

**Приложение № 5
к приказу Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н**

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Учетная форма № 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____**

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____
Код по МКБ-10 _____

2. Дата заполнения карты: число ____ месяц _____ год ____

3. Специальность врача _____ 4. ФИО врача _____

5. Дата установления диагноза _____ 6. Диагноз установлен: впервые - 1, повторно - 2.

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением -1, профилактическом осмотре - 2.

8. Дата начала диспансерного наблюдения _____ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.

11. Фамилия, имя, отчество пациента _____

12. Пол: муж. -1, жен. - 2 13. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

15. Код категории льготы _____

16. Контроль посещений:

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

оборотная сторона ф. № 030/у

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

18. Сопутствующие заболевания _____

19. Лечебно-профилактические мероприятия

№ п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	ФИО врача

www.genlayn.ru