|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВГ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Короста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Педікульоз\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | ЗАТВЕРДЖЕНО  Наказ Міністерства охорони здоров’я України  14.02.2012 № 110  (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України  21.01.2016 № 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Державна прикордонна служба України** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Форма первинної облікової документації  **№ 003/о** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Відділ охорони здоров'я Національної Академії Державно прикордонної служби України** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ЗАТВЕРДЖЕНО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **29000, м.Хмельницький вул.Шевченка, 46**  **тел.(0382) 65-72-63** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Наказ МОЗ України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код за ЄДРПОУ | | 1 | | | 4 | | | | 3 | | 2 | | | 1 | | | 4 | 8 | | | | 1 | | |  | | | |  | | 2 | | 1 | | | 0 | | 1 | 2 | | | 0 | | | | | 1 | | | | | 6 | | | | | | № | | | | | | | | | 2 | | | | | | 9 | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № {ID}** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Дата госпіталізації {DateG} 2. Стать : {Stat} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Прізвище, ім’я, по батькові хворого | | | | | | | | | | | | | | | | {SurnameP} {NameP} {Patron} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Дата народження {DateB} 5. Вік {OldYear} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Документ, що посвідчує особу | | | | | | | | | | | | | {TypeDoc} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1. Номер документа, що посвідчує особу {NumDoc} 6.2. Громадянство {Gromadyanstvo} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Постійне місце проживання/перебування: місто – 1; село – 2 {Home} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (область, район, населений пункт) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7.1. Поштовий індекс: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| вулиця, будинок, квартира) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Місце роботи, посада | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу, пільгова категорія; для інвалідів – вид і група інвалідності) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Ким направлений хворий | | | | | | | | {KymNaprav} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | (найменування закладу охорони здоров’я) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (код за ЄДРПОУ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Діагноз при госпіталізації | | | | | | | | | | {Dgoz} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (код за МКХ-10) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 10.1. Діагноз клінічний: | | | | | | {Dklin} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (код за МКХ-10) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 11. Відділення при госпіталізації | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | 12. Відділення при виписці | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | (код) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | (код) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 14. Обстеження на ВІЛ-інфекцію | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Група крові \_\_{Gk}\_\_\_\_\_\_\_ 16. Резус-приналежність \_\_{Rk}\_ 17. Реакція Васермана | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (назва лікарського засобу, характер побічної дії) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Дата виписки/смерті | | | | | | {Dv} | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | | | | | 21. Проведено ліжко-днів | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | {KlDay} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | (година) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ПРАВА ТА ОБОВ’ЯЗКИ ПАЦІЄНТА ВІДДІЛЕННЯ**

1. Пацієнт зобов’язаний надавати лікарям повну інформацію щодо попередніх захворювань, госпіталізацій, та інших питань
2. Пацієнт зобов’язаний додержуватись правил перебування у відділенні, плану лікування, використовувати рекомендації і призначення лікаря.
3. Пацієнт має право на кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря.
4. Пацієнт має право на достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров’я, включаючи існуючі та можливі фактори ризику, їх ступінь.
5. Пацієнт має право на ознайомлення з порядком обстеження, лікування і ризиком, що має місце при виконанні медичних маніпуляцій, та давати (або не давати) згоду на них.
6. Пацієнт має право на правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінацій пов’язаних зі станом здоров’я
7. Пацієнт має право на оскарження неправомірних дій медичних працівників.

**ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ**

1. Відлучатися з терапевтичного відділення без дозволу начальника відділення, відвідувати хворих в палатах іньшого лікувального профилю;
2. Палити в палатах, коридорах та туалеті та інших приміщеннях відділення, а також на території ВОЗ;
3. Грати в карти та інші азартні ігри;
4. Зберігати і вживати алкогольні напої. Приймати від родичів та знайомих лише ті продукти харчування, які дозволені Вам лікарем;
5. Хворим-військовослужбовцям строкової служби та курсантам забороняється носити та зберігати цивільний та спортивний одяг.
6. **Зберігати та користуватися мобільними терміналами, TV, АУДІО та ВІДЕО апаратурою та іншими приладами, які викликають шум.**
7. Знаходитись у верхньому одязі поверх ковдри та в госпітальному одязі у ліжку

З правилами внутрішнього розпорядку ознайомлений(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис)