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	медична документація
заклад охорони здоров'я	Форма первинної облікової документації № 025/о
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу	312 023/0
охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО
Код за ЄДРПОУ 1 2 3 4 5 6 7 9	Наказ МОЗ України
МЕДИЧНА КАРТА АМБ	БУЛАТОРНОГО ХВОРОГО № <u>113455</u>
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 4. Телефон: дом. робочий +3801234567
•	(число, місяць, рік)
5. Місце проживання хворого	м. Київ, вул. Тестувальна 1, кв.401
	6. Місце роботи, посада
7. Диспансерна група (так – 1, ні – 2) 1	
	іових 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
категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катаст	грофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і
гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові катего	piï – 9
9. Номер пільгового посвідчення	
10. Взятий(а) на облік 1 0 0 4 1 6 з приводу	11. Знятий(а) з обліку 2 0 0 4 1 6 (причина)
(число, місяць, рік)	(число, місяць, рік)
з приводу	(причина)
(число, місяць, рік)	(число, місяць, рік)

Група крові	I (00)	Резус-фактор		позитивний
Переливання крові (ко	ли, скільки)			ні
Цукровий діабет			ні	
-			нема	
Інфекційні захворюваї			не було	
Хірургічні втручання			-	
Алергологічний анами Непереносимість лікар (негативні побічні дії лік Фактори ризику	оських препаратів	бронхіаль (вказати, яких	I	нема
				Лікуючий лікар (прізвище, підпис)
				(прізвище, підпис)

				форми № 025/о		
Дата	ІІ. ЛИСТОК 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 форк III. ВІД(РО ЩЕПЛЕННЯ				
<u> Иоймонировия</u> мониония	Лото	Вік			Назва	Спосіб	Реакція на	щеплення	Медичні
Найменування щеплення	Дата		Доза	Серія	препарату	введення	місцева	загальна	протипоказання
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Щеплення проти									
				1	1	1		I	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				

			Продовження форми № 023/0			
	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			