

Министерство здравоохранения
 _____ ССР

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

наименование учреждения _____

Медицинская документация
 Форма № 003/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. № 1030

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Дата и время поступления **стационарного больного**

выписки _____

Отделение _____

Палата № _____

Переведен в отделение _____

переведено к кой-деи

Вид транспортировки: на каталке, на кресле, может идти _____

Группа крови _____

Резус-фактор _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

название препарата, характер побочного действия _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____

(полных лет, для детей до 1 года – месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

вписать адрес, указав для приезжих – область, район, населенный пункт, _____

5. Место работы, профессия, должность _____ адрес родственников и № телефона _____

для учащихся – место учебы; для детей название детского учреждения, школы _____

6. Кем направлен больно для инвалидов – род и группа инвалидности, ИОВ – да, нет (подчеркнуть) _____

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: название да, лечебного нет, урджня через _____ часов

после _____

начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть) _____

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз клинический

Дата установления _____

11. Диагноз заключительный
клинический) основный

б) осложнение основного:

в) сопутствующий

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:

впервые, повторно (подчеркнуть), всего _____ раз

13. Название операции, дата, метод обезболивания, осложнения

Оперировал

14. Другие виды лечения

Для больных злокачественными новообразованиями: 1. Специальное лечение; хирургическое

(дистанционная гамма-терапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистан-

ционная гамма-терапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и

гамма-терапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое);

химиопрепаратами, гормональными препаратами. 2. Паллиативное. 3. Симптоматическое.

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

16. Исход заболевания: выписан – с выздоровлением, с улучшением, без перемен,

с ухудшением, переведен в другое учреждение

Умер в приемном отделении, умерла _____ (название беременная) _____ (название лечебного учреждения) до 28 недель беременности,

_____ (название лечебного учреждения) после 28 недель беременности, _____ (название лечебного учреждения) жила, родильница.

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко

утрачена

в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть).

18. Для поступивших на экспертизу-заключение _____

19. Особые отметки _____

Лечащий врач _____

подпись

Зав. отделением _____

подпись

ЗАПИСЬ ВРАЧА ПРИЕМНОГО ПОКОЯ

Поступил (а) в отделение в сопровождении _____

STATUS PRAESENS

1. Состояние (удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, t) _____

2. Кожные покровы (травмы, синяки, абсцессы, следы инъекции) _____

3. Отеки _____

4. Сердечно-сосудистая система (тоны сердца, ритмичность) _____

5. АД _____

6. PS _____

7. Система органов дыхания (дыхание через нос свободное, затруднено, при аускультации проводится во все отелы, хрип, исключить пневмонию, легочные заболевания)

8. Желудочно-кишечный тракт, мочеполовая система (живот при пальпации, край печени)

9. Стул (запоры, поносы, когда был последний раз стул) _____

10. Мочеиспускание (задержка мочеиспускания, болезненность) _____

11. Неврологический статус (менингеальные знаки, зрачки, нистагм, рефлексы)

12. Психический статус (состояние сознания, ориентировка во времени и пространстве, поведение, мимика, речь) _____

13. Расстройства эмоций (настроение, тревожность, страх, агрессивность) _____

