

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация

Учетная форма № 003/у

Утверждена приказом Минздрава России

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_

### ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № \_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Пол: муж. – 1, жен. – 2 \_\_\_\_\_
3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
4. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_
5. Гражданство \_\_\_\_\_
6. Местность: городская – 1, сельская – 2 \_\_\_\_\_
7. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в зарегистрированном браке – 2, неизвестно – 3. \_\_\_\_\_
8. Образование: *профессиональное*: высшее – 1, среднее – 2; *общее*: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6. \_\_\_\_\_
9. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2, пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6; для детей: дошкольник - организован – 7, не организован - 8, школьник - 9 \_\_\_\_\_
10. Инвалидность (группа, дата установления) \_\_\_\_\_
11. Место работы \_\_\_\_\_
12. Должность \_\_\_\_\_
13. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_
14. СНИЛС \_\_\_\_\_
15. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_
16. Код категории льготы \_\_\_\_\_ 16.1. Документ, подтверждающий льготу: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_
17. Дата и время поступления в медицинскую организацию: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_
18. Поступил: в круглосуточный стационар - 1, в дневной стационар - 2 \_\_\_\_\_
19. Отделение \_\_\_\_\_ 20. палата № \_\_\_\_\_
21. Наименование направившей медицинской организации \_\_\_\_\_
22. Диагноз направившей медицинской организации:  
22.1. основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
22.2. осложнения основного заболевания: \_\_\_\_\_  
22.3. конкурирующее заболевание \_\_\_\_\_  
22.4. фоновое заболевание \_\_\_\_\_  
22.5. сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_
23. Опьянение (на момент поступления): алкогольное – 1, наркотическое – 2 токсическое – 3 \_\_\_\_\_
24. Диагноз клинический: \_\_\_\_\_ Дата установления: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
24.1. основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
24.2. осложнения основного заболевания: \_\_\_\_\_  
24.3. конкурирующее заболевание \_\_\_\_\_  
24.4 фоновое заболевание \_\_\_\_\_  
24.5. сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_
- 24.6. внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_
25. Диагноз заключительный клинический:  
25.1. основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
25.2. осложнения основного заболевания: \_\_\_\_\_  
25.3. конкурирующее заболевание \_\_\_\_\_  
25.4 фоновое заболевание \_\_\_\_\_  
25.5. сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_
- 25.6. внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

26. Осмотр на заразные кожные болезни: педикулез, чесотка, микроспория - выявлены: да – 1, нет – 2  
 27. В анамнезе (год установления диагноза):  
 27.1. Туберкулез \_\_\_\_\_ 27.2. Болезнь, вызванная ВИЧ \_\_\_\_\_ 27.3. Вирусные гепатиты \_\_\_\_\_  
 28. Группа крови \_\_\_\_\_ 29. Резус-принадлежность \_\_\_\_\_  
 30. Наличие гемотрансфузий в анамнезе (год, осложнения, реакции) \_\_\_\_\_  
 31. Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевую аллергию или иные виды непереносимости в анамнезе (при отсутствии аллергии указать «нет») \_\_\_\_\_  
 32. Направлен(а): медицинской организацией – 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи – 2, полицией – 3, обратился самостоятельно – 4.  
 33. Поступил(а) для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в текущем году:  
 32.1. по поводу данного заболевания: впервые – 1, повторно – 2;  
 33.2. \_\_\_\_\_ раз.  
 33.3. по экстренным показаниям: да – 1, нет – 2,  
 33.4. через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы (отравления);  
 33.5. в плановом порядке: да – 1, нет – 2  
 34. Хирургические операции (манипуляции), методы обезболивания и послеоперационные осложнения:

Наименование операции и ее код	Дата, время	Метод обезболивания	Осложнения	ФИО проводивших операцию (манипуляцию) операционной бригады
1.				
2.				
3.				

35. Другие виды медицинской помощи, в том числе высокотехнологичная, паллиативная (указать) \_\_\_\_\_

36. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением - 1, с улучшением - 2, без перемен - 3, с ухудшением - 4  
 37. Умер(ла) в \_\_\_\_\_ отделении: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
 38. Умерла беременная: до 22 недель беременности, после 22 недель беременности, роженица, родильница (подчеркнуть);  
 число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
 39. Выписан(а): число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
 40. Проведено койко-дней \_\_\_\_\_  
 41. Лицо, подвергшееся радиационному облучению - 1; в том числе на Чернобыльской АЭС - 2  
 42. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности:  
 № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
 № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
 № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
 43. Листок нетрудоспособности по уходу за больным: ребенком – 1; взрослым – 2.  
 44. Трудоспособность: восстановлена полностью – 1, снижена – 2, временно утрачена – 3, стойко утрачена в связи с данным заболеванием – 4, с другими причинами – 5 \_\_\_\_\_  
 45. Дано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭК): число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_  
 46. Для поступивших на экспертизу – заключение \_\_\_\_\_

47. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства получено: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
 48. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1; недостаточный объем клинично-диагностического обследования - 2; неправильная тактика лечения - 3; несовпадение диагноза - 4; отсутствуют - 5.  
 49. Особые отметки \_\_\_\_\_

ФИО лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

ФИО заведующего отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ (ДЕЖУРНЫМ ВРАЧОМ)**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Жалобы: \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

Анамнез жизни \_\_\_\_\_

Настоящее состояние пациента: \_\_\_\_\_

Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях с круглосуточным пребыванием (в условиях дневного стационара) \_\_\_\_\_

Обоснование предварительного диагноза \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз:  
Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

Внешняя причина (при травмах и отравлениях): \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Назначения:  
План обследования \_\_\_\_\_

План лечения \_\_\_\_\_

ФИО врача приемного отделения, дежурного врача \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_

**ОСМОТР ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Жалобы: \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

Анамнез жизни \_\_\_\_\_

Настоящее состояние пациента: \_\_\_\_\_

Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях с круглосуточным пребыванием (в условиях дневного стационара) \_\_\_\_\_

Обоснование предварительного диагноза \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз:  
Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Фоновое заболевание \_\_\_\_\_  
Конкурирующее заболевание \_\_\_\_\_  
Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

Внешняя причина (при травмах и отравлениях): \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Назначения:  
План обследования \_\_\_\_\_

План лечения \_\_\_\_\_

ФИО лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ И ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Жалобы: \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

Анамнез жизни \_\_\_\_\_

Настоящее состояние пациента: \_\_\_\_\_

Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях с круглосуточным пребыванием (в условиях дневного стационара) \_\_\_\_\_

Обоснование предварительного диагноза \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз:  
Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Фоновое заболевание \_\_\_\_\_

Конкурирующее заболевание \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

Внешняя причина (при травмах и отравлениях): \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Назначения:

План обследования \_\_\_\_\_

План лечения \_\_\_\_\_

ФИО заведующего отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

ФИО лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ**

Назначения	Дата назначения/ отмены	Исполнители	Даты и отметки назначений и их выполнения								
Режим		врач									
		медицинская сестра									
Диета		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									
		врач									
		медицинская сестра									

ФИО лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

ФИО медицинской сестры \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_













**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ**

1. Дата: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ время \_\_\_\_\_
2. Жалобы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Анамнез \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Общее состояние, сознание \_\_\_\_\_
5. Неврологический статус \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Кожа, слизистые \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Отеки, состояние вен конечностей \_\_\_\_\_
8. Органы кровообращения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- АД \_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_ Тоны \_\_\_\_\_  
ЭКГ \_\_\_\_\_
9. Органы дыхания \_\_\_\_\_ ЧДД \_\_\_\_\_  
Рентгенография \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Съёмные зубные протезы: да – 1; нет – 2
11. Органы пищеварения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Мочеполовая система \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Группа крови \_\_\_\_\_ 14.1. Резус-фактор \_\_\_\_\_ 14.2. Kell \_\_\_\_\_
15. Предполагаемый вид анестезии: местная – 1; проводниковая – 2; ирригационная – 3; аппликационная – 4; инфильтрационная – 5; эпидуральная – 6; спинальная – 7; тотальная внутривенная – 8; сочетанная – 9; сакральная – 10; внутриполостная – 11; комбинированный эндотрахеальный наркоз – 12
16. Предполагаемая интубация \_\_\_\_\_
17. Премедикация \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. Мониторинг параметров \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. Заключение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. Рекомендации (дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ФИО врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ЛИСТ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА**

Предоперационный эпикриз

---

---

---

---

---

Обоснование необходимости проведения оперативного лечения \_\_\_\_\_

---

---

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство –  
операцию получено: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

Дата операции: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Время начала операции \_\_\_\_\_ время окончания операции \_\_\_\_\_

Продолжительность операции: \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

Наименование операции \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

Диагноз до операции (основное заболевание) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Премедикация \_\_\_\_\_

Протокол операции \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Диагноз после операции (основное заболевание) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Назначения \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Взят операционный материал на патоморфологическое диагностическое исследование

Взят операционный материал на патоморфологическое диагностическое исследование \_\_\_\_\_

Операция проведена:

ФИО врача-хирурга \_\_\_\_\_

ФИО врача-хирурга ассистирующего \_\_\_\_\_

ФИО операционной медицинской сестры \_\_\_\_\_

Обезболивание пациента в ходе операции проведено:

ФИО врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_

Подпись врача-хирурга \_\_\_\_\_

**ПРОТОКОЛ ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ**

1. Масса тела \_\_\_\_\_ кг. 2. Рост \_\_\_\_\_ см.
3. Группа крови \_\_\_\_\_ 4. Резус-фактор \_\_\_\_\_ 5. Kell \_\_\_\_\_
6. Название операции: \_\_\_\_\_
7. Длительность: 7.1. операции: час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_; 7.2. анестезии: час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_
8. Операция: плановая – 1; экстренная – 2
9. Положение на операционном столе \_\_\_\_\_
10. Премедикация \_\_\_\_\_
11. Операционно-анестезиологический риск: **I/Э; II/Э; III/Э; IV/Э; V/Э**
12. Мониторинг (подчеркнуть): ЭКГ, АД, ЧСС, ЧДД, термометрия, газоанализ, КЩС, Sat O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>, прочие \_\_\_\_\_
13. Вводный наркоз (название лекарственного препарата, доза) \_\_\_\_\_
14. Способы общей анестезии: ларингеальная маска – 1; трахеостомия – 2; интубация – 3
15. Интубация: назотрахеальная – 1; оротрахеальная – 2
16. Интубационная трубка № \_\_\_\_\_
17. Газовый состав дыхательной смеси: 17.1. ДО \_\_\_\_\_; 17.2. МОД \_\_\_\_\_;
- 17.3. FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_; 17.4. N<sub>2</sub>O \_\_\_\_\_; 17.5. CO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_;
- 17.6. другие \_\_\_\_\_
18. Поддерживающая анестезия (названия лекарственного препарата, способы введения) \_\_\_\_\_
19. Название и суммарная доза наркотического лекарственного препарата \_\_\_\_\_
20. Использование ингаляционных средств (название, концентрация) \_\_\_\_\_
21. Миоплегия обеспечивалась (названия лекарственных препаратов, способы введения, суммарная доза) \_\_\_\_\_
22. Особенности течения анестезии \_\_\_\_\_
23. Инфузионно-трансфузионная терапия:
  - 23.1. \_\_\_\_\_
  - 23.2. \_\_\_\_\_
  - 23.3. \_\_\_\_\_
  - 23.4. \_\_\_\_\_
  - 23.5. \_\_\_\_\_
24. Болюсное введение лекарственных препаратов:
  - 24.1. \_\_\_\_\_
  - 24.2. \_\_\_\_\_
  - 24.3. \_\_\_\_\_
  - 24.4. \_\_\_\_\_
  - 24.5. \_\_\_\_\_
  - 24.6. \_\_\_\_\_
25. Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме: да – 1; нет – 2
26. Декуратизация: не требовалась – 1; выполнена – 2
27. Переведен(а): в отделение (палату) реанимации – 1; интенсивной терапии – 2; отделение – 3 28. Дата, время перевода: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_
29. Нуждается в продленной респираторной поддержке: да – 1; нет – 2
30. Гидробаланс: 30.1. кровопотеря \_\_\_\_\_ мл.; 30.2. гемотрансфузия \_\_\_\_\_ мл.;
- 30.3. Коллоиды \_\_\_\_\_ мл.; 30.4. кристаллоиды \_\_\_\_\_ мл.; 30.5. диурез \_\_\_\_\_ мл.
- ФИО врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_
- ФИО медицинской сестры-анестезиста \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_
- ФИО врача, принявшего пациента после анестезиологического пособия \_\_\_\_\_

**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ**

Дата	Фактор свертывания крови VIII ME	Фактор свертывания крови VIII+Фактор Виллебранда, ME	Фактор свертывания крови IX, ME	Фактор свертывания крови II, VII, IX и X в комбинации (Протромбиновый комплекс), ME	Альбумин человека, кг	Иммуноглобулин человека нормальный для внутривенного введения, кг	Иммуноглобулины человека специфические для внутривенного введения, кг	Антитромбин III, ME	Антиингибиторный коагулянтный комплекс, ME

ФИО лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_







**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ, УЛЬТРАЗВУКОВЫХ,  
КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫХ  
МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**





Патологоанатомический диагноз (предварительный):

Основное заболевание \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

---



---



---

Осложнения: \_\_\_\_\_

---



---

Конкурирующее заболевание \_\_\_\_\_

---



---

Фоновое заболевание \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

---



---



---

Выдано предварительное (окончательное) медицинское свидетельство о смерти:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
<b>а)</b> _____ болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти						
<b>б)</b> _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
<b>в)</b> _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
<b>г)</b> _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
<b>II.</b> Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

ФИО врача-патологоанатома \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Пациент(ка) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество)

находился(сь) в \_\_\_\_\_ отделении

(наименование медицинской организации)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ с диагнозом:

Основное заболевание \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Конкурирующее заболевание \_\_\_\_\_

Фоновое заболевание \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Внешняя причина \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Поступил(а) с жалобами на \_\_\_\_\_

Течение заболевания и состояние при поступлении \_\_\_\_\_

Анамнез жизни \_\_\_\_\_

Объективные данные \_\_\_\_\_

Результаты проведенных исследований \_\_\_\_\_

Проведено лечение \_\_\_\_\_

Консультации врачей-специалистов \_\_\_\_\_

Выписан(а) в \_\_\_\_\_ состоянии под наблюдение поликлиники

(наименование медицинской организации, к которой прикреплен(а) пациент(ка))

Листок нетрудоспособности: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

ФИО заведующего отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

ФИО лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_