# ПК 4.9 Оформлять медицинскую документацию

– - -
– - -
–
– -

## Учетная форма N 025-ЦЗ/у - "Карта центра здоровья"

**КАРТА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ**
I -

**1.**
**2.**
**3.**
**4.**
**5.**
**6.**
**7.**
**8.**
**9.**
**10.**
**11.**
**12.**
**13.**

| № п/п | Наименование обращения | Дата обращения | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | - | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

II
-

**1.**
**2.**
**3.**
– 
– -
–
–
–
–
–
–
**4.**
**5.**
**6.**

**7.** _____ _____
**8.**

–
–
**9.**
**10.**
–

–
**11.**

**12.**
–

–

**13.**

**14.**

III
**1.** _____ _____ _____(N 25)

**2.** _____(N

**3.** _____(N

**4.** _____(N ___
**5.**

| Дата | Врачи-специалисты | Заключение |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

IV

**1.**

–
–
–
–

**2.**

| - | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**3.**

**4.**

-

**Министерство здравоохранения и социального развития**
**Российской Федерации**

**КАРТА**
**ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

**Фамилия**_____
**Имя**_____
**Отчество**_____

_____

_____

- - - -

_____

_____

_____

**1. Показатели состояния здоровья**

| № пп | Наименование | Годы (вписать) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2009 | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**2. Факторы риска развития социально-значимых заболеваний*****

| | | 2009* | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7. | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

-
-

**3. Классификация артериальной гипертензии**

| Показатели | АД систолическое | АД диастолистолическое |
|---|---|---|
| | <120 | <80 |
| | 120-129 | 80-84 |
| | 130-139 | 85-89 |
| **Артериальная гипертензия** | | |
| I | 140-159 | 90-99 |
| II | 160-179 | 100-109 |
| III | >=180 | >=110 |
| | >=140 | <90 |

| | |
|---|---|
| | |
| | |

**4. Расчет индекса массы тела (ИМТ):**

---------- =

| | |
|---|---|
| | 18,5-24,9 |
| | 25-29,9 |
| | 30 34,9 |
| | 35 39,9 |
| ***I*** | |

**Результаты осмотров:**

| Дата | Врач | Заключение |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## IV. ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

-
-
-
-

| Рекомендации, назначение индивидуальных планов и их выполнение: Врач | Рекомендации, индивидуальные планы | Выполнение |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**3.**

| № п/п | Наименование | Дата повторного обращения | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | - | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |

_____

_____

_____

_____

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**
**ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**
**В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____**

_____ _____ _____

**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. СНИЛС** _____

**9. Наименование страховой медицинской организации** _____

**10. Код категории льготы** _____ **11. Документ** _____ **: серия** _____ **№** _____

**12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:**

| Дата начала диспансерного наблюдения | Дата прекращения диспансерного наблюдения | Диагноз | Код по МКБ-10 | Врач |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**13. Семейное положение:** 3.

**14. Образование:** *профессиональное* 2; *общее* 6.

**15. Занятость:**

6.

**16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата)**

**17. Место работы, должность**

**18. Изменение места работы**

**19. Изменение места регистрации**

**20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:**

| Дата (число, месяц, год) | Заключительные (уточненные) диагнозы | Установленные впервые или повторно (+/-) | Врач |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**21. Группа крови** _____ **22. Rh-фактор** _____ **23. Аллергические реакции** _____

**24. Записи врачей-специалистов:**

**Дата осмотра** _____ **на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.**

**Врач (специальность)**

**Жалобы пациента**

**Анамнез заболевания, жизни**

**Объективные данные**

**Диагноз основного заболевания:** _____ **код по МКБ-10** _____

**Осложнения:** _____

**Сопутствующие заболевания** _____ **код по МКБ-10** _____

_____ **код по МКБ-10** _____

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)** _____

_____ **код по МКБ-10** _____

**Группа здоровья** _____ **Диспансерное наблюдение** _____

| **Назначения (исследования, консультации)** | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|---|---|
| | |
| | |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | **Льготные рецепты** |
| | |
| **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства** | |
| **Врач** | |

**25. Медицинское наблюдение в динамике:**

| **Дата** | |
|---|---|
| **Жалобы** | |
| **Данные наблюдения в динамике** | |
| | |
| **Назначения (исследования, консультации)** | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
| | |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | **Льготные рецепты** |
| | |
| | **Врач** |

**26. Этапный эпикриз**

**Дата** _____ **Временная нетрудоспособность с** _____ **(**_____**дней).**

**Жалобы и динамика состояния** _____

**Проведенное обследование и лечение** _____

**Диагноз основного заболевания** _____ **код по МКБ-10** _____

**Осложнения:** _____

**Сопутствующие заболевания** _____ **код по МКБ-10** _____

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)** _____

_____ **код по МКБ-10** _____

**Рекомендации** _____

**Листок нетрудоспособности** _____

**Врач** _____

**27. Консультация заведующего отделением**

**Дата** _____ **Временная нетрудоспособность с** _____ **(**_____**дней).**

**Жалобы и динамика состояния** _____

**Проведенное обследование и лечение** _____

**Диагноз основного заболевания:** _____ **код по МКБ-10** _____

**Осложнения:** _____

**Сопутствующие заболевания** _____ **код по МКБ-10** _____

код по МКБ-10 _____

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

код по МКБ-10 _____

**Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению**

**Листок нетрудоспособности**

**Зав. отделением** _____ **Лечащий врач** _____

**28. Заключение врачебной комиссии**

**Дата** _____

**Жалобы и динамика состояния**

**Проведенное обследование и лечение**

**Диагноз основного заболевания:** _____ **код по МКБ-10** _____

**Осложнения:**

**Сопутствующие заболевания** _____ **код по МКБ-10** _____

**код по МКБ-10** _____

**код по МКБ-10** _____

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

**код по МКБ-10** _____

**Заключение врачебной комиссии:**

**Рекомендации**

**Председатель** _____ **Члены комиссии** _____ _____

**29. Диспансерное наблюдение**

**Дата** _____

**Жалобы и динамика состояния**

**Проводимые лечебно-профилактические мероприятия**

**Диагноз основного заболевания:** _____ **код по МКБ-10** _____

**Осложнения:**

**Сопутствующие заболевания** _____ **код по МКБ-10** _____

**код по МКБ-10** _____

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

**код по МКБ-10** _____

**Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации**

**Врач** _____

**30. Сведения о госпитализациях**

| Дата поступления и выписки | Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях | Заключительный клинический диагноз |
|---|---|---|
| | | |

**31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях**

| Дата проведения | Название оперативного вмешательства | Врач |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях**

| Дата проведения | Название рентгенологического исследования | Доза облучения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| | | |

**33. Результаты функциональных методов исследования:**

**34. Результаты лабораторных методов исследования:**

**35. Эпикриз**

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации**

**Учетная форма № 025 /у-ГС**

# ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

1. **Фамилия** _____
**Имя** _____
**Отчество** _____

_____

_____

_____

_____

_____

9. - _____

- _____
_____

_____

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2010 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | _____ — _____ — | _____ — _____ — | _____ — _____ — | _____ — _____ — | _____ — _____ — | _____ – _____ – |

-
-
-

-
-

## Показатели состояния здоровья

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2010 | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| | | | | | |
| | | _____ _____ | _____ – _____ – | _____ _____ | _____ _____ |

**Факторы риска развития социальнозначимых заболеваний <*>**

| № п/п | Показатели | 2010 <*> | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| | | | | | |
| | | _____ – _____ – | _____ – _____ – | _____ – _____ – | _____ _____ |

-

- -

-

**Классификация артериальной гипертензии**

| Показатели | АД систолическое | АД диастолическое |
|---|---|---|
| | < 120 | < 80 |
| | 120-129 | 80-84 |
| | 130-139 | 85-89 |
| | | |
| | 140-159 | 90-99 |
| | 160-179 | 100-109 |
| | >= 180 | >= 110 |
| | >= 140 | < 90 |

| | |
|---|---|
| | |

**Расчет индекса массы тела (ИМТ):**

---------- =

| | |
|---|---|
| | 18,5-24,9 |

| | |
|---|---|
| | 25-29,9 |
| | 30-34,9 |
| | 35-39,9 |
| | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**Заболевания, выявленные в ходе диспансеризации**

| | | |
|---|---|---|
| | | -10 |
| | | |
| | | |
| | | |

-

-

-

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |