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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров’я України | | | | | |  | | | | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування закладу | | | | | | ФОРМА № | | | | | | | | | **0** | | **4** | **3** | | **-** | **0** | |  | | |  | |  | |
| Затверджена наказом МОЗ України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **2** | | **7.** | **1** | | **2.** | | **9** | | **9** | | **р.** | | | № | | **3** | **0** | | **2** | |  |
| **МЕДИЧНА КАРТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО №\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**стор. 2 ф. № 043/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дані об’єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Медична карта стоматологічного хворого

(форма № 043/о)

“Медична карта стоматологічного хворого” (форма № 043/о) заповнюється при первинному зверненні пацієнта в поліклініку.

Паспортні дані: прізвище, ім’я, по батькові, стать, адреса, рік народження хворого заповнюється медичною сестрою або реєстратором.

Діагноз і всі наступні розділи карти заповнюються безпосередньо лікуючим лікарем. Залежно від скарг та первинного клінічного діагнозу лікар повинен направити хворого на лабораторне дослідження, рентгенографію, отримання висновків фахівців відповідного профілю, в тому числі загальносоматичних, із поданням виписки із карти стоматологічного хворого, аналізів та іншої медичної документації. Згадану документацію вписують або вклеюють в медичну карту в розділ “Дані рентгенологічних та лабораторних досліджень”.

Припускається наступне уточнення діагнозу, розширення або навіть заміна з обов’язковою вказівкою дати. Діагноз повинен бути розгорнутим, описувати слід тільки стоматологічні захворювання.

Рядок “Скарги” записують зі слів пацієнта або родичів. Вписуються скарги, які найбільш точно відбивають стоматологічний стан пацієнта.

У рядок “Перенесені та супутні захворювання” вносяться дані як зі слів хворого (на що необхідно послатися), а також дані, підтверджені фахівцями інших лікувальних закладів. Необхідно обов’язково вказати, чи перебуває хворий під диспансерним наглядом та з приводу якого захворювання.

У рядку “Розвиток теперішнього захворювання” зазначається час появи перших симптомів цього захворювання, з чим хворий їх пов’язує, характер перебігу хвороби та раніше проведене лікування і його ефективність.

У рядку “Дані об’єктивного дослідження, зовнішній огляд та стан зубів” проводиться опис даних зовнішнього огляду, який включає стан шкірних покровів, кісткового скелету обличчя, червоної кайми губів тощо. Тут же необхідно вказати результати пальпації скронево-нижньощелепного суглоба, підщелепних, привушних слинних залоз. Запис даних огляду ротової порожнини розпочинають із визначення стану твердих тканин зубів та тканини пародонту. Перший ряд над розташованими схематично зубами і під ними відведений для внесення стану коронкової частини зуба з умовними позначеннями, включаючи наявність різних конструкцій зубних протезів.

У чисельнику – стан на час огляду, в знаменнику – стан після проведеного лікування. Над другим рядом схематично зображених зубів і під ним вносять дані об’єктивного дослідження стану пародонту, його норму (N), ступінь атрофії – 1/4, 1/2, 3/4 та ступінь рухомості зубів – І, ІІ, ІІІ.

Під таблицею схематично розташованих зубів в письмовому вигляді відображають додаткові дані відносно зубів, кісткових тканин альвеолярних відростків (зміна їх форми, положення тощо).

У рядку “Прикус” відмічають тип взаємовідношення зубних рядів в нормі, при аномаліях, патологічному стані, а також характер взаємовідношення альвеолярних відростків щелеп при відсутності антагонуючих зубів або їх повній відсутності, орієнтуючись на їх співвідношення в стані відносного спокою.

У рядку “Дата навчання навичкам гігієни ротової порожнини” необхідно зазначити дату, коли проведена бесіда відповідно правильної чистки зубів, інших навиків гігієни порожнини рота.

У рядку “Дата контролю гігієни ротової порожнини” проставляється дата після оцінки гігієнічного стану ротової порожнини за методикою, що описана Ю.А. Федоровим та В.В. Володкіною (1970).

У рядку “Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки ротової порожнини, ясен, альвеолярних відростків піднебіння” проводиться опис стану слизової оболонки ротової порожнини за даними візуального обстеження, гігієнічного індексу (ГІ), а також визначається папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), який служить показником для оцінки проявів гінгівіту та пародонтальний індекс (РІ), спрямований на виявлення розвинутих форм патології.

У рядку “Колір за шкалою Віта” зазначають відповідність кольорової гами застосованого матеріалу кольору коронок зубів пацієнта.

Спеціальний розділ карти відводиться для складання плану обстеження, плану лікування даного хворого з відмітками про проведені в необхідних випадках консультації суміжними фахівцями. Для запису наступних звернень пацієнта з даним захворюванням, а також у випадку звернення з новими захворюваннями служить розділ карти, який називається “Щоденник”, де вписуються відповідні дані. Завершує його епікриз – стислий опис результатів лікування та рекомендовані лікарем практичні заходи. Після лікування ставиться підпис лікаря, який провів лікування та завідуючого відділенням, а після закінчення окремих етапів лікування ставиться підпис лікаря, який безпосередньо лікує хворого.

В стоматологічній поліклініці, відділенні, або кабінеті на хворого заводять одну медичну карту стоматологічного хворого.

При наступних зверненнях до фахівців любого профілю може виникнути необхідність додатку (титульного листа медичної карти, який повинен мати той же номер, що карта і прикріплюватись до раніше заповненої карти, де має відображатись весь стоматологічний статус пацієнта).

Медична карта стоматологічного хворого, як юридичний документ, зберігається в реєстратурі протягом 5 років, після чого здається в архів.