

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
форма № 003/у

(наименование учреждения)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____
стационарного больного

Дата и время поступления _____
Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____
Переведен в отделение _____
Проведено койко-дней _____
Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)
Группа крови _____ Резус-принадлежность _____
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, адрес родственников и № телефона)

5. Место работы, профессия или должность _____

(для учащихся — место учебы; для детей — название детского учреждения, школы;

для инвалидов — род и группа инвалидности, иов — да, нет (подчеркнуть)

6. Кем направлен больной _____

(название лечебного учреждения)

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет
через _____ часов после начала заболевания, получения травмы;
госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

Диагноз клинический

Дата установления

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

11. Диагноз заключительный клинический

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть), всего — _____ раз.

13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения.

	Название операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.				
2.				
3.				
			Оперировал	_____

14. Другие виды лечения _____

(указать)

для больных злокачественными новообразованиями.

1. Специальное лечение: хирургическое (дистанционная гамматерапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамматерапия, контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамматерапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами.

2. Паллиативное

3. Симптоматическое лечение.

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

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

16. Исход заболевания: выписан — с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением; переведен в другое учреждение _____

(название лечебного учреждения)

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, 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

ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ,
патология, предполагаемый диагноз, план обследования

Карта №

(Ф.И.О. больного, № палаты)

ЭПИКРИЗ

Подпись врача

Патологическое (гистологическое) заключение

Патоморфологический диагноз

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

Подпись врача _____