

Наименование медицинской организации

Адрес

Угловой штамп

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства труда и
социальной защиты населения
Ставропольского края от 20 июня
2019 г. № 204
(в редакции приказа министерства
труда и социальной защиты
населения Ставропольского края от
18 июля 2022г. № 323)

ВЫПИСКА

из медицинской карты пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____,
нуждающегося в социальном обслуживании в стационарной форме

1. Дата заполнения выписки: число _____ месяц _____ год _____
2. Фамилия, имя, отчество (если есть) _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2
4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Полис ОМС: серия _____ № _____
7. Наименование страховой медицинской организации _____
8. Наличие инвалидности _____, группа _____, наличие ИПРА _____
9. Справка МСЭ: серия _____ № _____
10. Семейный анамнез _____

Для граждан с диагнозом умственной отсталости, оформляющихся в психоневрологические интернаты, приложить родословную.

11. Заболевания, по поводу которых осуществляется ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач (специальность)

12. Группа здоровья _____

Для граждан, оформляющихся в психоневрологические интернаты установить нуждаемость в диспансерном наблюдении _____, указать группу динамического диспансерного наблюдения _____.

13. Лист записи перенесенных ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ТРАВМ:

Дата выявления инфекционного заболевания или травмы	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)

14. Группа крови _____ Rh-фактор _____

15. Аллергические реакции _____

16. Записи врачей-специалистов:

(для граждан, оформляющихся в психоневрологические интернаты, дополнительно приложить развернутое заключение врача-психиатра и заключение психиатрической врачебной комиссии)

Дата (число, месяц, год) осмотра	Специальность врача	Заключительные (уточненные) диагнозы	Код по МКБ -10	Фамилия, инициалы, личная печать врача
1	2	3	4	5
	Терапевт			
	Гинеколог/уролог			
	Фтизиатр			
	Хирург			
	Окулист			
	Онколог			

1	2	3	4	5
	Оториноларинголог			
	Дерматовенеролог			
	Невролог			
	Психиатр			
	Иные специалисты			

17. Сведения о вакцинопрофилактике:

(дополнительно приложить сертификат о прививках)

Наименование вакцины	Серия	Доза	Дата прививки	Побочные реакции
АДСМ (обязательно)				

18. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

19. Данные рентгенологического (флюорографического) исследования

*Для домов-интернатов общего профиля давность обследования не более года,

**Для учреждений психоневрологического профиля, давность обследования не более 6 месяцев (необходимо представить рентген- или флюоропленку)

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Заключение

20. Данные микроскопического исследования мокроты

(в случае невозможности проведения рентгенографического исследования),

(дополнительно приложить оригиналы бланков анализов)

Дата проведения	Результат

21. Результаты лабораторных методов исследования: (дополнительно приложить оригиналы бланков анализов)

Анализ крови:

Дата	Hb г/л	Er г/л	Le г/л	СОЭ мм/ч	Лейкоцитарная формула %								
					Б	Э	мие	юн	п/я	с/я	Л	М	

Анализ мочи

Дата	Уд. вес	Белок	Сахар	Эпителий	Le	Er	Прочее

Дополнительные исследования: (дополнительно приложить оригиналы бланков анализов)

Анализ крови на гепатит В (HbsAg) дата _____, результат _____
 Анализ крови на гепатит С (анти-HCV) дата _____, результат _____
 Мазок на дифтерию дата _____, результат _____
 Мазок на кишечную группу дата _____, результат _____
 Анализ кала на яйца глистов дата _____, результат _____
 Анализ крови на сифилис (ЭДС) дата _____, результат _____
 Анализ крови на ВИЧ дата _____, результат _____
 (для граждан, оформляющихся в психоневрологические интернаты)

22. Данные об эпидокружении _____

23. Степень ограничения жизнедеятельности: (при наличии указать степень выраженности)

по самообслуживанию _____

по самостоятельному передвижению _____

по контролю своего поведения _____

по трудовой деятельности _____

Лечащий врач _____
 (подпись, личная печать)

_____ (фамилия, инициалы)

Главный врач медицинской организации _____
 М.П.

_____ (фамилия, инициалы)