

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 <table border="1" data-bbox="501 528 949 568"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												<div>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</div> <div>Форма первинної облікової документації № 043/о</div> <div>ЗАТВЕРДЖЕНО</div> <div>Наказ МОЗ України № <table border="1" data-bbox="1382 528 2042 568"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table></div>										
<div>Медична карта стоматологічного хворого № _____</div> <div>_____ рік</div>																						
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____																						
2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 <table border="1" data-bbox="875 799 943 847" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"></table> 3. Дата народження <table border="1" data-bbox="1576 799 1868 847" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"></table> (число, місяць, рік)																						
4. Місце проживання хворого, телефон _____																						
5. Діагноз _____																						
6. Скарги _____																						
7. Перенесені та супутні захворювання _____																						
8. Розвиток теперішнього захворювання _____																						

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: _____

Дата огляду	8	7	6	5(V)	4(IV)	3(III)	2(II)	1(I)	1(I)	2(II)	3(III)	4(IV)	5(V)	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рt – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, РІ – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, рin – штифт, і – імплантація, Rр – реплантація, Dс – зубний камінь.

10. Прикус _____
11. Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння. Індeksi: ГІ та РМА
12. Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень _____
13. Колір за шкалою “Віта”
14. Дата навчання навичкам гігієни порожнини рота _____
15. Дата контролю гігієни порожнини рота _____

16. ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

[illegible]

ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

[illegible]

[illegible]