|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ГБУЗ ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Медицинская документация  Форма №003/у  Утверждена Минздравом ССР  04.10.80г. № 1030 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(наименование медицинского учреждения)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| Вещи, деньги, ценности: сдал не сдал | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Чесотка, педикулез: выявлен не выявлен | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № квитанции (вещи): | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Саноборотка: полная неполная не нуждается | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № квитанции(ценности): | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | | Дата: | | | | | |  | | | | | | | | | | | Подпись: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Подпись пациента: | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  | | | | ФИО регистратора: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | **Скорая помощь** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | **{mednumber}** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*{mednumber}\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА №** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **стационарного больного** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  |  | |  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  |
| **Дата и время поступления** | | | | | | | | | | | | | | | {admission\_date} | | | | | | | | | | | |  | | | | **Полис** | | | | | | | | | | | | {med\_policy} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата и время выписки** | | | | | | | | | | | | {leaving\_date} | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Отделение** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | **палата №** | | | | | | | | | | | | | {room} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Переведен в отделение** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Проведено койко-дней** | | | | | | | | | | | {daysinhospital} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Виды транспортировки** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | **Рост** | | | | {height} | | | | | | | | | | | | | | | **Вес** | | | | | | {weight} | | | | | | | | | |
| **Группа крови** | | | | | | {blood\_n} | | | | | | | **Резус-принадлежность** | | | | | | | | | | | | {rhesus} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Побочное действие лекарств(непереносимость)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *название препарата, характер побочного действия* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| **1.Фамилия, имя, отчество** | | | | | | | | | | | | | | **{patient\_full\_name}** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.Пол** | | {sex} | | | | | | | | | | | |  | | **Паспорт** | | | | | | | {passport} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.Возраст** | | | {age} | | | | | (полных лет, для детей до 1 года – месяцев, до 1 месяца - дней) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Дата рождения** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | {birthdate} | | | | | |
| **4.Постоянное место жительства** | | | | | | | | | | | | | | | | город | | | | село | | | | | | | *(подчеркнуть)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | |
| **{address}** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *вписать адрес , указав приезжих – область, район* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *населенный пункт, адрес родственников и № телефона* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.Место работы, профессия или должность** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *для учащихся – место учебы; для детей – название детского учреждения, школы;* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *для инвалидов – род и группа инвалидности, ИОВ – да, нет (подчеркнуть)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.Кем направлен больной** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | *название лечебного учреждения* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.Доставлен в стационар по экстренным показаниям:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | да, | | | | нет | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  |
| **дата начала заболевания, получения травмы:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  |
| **госпитализирован в плановом порядке** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | да, | | | | нет | | | | |  | | **Кем доставлен** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.Диагноз направившего учреждения** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.Диагноз при поступлении** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| {diagnosis\_first} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10.Диагноз клинический** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | **Дата установления** | | | | | | | | | | | | | | |
| {diagnosis\_last} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |