**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  1 2 3 4 5 6 7 3	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  Форма первинної облікової документації № 025/0  ЗАТВЕРДЖЕНО  Наказ МОЗ України
	312
МЕДИЧНА КАРТА АМБ	УЛАТОРНОГО ХВОРОГО № <u>113455</u>
Код хворого	Дата заповнення карти 2 0 0 5 1 6 (число, місяць, рік)
1. Прізвище, ім'я, по батькові Петренко Дмитро Ігорович	
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <u>1</u> 3. Дата народження	1   3   0   5   9   0         4. Телефон: дом.       робочий       +3801234567
	(число, місяць, рік)
5. Місце проживання хворого	м. Київ, вул. Тестувальна 1, кв.406
	6. Місце роботи, посада
5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоє категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катаст гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категор	ових дій — 3; інваліди — 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС — екологічного контролю, — 7; діти, які народились від батьків, які віднесені до 1, 2, 3 грофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і оії — 9
9. Номер пільгового посвідчення	
10. Взятий(а) на облік	11. Знятий(а) з обліку

Група крові	I (00)	Резус-фактор		позитивний
Переливання крові	(коли скільки)		ні	
	(KOJII, CKIJIBKII)		ні	
Цукровий діабет			нема	
Інфекційні захворю	вання			
Хірургічні втручанн	RI		не було	
Алергологічний ана	мнез	бронхіа	льна астма	
Непереносимість лікарських препаратів (негативні побічні дії лікарських засобів)		(вказати, як		ма
Фактори ризику	•	•	,	
				Лікуючий лікар (прізвище, підпис)
				• •

Дата	II. ЛИСТОК 3д	ЗАПИСУ ЗАКЛЮЧНИХ (УТОЧНЕНИХ) ДІАГНОЗІВ			
звернення (число, місяць, рік)	Заключні (уточнені) діагнози (відмітити "+" або "–")	Вперше встановлений діагноз (відмітити "+")	У тому числі встановлений вперше при профілактичному огляді (відмітити "+")	Підпис лікаря	
1	2	3	4	5	

		Продо	вження форм III. ВІД		РО ЩЕПЛЕННЯ				
Найменування щеплення	Дата	Вік	Доза	Серія	Назва препарату	Спосіб введення	Реакція на місцева	а щеплення загальна	Медичні протипоказання
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Щеплення проти									
			<u> </u>					1	

## IV. ЛИСТОК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ Кабінет Найменування обстеження Рік і дата проведення $N_{\underline{0}}$ 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				
Номер листка непра- цездатності	Дата видачі листка непрацез- датності	Дата закриття	ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ	Лікар (прізвище, підпис)
1	2	3	4	5
		_		

		VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ
Дата (число, місяць, рік)	Найменування закладу охорони здоров'я, відділення	ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ
		VII. ВІДОМОСТІ ЩОДО СТРАХУВАННЯ

VIII. ЩОДЕННИК					
Дата звернення	Місце проведення лікування: поліклініка — 1, вдома — 2, денний стаціонар — 3, стаціонар вдома — 4	Скарги хворого, об'єктивні дані, діагноз, перебіг хвороби	Призначення, підпис лікаря або консультанта		
1	2	3	4		