|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код форми | за ЗКУД |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Код закладу | за ЗКПО |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров’я України | | | | | |  | | | | | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Приватний стоматологічний кабінет  LinaStom  ГАЦ ММ  вул.Білецька, 14/1  м.Іршава, Закарпатська область | | | | | | ФОРМА № | | | | | | | | | **0** | | **4** | **3** | | **-** | **0** | |  | | |  | |  | |
| Затверджена наказом МОЗ України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **2** | | **7.** | **1** | | **2.** | | **9** | | **9** | | **р.** | | | № | | **3** | **0** | | **2** | |  |
| **МЕДИЧНА КАРТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО №\_\_\_\_20**  **\_\_\_\_\_\_\_\_р.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прізвище, ім’я, по батькові | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Стать: чол. –1, жін. – 2 | | |  |  | | | | Дата народження: |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Адреса, телефон | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Діагноз |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Скарги |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Перенесені та супутні захворювання | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Розвиток теперішнього захворювання | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Для друкарні !**

При виготовленні використати **формат А5**

**стор. 2 ф. № 043/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дані об’єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ctom1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата оглядів | 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 |
|  | ctom3 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Умовні позначення С- карієс, Р- пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонти, Gp – генералізований пародонти, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, Pl – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, I - імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь. | | | | | | | | | | | | | | | | |

**стор. 3 ф. № 043/о**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прикус | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | | |
| Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння. Індекси ГІ та РМА | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень | | | | |  |
|  |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Колір за шкалою “Віта” | |  | | | |
| Дані навчання навичкам гігієни порожнини рота | | | |  | |
|  | |
| Дата контролю гігієни порожнини рота | | |  | | |
|  | | |

**стор. 4 ф. № 043/о**

|  |  |
| --- | --- |
| ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ | |
| **Дата** | Анамнез, статус, діагноз, лікування та рекомендації |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зав. відділенням \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**стор. 5 ф. № 043/о**

|  |  |
| --- | --- |
| ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ | |
| **Дата** | Анамнез, статус, діагноз, лікування та рекомендації |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Епікриз |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зав. відділенням \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**стор. 6 ф. № 043/о**

|  |  |
| --- | --- |
| План обстеження | **План лікування** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Найменування міністерства,іншого органу виконавчої влади; підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров’я | |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров’я, де заповнюється форма | | ФОРМА № | | | | | | | **0** | **0** | | **3** | **-** | **6** | **/0** | |  | |  | |  | | |
|  | | Затверджена наказом МОЗ України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Код за ЄДРПОУ**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  | | № | | |  | |  | |  |  | |  |
| **Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я, (ПІБ) ,одержав(ла) у | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| (найменування закладу охорони здоров’я) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.  Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз’яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов’язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров’я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров’я.  Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.  Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров’я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.  Я даю згоду на внесення до локальної госпітальної інформаційної системи, яка ведеться закладом охорони здоров’я, моїх (моєї дитини) персональних даних, у тому числі даних щодо стану мого здоров’я, поставлених мені діагнозів, призначеного лікування та його перебігу.  Я погоджуюсь з використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних». | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Інформацію надав лікар “ “ 20 року | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (П.І.Б) (підпис) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, згодний(а) із запропонованим планом лікування | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| “ \_\_\_\_ ”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_року підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Для друкарні !**

При виготовленні використати **формат А5**

**Продовження форми № 003-6/о**

|  |
| --- |
| **ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**  Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про (наявність/відсутність) у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.  Я отримав(ла) інформацію про (наявність/відсутність) у мене (у моєї дитини) супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за показаннями (відносними або абсолютними).  У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити): інфільтраційною реґіонарною анестезією; внутрішньовенною анестезією; загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легенів; реґіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією; комбінованою анестезією (загальною+реґіонарною).  Я усвідомлюю, що операція та знеболення- це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_згоду. (даю/не даю)  Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене(мою дитину)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (П.І.Б лікаря)  “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) (підпис лікаря)  Інформацію довів лікар-анестезіолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (П.І.Б лікаря) (дата) (підпис лікаря)  Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.  Згоду на операцію\_\_\_\_\_\_\_\_і доручаю виконати її лікарю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а знеболення лікарю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (даю/не даю)  що підтверджую своїм підписом,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року  (підпис пацієнта) (дата)  Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЗАТВЕРДЖЕНО:** Наказ Міністерства охорони здоров’я України 14 лютого 2012 року № 110

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, при зверненні

(прізвище ім’я по батькові).

у\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва закладу охорони здоров’я)

даю згоду на внесення моїх персональних даних до локальної інформаційної системи, яка є в закладі охорони здоров’я.

Я погоджуюсь ыз використанням та обробкою моъх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року