|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первинної облікової документації | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **№ 025/о** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу  охорони здоров’я, де заповнюється форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ЗАТВЕРДЖЕНО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Наказ МОЗ України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код за ЄДРПОУ | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  |  |  | | |  | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | **№** | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код хворого | | | | | |  |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | Дата заповнення карти | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | 9 | | | | 0 | | | | 1 | | | 2 | | | 5 | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | Іван, Іванов, Іванович | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | Прізвище, ім’я, по батькові | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | |  | | | | 3. Дата народження | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 2 | 0 | | | | 3 | | 8 | | | 5 | |  | 4. Телефон: дом. | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0441234567 | | | | | | | | | | | | | | | | | робочий | | | | | | | | +3806789012 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | Місце проживання хворого | | | | | | | | | | | | | | міста Київ, вулиця Лесі Українки, будинок 15, квартира 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6. | | | Місце роботи, посада | | | | | | | | | | | | | | | | ТОВ Технолайф,інженер-програміст | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | Диспансерна група (так – 1, ні – 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків, які віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов’язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 9 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | Номер пільгового посвідчення | | | | | | | | | | | | | | | | | A | | | | | B | | | 1 | | | | 2 | | 3 | | | | 4 |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Взятий(а) на облік | | | | | | | 2 | | 9 | | | 0 | | | 1 | | | | 2 | | | 5 | | | з приводу | | | | | | | | | | | | хронічна артеріальна гіпертензія | | | | | | | | | | | 11. Знятий(а) з обліку | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | (причина) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | з приводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | (причина) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Продовження форми№ 025/о

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| І. СИГНАЛЬНІ ПОЗНАЧКИ | | | | | | | | | | |
|  | Група крові | 2 | | | | | | Резус-фактор | позитивний |  |
|  | Переливання крові (коли, скільки) | | | | |  | | | |  |
|  | Цукровий діабет | |  | | | | | | |  |
|  | Інфекційні захворювання | | | |  | | | | |  |
|  | Хірургічні втручання | | | не було | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  |
|  | Алергологічний анамнез | | | пеницилін | | | | | |  |
|  | Непереносимість лікарських препаратів | | | | | | пеницилін | | |  |
| (негативні побічні дії лікарських засобів) (вказати, яких) | | | | | | | | | | |
| Фактори ризику | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Лікуючий лікар\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, підпис) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |