Приложение N 1

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. N 834н

Наименование медицинской организации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_322333/#dst0) -0601013

 ООО «Авиценна» Код организации по ОКПО-31789563

 ИНН 3804028530 Медицинская документация

 Юр.адрес :665727,Иркутская обл., Учетная форма N 025/у

 г Братск,Муханова,50-28 Утверждена приказом Минздрава России

Факт.адресул.Крупской 42а от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N \_\_\_\_\_

1. Дата заполнения медицинской карты: 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Код категории льготы \_\_\_\_ 11. Документ \_\_\_\_\_\_\_\_: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

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

 **стр. 2 ф. N 025/у**

**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, проходит военную службу и приравненную к ней службу 2; пенсионер(ка) - 3,студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 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** | **Заключительные (уточненные) диагнозы** | **Установленные впервые или повторно(+/-)** | **Врач** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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