УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и социальной защиты

населения Ставропольского края

от 20.06.2019 № 204

Форма

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Угловой штамп |  |

ВЫПИСКА

из медицинской карты

пациента, получающего медицинскую помощь

в амбулаторных условиях №\_\_\_\_\_,

нуждающегося в социальном обслуживании

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

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2

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

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

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

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

6. Местность: городская - 1, сельская - 2.

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](consultantplus://offline/ref=2E792696A0FC22BA83D829718A016ED7C4022E3E350E9B5A2D8948C8X4P) | 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, приложить развернутое заключение врача-психиатра)

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

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,

для граждан, нуждающихся в социальном обслуживании в стационарных учреждениях психоневрологического профиля, необходимо представить рентген- или флюоропленку

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

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 | Hb  г/л | Er  г/л | Le  г/л | СОЭ  мм/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 HbsAg дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

анти-HCV дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Результат

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

М.П. ФИО