

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ		<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації № 025/о</p> <p style="text-align: center;">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України № </p>
МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО № _____		
Код хворого	Дата заповнення карти (число, місяць, рік)	
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____		
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/> 3. Дата народження 4. Телефон: дом. _____ робочий _____ (число, місяць, рік)		
5. Місце проживання хворого _____		
6. Місце роботи, посада _____		
7. Диспансерна група (так – 1, ні – 2) <input type="checkbox"/>		
8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків, які віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9 _____ <input type="checkbox"/>		
9. Номер пільгового посвідчення		
10. Взятий(а) на облік з приводу _____ 11. Знятий(а) з обліку (причина) _____ (число, місяць, рік)		
з приводу _____ (причина) _____ (число, місяць, рік)		

I. СИГНАЛЬНІ ПОЗНАЧКИ

Група крові _____ Резус-фактор _____

Переливання крові (коли, скільки) _____

Цукровий діабет _____

Інфекційні захворювання _____

Хірургічні втручання _____

Алергологічний анамнез _____

Непереносимість лікарських препаратів _____
(негативні побічні дії лікарських засобів) (вказати, яких)

Фактори ризику

Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)

IV. ЛИСТОК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ						
Найменування обстеження	Кабінет №	Рік і дата проведення				
1	2	3				
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки						
Огляд гінеколога та пальпація молочних залоз						
Цитологічне дослідження						
Мамографія						
Огляд хірурга (уролога): пальцеве обстеження прямої кишки						

Дані профілактичного огляду за _____ рік пацієнта _____ (прізвище, ім'я, по батькові)			
Обстеження	Дата	Результат	Підпис лікаря
Зріст			
Вага тіла			
Артеріальний тиск			
Огляд спеціалістів:			
Окуліста			
Гострота зору: ОД			
OS			
Внутрішньоочний тиск			
Лор-лікаря (гострота слуху)			
Стоматолога (огляд порожнини рота, стан зубів)			
Гінеколога (акушерки оглядового кабінету із застосуванням цитології), пальпація молочних залоз			
Хірурга Пальцеве обстеження прямої кишки			

Обстеження	Дата	Результат	Підпис лікаря
Невропатолога			
Терапевта, лікаря загальної практики – сімейного лікаря			
Уролога (пальцеве обстеження простати)			
Інших спеціалістів (дописати)			
Дані лабораторних інструментальних досліджень			
Аналіз крові: НВ, лейкоцити, лейкоцитарна форма			
ШЗЕ, цукор, холестерин			
Аналіз сечі на білок, цукор			
ЕКГ			
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки			
Мамографія			
Ультразвукове дослідження простати			
Пневмотахометрія			
Інші дослідження (вписати)			

Щорічний епікриз на диспансерного хворого

Дата
(число, місяць, рік)

Спостерігається з приводу (вказати захворювання) _____

Діагноз основний _____

Супутні _____

Кількість загострень протягом року _____

Проведене лікування _____

Група інвалідності (рік, дата) _____

Санаторно-курортне лікування _____

План спостереження на наступний рік

Огляд спеціалістами (вписати необхідних, рік та місяць огляду):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Лабораторні, функціональні та інші дослідження (вписати) _____

Медикаментозне лікування (вказати препарати, які рекомендує лікар) _____

Реабілітація (медична, професійна) _____

Підпис лікаря _____