Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «5» августа 2022 г. № 530н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)
_____
_____

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма № 007/у
Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от «5» августа 2022 г. № 530н

ЛИСТ ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И КОЕЧНОГО ФОНДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Дата: «____» _____ 20 ___ г. Наименование отделения: _____

Наименование профиля коек	Число коек	в том числе койки, на которые не осуществляется госпитализация по установленному профилю (в период ремонта и по иным причинам) (из графы 2)	Движение пациентов за истекшие сутки																	На начало текущего дня				
			находилось пациентов на начало истекших суток	поступило пациентов (без учета переведенных внутри стационара)					переведено пациентов внутри стационара		выписано пациентов				умерло			состоит пациентов		находилось родителей, законных представителей, иных лиц по уходу за пациентами	свободных мест	
																в том числе (из графы 16)						
				всего	в том числе из дневного стационара (из графы 5)	поступило пациентов (из графы 5)			из других отделений	в другие отделения	всего	в том числе (из графы 12) старше трудоспособного возраста	в том числе из графы 12		Всего	0 -17 лет	старше трудоспособного возраста	Всего	в том числе (из графы 16) старше трудоспособного возраста		мужских	женских
						сельских жителей	0 -17 лет	старше трудоспособного возраста					в дневной стационар (в том числе из графы 12)	в стационар (в том числе из графы 12)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Всего (по всем профилям отделения)																						
в том числе по профилю коек:																						

оборотная сторона

Фамилия, имя, отчество (при наличии) поступившего пациента	Фамилия, имя, отчество (при наличии) поступившего пациента из иной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в условиях стационара	Фамилия, имя, отчество (при наличии) выписанного пациента	Фамилия, имя, отчество (при наличии) переведенного пациента		Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего
			в другие отделения данной медицинской организации	в иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в условиях стационара	
1	2	3	4	5	6