

		Код форми за ЗКУД Код закладу за ЗКПО
--	--	--

{ Форму N 025/о "Медична карта амбулаторного хворого" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 110 (z0661-12) від 14.02.2012 }

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 2 5 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7 . 1 2 . 9 9 р . N 3 0 2
МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО N _____	
Код хворого (число, місяць, рік)	Дата заповнення карти
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____	
2. Стать: чол.-1, жін.-2 <input type="checkbox"/> 3. Дата народження 4. Телефон дом. _____ служб. _____ (число, місяць, рік)	
5. Адреса _____ 6. Місце роботи, посада _____	
7. Диспансерна група (так-1, ні-2) <input type="checkbox"/>	
8. Контингенти: інваліди війни - 1; учасники війни - 2; учасники бойових дій - 3; інші інваліди - 4; ліквідатори аварії на ЧАЕС - 5; евакуйовані - 6; жителі, які проживають на території радіоекологічного контролю - 7; діти, які народились від батьків 1 - 3 груп, постраждалих від аварії на ЧАЕС - 8; інші пільгові категорії - 9 (вписати) _____ <input type="checkbox"/>	
9. Номер пільгового посвідчення	
10. Взятий(а) на облік з приводу _____ 11. Знятий(а) з обліку (причина) _____ (число, місяць, рік) (число, місяць, рік)	
з приводу _____ (причина) _____ (число, місяць, рік) (число, місяць, рік)	

СИГНАЛЬНІ ПОЗНАЧКИ

Група крові _____ Резус-фактор _____

Переливання крові (коли, скільки) _____

Цукровий діабет _____

Інфекційні захворювання _____

Хірургічні втручання _____

Алергологічний анамнез _____

Непереносимість до лікарських препаратів _____

(вказати, до яких)

ЛИСТОК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ

Найменування обстеження	Кабінет N	Рік і дата проведення				
Флюорографія органів грудної клітки						
Огляд гінеколога						
Цитологічне дослідження						
Молочні залози						
Огляд хірурга, (уролога): пальцеве обстеження прямої кишки						

Дані профілактичного огляду за ____ рік пацієнта _____ (прізвище, ім'я, по батькові)			
Обстеження	Дата	Результат	Підпис лікаря
Зріст			
Вага тіла			
Огляд спеціалістів: Окуліста Гострота зору: ОД OS			
Внутрішньоочний тиск			
Лор-лікаря (гострота слуху)			
Стоматолога (огляд порожнини рота, стан зубів)			

Гінеколога (акушерки оглядового кабінету з застосуванням цитології)			
Хірурга Пальцеве обстеження прямої кишки			

Обстеження	Дата	Результат	Підпис лікаря
Невропатолога			
Терапевта Артеріальний тиск			
Інших спеціалістів (дописати)			
Дані лабораторних інструментальних досліджень			
Аналіз крові: НВ,			
ШЗЕ, цукор			
Аналіз сечі на білок, цукор			
ЕКГ			
Флюорографія			
Інші дослідження (вписати)			

Щорічний ецікриз на диспансерного хворого

Дата
(число, місяць, рік)

Спостерігається з приводу (вказати захворювання) _____

Діагноз основний _____

Сукупність _____

Кількість загострень протягом року _____

Проведене лікування _____

Група інвалідності (рік, дата) _____

Санаторно-курортне лікування _____

План спостереження на наступний рік

Огляд спеціалістами (вписати необхідних, рік та місяць огляду):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Лабораторні, функціональні та інші дослідження (вписати) _____

Медикаментозне лікування (вказати препарати, які рекомендує лікар) _____

Реабілітація (медична, професійна) _____

Підпис лікаря _____