|  |
| --- |
| **{NAME}** |
| {AGE} лет  {BIRTHDAY}  {HISTORY} |
| Дата поступления в стационар:  {HOSPITALDATE} |
| Дата операции:  {OPERATIONDATE}  {OPERATION} |
| Дата поступления в ОРИТ:  {ICUDATE} |
| Диагноз:  {DXMAIN}  Сопутствующие диагнозы:  {DXSECONDARY} |
| **Аллергические реакции: на лекарственные препараты отрицает.** |