|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Угловой штамп* | Для граждан оформляющихся в социальные учреждения и находящихся на стационарном лечении в медицинской организации |

ВЫПИСКА

ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ №\_\_\_\_\_

1. Дата заполнения выписки: число \_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

2. Дата поступления на стационарное обслуживание

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Пол: муж. - 1, жен. - 2

5. Дата рождения: число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_

6. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Наличие инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_, группа\_\_\_\_\_\_\_\_ Наличие ИПРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Справка МСЭ: серия \_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Семейный анамнез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата начала диспансерного наблюдения | Дата прекращения диспансерного наблюдения | Диагноз | Код по МКБ-10 | Врач(специаль-ность) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Группа здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_

Для граждан, оформляющихся в психоневрологические интернаты установить нуждаемость в диспансерном наблюдении *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* указать группу динамического дис-

 *требуется, не требуется*

пансерного наблюдения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.

14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.

15. Занятость: работает - 1, пенсионер - 2, студент - 3 не работает - 4, прочие - 5.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата получения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Лист записи перенесенных ИНФЕКЦИОННЫХ заболеваний, травм:

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

18. Группа крови \_\_\_\_ 22. Rh-фактор \_\_\_\_ 23. Аллергические реакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Записи врачей-специалистов

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата (число, месяц, год) | специальность | Заключительные (уточненные) диагнозы | Код по МКБ -10 | Врач ФИО и личная печать |
|  | Терапевт  |  |  |  |
|  | Гинеколог/уролог |  |  |  |
|  | Фтизиатр  |  |  |  |
|  | Хирург  |  |  |  |
|  | Окулист |  |  |  |
|  | Онколог  |  |  |  |
|  | Оториноларинголог  |  |  |  |
|  | Дерматовенеролог |  |  |  |
|  | Невролог  |  |  |  |

20. Сведения о вакцинопрофилактике:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование вакцины | серия | доза | Дата прививки | Побочные реакции |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

21. Сведения о госпитализациях

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

22. Данные рентгенологического (флюорографического) исследования\*

\*Давность обследования не более года, необходимо представить рентген или флюоропленку

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата проведения | Название рентгенологического исследования | Заключение  | Доза облучения |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

23. Данные микроскопического исследования мокроты *(при необходимости)*,

(дополнительно приложить бланки анализов)

|  |  |
| --- | --- |
| Дата проведения | Результат  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

24. Результаты лабораторных методов исследования: (дополнительно приложить бланки анализов)

**Анализ крови:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Hbг/л | Erг/л | Leг/л | СОЭмм/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 бланки анализов)

Анализ крови на гепатиты дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(HbsAg,анти-HCV )

анализ на дифтерию дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

анализ на кишечную группу дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

анализ кала на яйца глистов дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

анализ крови на сифилис (ЭДС) дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

25. Данные об эпидокружении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. 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 ФИО

Главный врач медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО

 М.П.