Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД

Код организации по ОКПО

Адрес Медицинская документация Учетная форма N 025/у

Утверждена приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N**

1. Дата заполнения медицинской карты: число месяц год
2. Фамилия, имя, отчество
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число месяц год
4. Место регистрации: субъект Российской Федерации район город населенный пункт улица дом квартира тел.
5. Местность: городская - 1, сельская - 2
6. Полис ОМС: серия N 8. СНИЛС
7. Наименование страховой медицинской организации
8. Код категории льготы 11. Документ : серия N

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата начала диспансерного  наблюдения | Дата прекращения диспансерного  наблюдения | Диагноз | Код по МКБ-10 | Врач |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
2. Образование: *профессиональное:* высшее - 1, среднее - 2; *общее:* среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
3. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6
4. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата)
5. Место работы, должность
6. Изменение места работы
7. Изменение места регистрации
8. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата (число, месяц, год) | Заключительные (уточненные) диагнозы | Установленные впервые или  повторно (+/-) | Врач |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Группа крови 21. Rh-фактор 22. Аллергическая реакция

23. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность)

Жалобы пациента

Анамнез заболевания, жизни

Объективные данные

Диагноз основного заболевания: код по МКБ-10

Осложнения:

Сопутствующие заболевания код по МКБ-10

код по МКБ-10

код по МКБ-10 Внешняя причина при травмах (отравлениях)

код по МКБ-10 Группа здоровья Диспансерное наблюдение

|  |  |
| --- | --- |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
| Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства | |
| Врач | |

24. Медицинское наблюдение в динамике:

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | |
| Жалобы | |
| Данные наблюдения в динамике | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
|  | Врач |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | |
| Жалобы | |
| Данные наблюдения в динамике | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
|  | Врач |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | |
| Жалобы | |
| Данные наблюдения в динамике | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
|  | Врач |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | |
| Жалобы | |
| Данные наблюдения в динамике | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
|  | Врач |

1. Этапный эпикриз

Дата Временная нетрудоспособность с ( дней).

Жалобы и динамика состояния

Проведенное обследование и лечение

Диагноз основного заболевания: код по МКБ-10

Осложнения:

Сопутствующие заболевания код по МКБ-10

код по МКБ-10

код по МКБ-10 Внешняя причина при травмах (отравлениях)

код по МКБ-10 Рекомендации

Листок нетрудоспособности

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Консультация заведующего отделением

Дата Временная нетрудоспособность с ( дней).

Жалобы и динамика состояния

Проведенное обследование и лечение

Диагноз основного заболевания: код по МКБ-10

Осложнения:

Сопутствующие заболевания код по МКБ-10

код по МКБ-10

код по МКБ-10 Внешняя причина при травмах (отравлениях)

код по МКБ-10 Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению

Листок нетрудоспособности

Зав. отделением Лечащий врач

1. Заключение врачебной комиссии Дата

Жалобы и динамика состояния

Проведенное обследование и лечение

Диагноз основного заболевания: код по МКБ-10

Осложнения:

Сопутствующие заболевания код по МКБ-10

код по МКБ-10

код по МКБ-10 Внешняя причина при травмах (отравлениях)

код по МКБ-10 Заключение врачебной комиссии:

Рекомендации

Председатель Члены комиссии

1. Диспансерное наблюдение Дата

Жалобы и динамика состояния

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия

Диагноз основного заболевания: код по МКБ-10

Осложнения:

Сопутствующие заболевания код по МКБ-10

код по МКБ-10

код по МКБ-10 Внешняя причина при травмах (отравлениях)

код по МКБ-10 Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации

Врач

1. Сведения о госпитализациях

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

1. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата проведения | Название оперативного вмешательства | Врач |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

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

1. Результаты функциональных методов исследования:
2. Эпикриз