису поточних спостережень за дитиною під час відвідування лікаря з надання ПМД, лікарів-спеціалістів, здійснення візитів до закладу охорони здоров'я чи домашніх візитів. Поточний огляд дитини включає: характер відвідування (профілактичне, з приводу захворювання), анамнез, дані щодо фізичного розвитку, клінічні дані, висновки спеціалістів, діагноз та призначення (включаючи харчування). Усі записи підписуються лікарем з надання ПМД, лікарем-спеціалістом із зазначенням його спеціальності або медичним працівником з вказівкою прізвища, власного імені.

24. Остання сторінка Форми № 112/о призначена для підклеювання результатів аналізів і довідок.

25. Форма № 112/о зберігається у картотеці реєстратури (за наявності) або в лікаря з надання ПМД (за відсутності реєстратури) за роками народження і передається лікарю або медичному працівнику в день відвідування дитиною надавача ПМД або при відвідуванні дитини вдома.

26. Форма № 112/о на дітей до 1 року, як правило, зберігається у кабінеті лікаря з надання ПМД для її оперативного використання з метою забезпечення систематичного спостереження за дитиною і своєчасного проведення профілактичних заходів.

27. При досягненні дитиною віку 17 років включно форма № 112/о передається надавачам ПМД, які надають ПМД дорослим або залишається у надавача ПМД для подальшого обслуговування, якщо він обслуговує і дорослих теж.

28. У формі № 112/о не дозволяється робити підчистки, закреслювання, зміни і доповнення в записах поточних медичних оглядів.

29. Строк зберігання форми № 112/о – 25 років.

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН