

10. Семейное положение: _____
 состоит в браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.
 11. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2, общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.
 12. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2, пенсионер – 3, студент – 4, не работает – 5, прочие – 6.
 12.1. Изменение места работы _____
 13. Изменение места регистрации _____
 14.0. Условия труда (в настоящее время): _____

Наименование производственного фактора, вида работы с указанием пункта**	Стаж работы с фактором

14.1. Профессиональный маршрут до начала работ в данном виде работ:

Начало и окончание работы (мес., год)	Организация (предприятие)	Наименование работы с указанием пункта**	Наименование производственного фактора с указанием пункта**

14.2. Даты проведения предварительных медицинских осмотров:

«__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.

14.3. Даты проведения периодических медицинских осмотров:

«__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.
 «__» ____ 20__ г. «__» ____ 20__ г.

15. Медицинская организация, к которой прикреплен работник (студент) для постоянного наблюдения (название, юридический адрес): _____

16. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

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

17. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

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

18. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____

19. Аллергические реакции _____

20. Сведения о вакцинации

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка

Дата проведения (число, месяц, год)	АКДС, АКС-М, АКС, АД-М, АС*	Наименование учреждения	Подпись врача Печать

Прививки против ВТБ

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование препарата	Наименование учреждения	Подпись врача Печать

Прививки против кори

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование учреждения	Подпись врача Печать

Прививки против краснухи

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование учреждения	Подпись врача Печать

21. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, фАДЦ, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: код по МКБ-10 _____

Осложнения: код по МКБ-10 _____

Сопутствующие заболевания: 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	Лыготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	

22. План медицинского осмотра на _____ год

Осмотр (обследование)	Дата выполнения	Заключение по результатам осмотра (тогда, не тогда, заключение не дано)
ИМТ		
ОАК		
Холестерин		
Глюкоза		
ОРС		
Липиды В и С, ВЛЧ		
ОАМ		
Гематокрит		
Рентгенография ОТК		
Мазок из зева и носа		
Мазок на флору		
Цитол. исследование		
ЭКГ		
Маммография (УЗИ)		
Щитовид		
Щитовид		
Стоматолог		
Оториноларинголог		
Финансолог		

Дерматовенеролог		
Невролог		
Офтальмолог		
Хирург		
Терапевт		
Группа здоровья:		
Рекомендации:		

22. План месячного осмотра на _____ год

Осмотр (обследована)	Дата выполнения	Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано)
ИМТ		
ОАК		
Холестерин		
Глюкоза		
ОРС		
Тесты на В и С, ВИЧ		
ОАМ		
Искалтит		
Рентгенография ОЛК		
Мазок из уха и носа		
Мазок на флору		
Цитол. исследование		
ЭКГ		
Маммография (УЗИ)		
Искалтит		
Искалтит		
Стomatолог		
Оториноларинголог		
Инфекции		

Департамент		
Исследования		
Офтальмолог		
Хирург		
Терапевт		
Гушпа Зюрова:		
Рекомендации:		

30. Следения 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:

14

34. Результаты лабораторных методов исследования:

15

[Основное](#)
[Новый Заказ](#)
[Программы](#)
[Услуги](#)
[Сетка](#)
[История персональных данных](#)
[История карты та](#)

Смена -  карта на основании  Отправить в архив  Идентификация заказа     Печать -

<<нет комментариев>>

№ карты: 25294823 от 10.02.2023, Амбулаторная, Действующая

Последний визит: 10.02.2023

Место хранения: не задано

Представители:

Диспанс. группа:

ФИО ЛЬБВНА

Дата рождения 09-658 24

Пол

Место рождения 09.11.2018 г., ГУ МВ

Документ:

Группа

инвалидности:

Льготы:

Подписи:

Адрес: Фактический 344022, Ростовская обл, Ростов-на-Дону г, Кр

Полис ОМС единого образца, бессрочный Ростовский филиал АО "СК СОГАЗ-Ростовский филиал АО "СК СОГАЗ-Мед": 6189599773000014 Действует с 08.0



У пациента нет действующего согласия на обработку персональных данных. Оформить?

Да

Нет