

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року

№ 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я  Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма  Код за ЄДРПОУ		<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
		Форма первинної облікової документації <b>№ 025/о</b>  <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b>  Наказ МОЗ України №
<b>МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО № 113455</b>		
Код хворого		Дата заповнення карти
		(число, місяць, рік)
1. Прізвище, ім'я, по батькові <u>Петренко Дмитро Ігорович</u>		
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/> 1 3. Дата народження <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 4. Телефон: дом. _____ робочий +3801234567 (число, місяць, рік)		
5. Місце проживання хворого _____ м. Київ, вул. Тестувальна 1, кв.406		
6. Місце роботи, посада _____		
7. Диспансерна група (так – 1, ні – 2) <input type="checkbox"/> 1		
8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків, які віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9 <input type="checkbox"/>		
9. Номер пільгового посвідчення <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
10. Взятий(а) на облік <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 з приводу _____ 11. Знятий(а) з обліку <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 (причина) _____ (число, місяць, рік) (число, місяць, рік)		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> з приводу _____ (число, місяць, рік) (число, місяць, рік)		

## I. СИГНАЛЬНІ ПОЗНАЧКИ

Група крові \_\_\_\_\_ I (00) \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_ позитивний \_\_\_\_\_  
ні

Переливання крові (коли, скільки) \_\_\_\_\_  
ні

Цукровий діабет \_\_\_\_\_  
нема

Інфекційні захворювання \_\_\_\_\_  
не було

Хірургічні втручання \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Алергологічний анамнез \_\_\_\_\_ бронхіальна астма \_\_\_\_\_  
нема

Непереносимість лікарських препаратів \_\_\_\_\_  
(негативні побічні дії лікарських засобів) \_\_\_\_\_ (вказати, яких)

Фактори ризику

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_  
(прізвище, підпис)

[illegible]

## Продовження форми № 025/о

[illegible]

## IV. ЛИСТОК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ

Найменування обстеження	Кабінет №	Рік і дата проведення				
1	2	3				
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки						
Огляд гінеколога та пальпація молочних залоз						
Цитологічне дослідження						
Мамографія						
Огляд хірурга (уролога): пальцеве обстеження прямої кишки						

## V. СТРОКИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

[illegible]

## VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ

[illegible]

## VII. ВІДОМОСТІ ЩОДО СТРАХУВАННЯ

[illegible]

## VIII. Щ О Д Е Н Н И К

[illegible]