

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року

№ 110

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 025/о**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ МОЗ України

№

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

1	2	3	4	5	6	7	9
---	---	---	---	---	---	---	---

МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО № 113455

Код хворого

1	2	3	4	5	7
---	---	---	---	---	---

Дата заповнення карти

2	0	0	4	1	6
---	---	---	---	---	---

(число, місяць, рік)

1. Прізвище, ім'я, по батькові Василенко Катерина Василівна

2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2

2

3. Дата народження

1	4	0	9	6	0
---	---	---	---	---	---

(число, місяць, рік)

4. Телефон: дом.

робочий

+3801234567

5. Місце проживання хворого

м. Київ, вул. Тестувальна 1, кв.401

6. Місце роботи, посада

7. Диспансерна група (так – 1, ні – 2)

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

9. Номер пільгового посвідчення

--	--	--	--	--	--

10. Взятий(а) на облік

1	0	0	4	1	6
---	---	---	---	---	---

(число, місяць, рік)

з приводу

11. Знятий(а) з обліку

2	0	0	4	1	6
---	---	---	---	---	---

(число, місяць, рік)

(причина)

--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

з приводу

--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

(причина)

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						

Продовження форми № 025/о

[illegible]

VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ

[illegible]

VII. ВІДОМОСТІ ЩОДО СТРАХУВАННЯ

[illegible]

VIII. Щ О Д Е Н Н И К

[illegible]