		Код форми за ЗКУД |__|__|__|__|__|__|__| Код закладу ЗКПО |__|__|__|__|__|__|__|

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N** |0|5|2|/|о| Затверджена наказом МОЗ України |2|7.|1|2.|9|9|р.| N |3|0|2|

Карта профілактичних флюорографічних досліджень

Заведена |__|__|__|__|__|__|
(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові _____ Стать: ч. - 1, ж. - 2

Рік народження |__|__|__|__|__|__|
(число, місяць, рік)

Спеціальність _____

Адреса (домашня) _____
_____

Місце роботи _____
_____

Наявність обтяжуючих хронічних захворювань (вписати)

_____

Обов'язковий контингент (1)

Інше організоване населення і робочі підприємств (2)

Учні, студенти (3)

Потерпілі внаслідок аварії на ЧАЕС 1, 2, 3 груп (4)

Неорганізоване населення (5)
(необхідні категорії населення - підкреслити або вписати в)

Дата флюорографії	Дата флюорограми	Результати оцінки флюорограми		Висновок по флюорограмі
		1 читання	2 читання	

		вид патології	локалізація	підпис лікаря	контрольне дообстеження	вид патології	локалізація	підпис лікаря	контрольне дообстеження,	
1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	5

1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	5

Дата рентгенологічного дообстеження	Метод рентгенологічного дообстеження	Рентгенологічний діагноз	Заключний клінічно-рентгенологічний діагноз