

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма №089 / у-кв

Утверждена Минздравом России

Извещение о больном с вновь установленным диагнозом:
сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной
герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки

1. Ф.И.О. или код больного _____
2. Пол: м 1 ☐, ж 2 ☐ 3. Дата рождения
4. Место постоянной регистрации (населенный пункт, улица, дом) _____
5. Место временной регистрации (фактического проживания): _____
6. Житель: города 1 ☐, села 2 ☐
7. Категория больного: житель данного субъекта РФ 1 ☐, другого субъекта РФ 2 ☐, СНГ 3 ☐,
иностранец 4 ☐, БМЖ 5 ☐, контингент ФСИН 6 ☐.
8. Социальная группа: работающий 1 ☐, неработающий 2 ☐, дошкольник 3 ☐, учащийся 4 ☐,
студент 5 ☐, пенсионер 6 ☐, военнослужащий 7 ☐.
9. Диагноз _____ Реинфекция: да ☐ нет ☐ Код МКБ-X _____
10. Лабораторное подтверждение: 1: КСР ☐, РМП ☐, РПР ☐, РПГА ☐, ИФА ☐,
РИФ ☐, РИБТ ☐, ТПМ ☐, иммуноблот ☐; бактериоскопическое 2 ☐, бактериологическое 3 ☐,
молекулярно-биологическое 4 ☐, другое (вписать) 5 _____
11. Выявленный возбудитель _____
12. Путь передачи: половой 1 ☐, в т.ч. при сексуальном насилии 2 ☐, бытовой 3 ☐,
трансплацентарный 4 ☐, неуточненный 5 ☐.
13. Место выявления заболевания: медицинская организация государственной формы собственности:
КВУ 1 ☐, из них анонимно 2 ☐, амбулаторно-поликлиническое учреждение 3 ☐ (указать
специалиста) _____ женская консультация 4 ☐, стационар 5 ☐
(указать профиль койки) _____, другое (вписать) 6 _____
_____, медицинская организация другой формы собственности 7 ☐.
14. Обстоятельства выявления: а) самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому) 1 ☐
_____, в т.ч. по контакту ☐;
б) выявлено специалистом: как контакт больного 2 ☐, донор 3 ☐, при медицинских осмотрах 4 ☐
во время родов 5 ☐, другие обстоятельства (вписать) 6 _____
15. Срок беременности: I триместр – 1 ☐, II триместр – 2 ☐, III триместр – 3 ☐.
16. Детское учреждение (для детей) _____
17. Дата установления диагноза:
- Ф.И.О. врача _____ Подпись и печать врача _____