|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| УЗ «19-я городская детская поликлиника»  (наименование организации здравоохранения) | | | Приложение 7 к Инструкции о порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения  Республики Беларусь **Форма 3/у-ДР** | | | | |
| **Карта учета**  **проведения диспансеризации ребенка** | | | | | | | |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): **{{name}}**  Число, месяц, год рождения: **{{birth\_date}}**  Место жительства: **{{address}}** | | | | | | | |
| Год проведения диспансеризации | 20\_\_\_\_\_г. | 20\_\_\_\_\_г. | | 20\_\_\_\_\_г. | 20\_\_\_\_\_г. | 20\_\_\_\_\_г. | 20\_\_\_\_\_г. |
| Рост, см |  |  | |  |  |  |  |
| Вес, кг |  |  | |  |  |  |  |
| Физическое развитие (индекс массы тела) |  |  | |  |  |  |  |
| Артериальное давление, мм рт.ст. |  |  | |  |  |  |  |
| Острота зрения, число и месяц |  |  | |  |  |  |  |
| Оценка осанки, число и месяц |  |  | |  |  |  |  |
| Глюкоза крови, ммоль/л |  |  | |  |  |  |  |
| Общий анализ крови, число и месяц |  |  | |  |  |  |  |
| Общий анализ мочи, число и месяц |  |  | |  |  |  |  |
| Электрокардиография, число и месяц |  |  | |  |  |  |  |
| Другие медицинские вмешательства  (указать какие) |  |  | |  |  |  |  |
| Медицинский осмотр, число и месяц |  |  | |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Год | Фактор риска |
| 20\_\_г. |  |
| 20\_\_г. |  |
| 20\_\_г. |  |
| 20\_\_г. |  |
| 20\_\_г. |  |
| 20\_\_г. |  |