ОСМОТР СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ${staff\_full\_name}

Ф.И.О. врача

ДАТА ${created\_at} первичный/повторный прием, вызов, актив, консультация (подчеркнуть)

Ф.И.О. ${customer\_full\_name} ВОЗРАСТ ${a1}

КОМПАНИЯ ${company} № ПЛАСТ. КАРТ ${plast\_kart}

ЖАЛОБЫ ${zhaloby}

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ${anamnez\_zabol}

АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ ${allergoanamnez}

ОБЪЕКТИВНО: ${a2}

2.Кожные покровы: t ${a3} С ${a4}

3.Периферические.л/узлы ${a5}

4.Периферичес отеки: ${a6}   
5. Зев б/особенностей/ гиперемированный, увеличение небных миндалин ${a7}

6. Дыхание: везикулярное/жесткое/ослабленное ${a8}  
Хрип- ${a9}

ЧДД ${a10} в1мин.ЧСС ${a11} в1мин,АД ${a12} мм.рт.ст.

7.Сердечные тоны: ${a13}

шумы: ${a14}

8.Язык : ${a15}

9.Живот- ${a16}

ОСМОТР СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ${staff\_full\_name}

Ф.И.О. врача

ДАТА ${created\_at} первичный/повторный прием, вызов, актив, консультация (подчеркнуть)

Ф.И.О. ${customer\_full\_name} ВОЗРАСТ ${a1}

КОМПАНИЯ ${company} № ПЛАСТ. КАРТ ${plast\_kart}

ЖАЛОБЫ ${zhaloby}

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ${anamnez\_zabol}

АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ ${allergoanamnez}

ОБЪЕКТИВНО: ${a2}

2.Кожные покровы: t ${a3} С ${a4}

3.Периферические.л/узлы ${a5}

4.Периферичес отеки: ${a6}   
5. Зев б/особенностей/ гиперемированный, увеличение небных миндалин ${a7}

6. Дыхание: везикулярное/жесткое/ослабленное ${a8}  
Хрип- ${a9}

ЧДД ${a10} в1мин.ЧСС ${a11} в1мин,АД ${a12} мм.рт.ст.

7.Сердечные тоны: ${a13}

шумы: ${a14}

8.Язык : ${a15}

9.Живот- ${a16}

Печень: ${pechen} Селезенка: ${selezenka}

10.Симптом поколачивания ${Simp\_pokol}

11.Мочеиспускание: ${a17}

12.Стул: ${a18} примеси: ${a19} раз в день ${a20}

ДИАГНОЗ:основной ${diyagnoz\_osnovnoi}

Сопутствующий ${diyagnoz\_soput}

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ: ${plan\_obsled}

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ${plan\_lech}  
  
 Подпись, личная печать врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печень: ${pechen} Селезенка: ${selezenka}

10.Симптом поколачивания ${Simp\_pokol}

11.Мочеиспускание: ${a17}

12.Стул: ${a18} примеси: ${a19} раз в день ${a20}

ДИАГНОЗ:основной ${diyagnoz\_osnovnoi}

Сопутствующий ${diyagnoz\_soput}

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ: ${plan\_obsled}

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ${plan\_lech}  
  
 Подпись, личная печать врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_