|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД     |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **КАРТА** **хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома** | | |

Форма N 003-2/о втратила чинність  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 28 березня 2012 року N 214)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД        |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО       |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО N \_\_\_\_\_**  Код хворого |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                                           Дата заповнення карти |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 (число, місяць, рік) | | |

Форму N 025/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 14 лютого 2012 року N 110)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **Вкладний листок на підлітка** **до медичної карти амбулаторного хворого**       Дата заповнення карти "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                                                               N або код |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | |
| Юнак/дівчина (підкреслити)           Дата народження: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                                              (число, місяць, рік)  Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса підлітка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Найменування підприємства (навчального закладу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата, коли поступив на підприємство, навчальний заклад |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                                                       (число, місяць, рік)  Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Перенесені захворювання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Хвороби батьків (туберкульоз, алкоголізм, психічні захворювання, наркоманія) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проживає в сім'ї, гуртожитку (підкреслити). Харчування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тривалість робочого дня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зміни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заняття фізкультурою і спортом - систематичні, випадкові (підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**стор. 2 ф. N 025-1/о**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дані медичних обстежень** | | | | |
|  | | 1-е обстеження | 2-е обстеження | 3-є обстеження |
| Вага | |  |  |  |
| Зріст | сидячи |  |  |  |
| стоячи |  |  |  |
| Окружність грудної клітки | вдих |  |  |  |
| видих |  |  |  |
| пауза |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| Фізичні вади | |  |  |  |
| Суб'єктивні скарги | |  |  |  |
| Шкіра, підшкірна  клітковина і слизові | |  |  |  |
| Кістково-м'язова система | |  |  |  |

**стор. 3 ф. N 025-1/о**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1-е обстеження | 2-е обстеження | 3-є обстеження |
| Лімфатичні вузли |  |  |  |
| Порожнина рота |  |  |  |
| Органи травлення |  |  |  |
| Органи дихання |  |  |  |
| Органи кровообігу (артеріальний тиск) |  |  |  |

**стор. 4 ф. N 025-1/о**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1-е обстеження | 2-е обстеження | 3-є обстеження |
| Сечостатеві органи |  |  |  |
| Ендокринна система |  |  |  |
| Нервова система |  |  |  |
| Психічний стан |  |  |  |
| Органи зору |  |  |  |
| Верхні дихальні шляхи і органи слуху |  |  |  |

**стор. 5 ф. N 025-1/о**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1-е обстеження | 2-е обстеження | 3-є обстеження |
| Дані флюорографії і рентгену |  |  |  |
| Реакція Пірке |  |  |  |
| Реакція Манту |  |  |  |
| Лабораторні дослідження |  |  |  |
| Діагноз |  |  |  |
| Допущений до занять по фізкультурі (група) |  |  |  |
| Призначення лікаря |  |  |  |
| Підпис лікаря |  |  |  |

**стор. 6 ф. N 025-1/о**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ОЗДОРОВЧІ ЗАХОДИ:** **(направлення в санаторій, будинок відпочинку, надання дієтичного харчування,**  **переведення на іншу роботу і інші види оздоровчих заходів)** | | |
| Найменування заходів | Дата | |
| призначення | виконання |
| 1-е обстеження |  |  |
| 2-е обстеження |  |  |
| 3-є обстеження |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **СТАТИСТИЧНИЙ ТАЛОН** **для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів** | | |

Форму N 025-2/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 14 лютого 2012 року N 110)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **МЕДИЧНА КАРТА СТУДЕНТА N \_\_\_\_\_** | | |

Форму N 025-3/о виключено

(форму N 025-3/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 025-3/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ТАЛОН** **на прийом до лікаря** | | |

Форму N 025-4/о виключено

(форму N 025-4/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 025-4/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД     |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ТАЛОН** **амбулаторного пацієнта** | | |

Форму N 025-6/о виключено  
(згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я України   
від 31 жовтня 2012 року N 855,  
 від 29 березня 2013 року N 253,  
 від 29 травня 2013 року N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **Талон амбулаторного пацієнта** (скорочений варіант) | | |
| 1. Код лікаря, який розпочав лікування                    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  2. Код особи                                                                |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  3. Прізвище, ініціали пацієнта |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  4. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2  5. Дата народження                                                                |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                                                     (число, місяць, рік)  6. Адреса: вул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, буд. N \_\_\_\_\_\_, корп. \_\_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_\_  7. Працює: так - 1, ні - 2  8. Мета обслуговування: лікувально-діагностична - 1; консультативна - 2; диспансерний нагляд - 3;  профогляд - 4; медико-соціальна - 5; інша - 6  9. Випадок обслуговування: первинний - 1; повторний - 2   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 10. Місце обслуговування | Відвідування виконані (число, місяць) | Всього | | | відвідувань | днів | | Поліклініка |  |  |  | |  |  |  | | Вдома |  |  |  | |  |  |  | | вдома  Стаціонар                                  денний |  |  |  | |  |  |  | | | |

**стор. 2 ф. N 025-7/о**

|  |
| --- |
| 11. Діагноз заключний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ основний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                                                                                       Код за МКХ-Х \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| супутні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Для кожного із захворювань: гостре захворювання - 1; вперше зареєстроване хронічне - 2; раніше  відоме хронічне - 3; загострення хронічного - 8  12. Документ про тимчасову непрацездатність                                                    виданий      |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|       лікарняний листок                                               (число, місяць, рік)                                                    закритий     |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                  (число, місяць, рік)                                                    видана        |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|       довідка                                                                        (число, місяць, рік)                                                    закрита       |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                  (число, місяць, рік)  13. Випадок обслуговування: закінчений - 1; незакінчений - 2  14. Код лікаря, який закінчив лікування     |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|        **Підпис** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                  Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |

Форму N 026/о виключено

(форму N 026/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 026/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **КОНТРОЛЬНА КАРТА** **диспансерного нагляду** | | |

Форму N 030/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 14 лютого 2012 року N 110)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**   Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **КОНТРОЛЬНА КАРТА** **диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки та особою, яка має розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин** | | |

Форму N 030-1/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 31 жовтня 2012 року N 855)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**    Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **СТАТИСТИЧНИЙ ТАЛОН** **на хворого, який знятий з диспансерного нагляду психоневрологічного/наркологічного закладу у \_\_\_\_ р.** | | |

Форму N 030-2/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 31 жовтня 2012 року N 855)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **КОНТРОЛЬНА КАРТА** **диспансерного нагляду за особами групи ризику розвитку профпатології і з професійними захворюваннями** | | |
| |  |  | | --- | --- | | 1. Прізвище, ім'я та по батькові хворого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Стать: ч. - 1, ж. - 2  3. Дата народження    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                             (число, місяць, рік)  4. Домашня адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Цех, дільниця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Професія (посада) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8. Виробничі шкідливі умови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Стаж роботи в даних умовах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 10. Діагноз, встановлений вперше                |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                            (число, місяць, рік)  11. Захворювання, відповідно до якого взятий(а) на диспансерний нагляд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Взятий(а) на облік "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  13. Знятий(а) з обліку "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Підпис лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД        |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Міністерство охорони здоров'я України** |  |  |
| Найменування закладу |

**КОНТРОЛЬНА КАРТА   
диспансерного нагляду за хворими на туберкульоз**

Форму N 030-4/о виключено

(форма N 030-4/о у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588,  
 виключено згідно з наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**    Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТА** **хворого на злоякісне новоутворення N** | | |
|  | | |

Форму N 030-6/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 11 серпня 2014 року N 553)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **КНИГА** **запису викликів лікарів додому** **за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | |

Форму N 031/о виключено

(форму N 031/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 031/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ** **запису пологової допомоги вдома**  Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                                                                                  Закінчено: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |

Форму N 032/о виключено

(форму N 032/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 032/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |

Форму N 037/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 14 лютого 2012 року N 110)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |

Форму N 037-2/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 14 лютого 2012 року N 110)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Код форми за ДКУД | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Код закладу за ЄДРПОУ | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ |
| Найменування закладу | Затверджена наказом МОЗ України |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| N |\_\_|\_\_|\_\_| |

Форму N 039/о виключено

(форма N 039/о у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 28.01.2004 р. N 47,  
 виключено згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 31.10.2012 р. N 855)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ЩОДЕННИК** **обліку роботи лікаря стоматолога-ортодонта**         за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_ р.                                                                                                    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                                                                                                                                       (прізвище, ім'я, по батькові лікаря) | | |

Форму N 039-3/о виключено

(форма N 039-3/о із змінами, внесеними згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2007 р. N 58,  
 виключено згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України | | |  |  |
| Найменування закладу | | |
| **КАРТОЧКА** **попереднього запису на прийом до лікаря**  **на "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | | | |
| Прізвище лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_            кабінет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Черговий N | Години прийому | Прізвище, ім'я, по батькові хворого | | Адреса |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **МЕДИЧНА КАРТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО N \_\_\_**  **\_\_\_\_ р.** | | |

Форму N 043/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 14 лютого 2012 року N 110)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **КАРТА** **звернення за антирабічною допомогою**  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. (дата звернення) | | |
|  | | |

Форму N 045/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 11 серпня 2014 року N 553)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ** **обліку профілактичної роботи лікаря стоматолога**         Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                 Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
|  | | |

Форму N 049/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 11 серпня 2014 року N 553)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **Карта профілактичних флюорографічних досліджень**  Заведена |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                       (число, місяць, рік) | | |
|  | | |

Форму N 052/о виключено

(форму N 052/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 052/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
виключено згідно з наказом  Міністерства  
 охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |      |  |  |  | | --- | --- | --- | | Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України | | Найменування закладу  Райвіськкомат | | **Лікувальна карта призовника N \_\_\_** | | | | 1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                       (число, місяць, рік)  3. Місце проживання (адреса) призовника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Місце навчання (роботи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Найменування хвороби (висновок медичної комісії  при медогляді в РВК-приписці) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Термін явки                    Призначено з'явитися \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_ р.                    Надіслано нагадування про явку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_ р.                    З'явився \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_ р.  8. Знаходився під наглядом лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                    (дата) | | | | Л   І   Н   І   Я       В   І   Д   Р   І   З   У | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |      |  |  |  | | --- | --- | --- | | Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України | | Найменування закладу  Райвіськкомат | | **Відрізний талон** **лікувальної карти призовника N \_\_\_** (заповнюється і направляється через райздороввідділ в райвійськкомат після того, як призовник знятий з лікування) | | | | 1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                       (число, місяць, рік)  3. Місце проживання (адреса) призовника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Місце навчання (роботи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Найменування хвороби (висновок медичної комісії  при медогляді в РВК-приписці) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Термін явки                     Призначено з'явитися \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_ р.                     Надіслано нагадування про явку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_ р.                     З'явився \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць \_\_\_\_ р.  8. Знаходився під наглядом лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                   (дата) | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **стор. 2 ф. N 053/о** |  | **стор. 2 ф. N 053/о** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 9. Анамнез, дані попередніх оглядів і дані медогляду в 15 років \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Дані об'єктивного обстеження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  11. Дані рентгенодіагностики і лабораторного дослідження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Діагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  13. Попередній висновок про стан здоров'я і придатності до військової служби після того, як призовник знятий з обліку лікувального закладу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Лікуючий лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                                                                                                                                     (підпис)  **Головний лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                                                                                                                                    (підпис)  **Дані медичного нагляду** | | | | Дата  відвідувань | Дані поточного нагляду | Призначення | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | Л   І   Н   І   Я       В   І   Д   Р   І   З   У | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 9. Анамнез, дані попередніх оглядів і дані медогляду в 15 років \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Дані об'єктивного обстеження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  11. Дані рентгенодіагностики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Дані лабораторного дослідження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  13. Дані інших досліджень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  14. Яке проведено лікування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  15. Результат лікування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  16. Попередній висновок про стан здоров'я і придатності до військової служби після того, як призовник знятий з обліку лікувального закладу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  17. Знятий з обліку лікувального закладу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | Печатка  лікувального  закладу | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  Лікуючий лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                 (підпис)  Головний лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                    (підпис) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ІМЕННИЙ СПИСОК ПРИЗОВНИКІВ** | | |
| Іменний список призовників \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ років народження, які направлені для систематичного лікування в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                                                                          (найменування закладу)  Автономна Республіка Крим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  область (місто) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населений пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | N п/п | Прізвище, ім'я, по батькові | Рік народження | Місце проживання (докладна адреса) | Місце роботи (навчання) | Діагноз | Строки явки | | | призначено з'явитися (місяць, число) | з'явився (місяць, число) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |

**стор. 2 ф. N 054/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Прізвище, ім'я, по батькові | Рік народження | Місце проживання (докладна адреса) | Місце роботи (навчання) | Діагноз | Строки явки | |
| призначено з'явитися (місяць, число) | з'явився (місяць, число) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| |  |  | | --- | --- | | "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | **Районний воєнний комісар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |     **Примітка:** Облікова форма може бути використана і для списку призовників, які не з'явилися для систематичного лікування, шляхом зміни слова "направлені" на "не з'явилися", в таких випадках слова "районний воєнний комісар" змінюються на слова "головний лікар". | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ**  **дитини (підлітка) з незвичайною реакцією**  **на вакцинацію (ревакцинацію) БЦЖ** | | |

Форму N 055/о виключено

(форму N 055/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 055/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ**  **реєстрації обстежених на спеціалізованій медичній комісії**   |  |  | | --- | --- | | Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | | |
|  | | |

Форму N 056/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 11 серпня 2014 року N 553)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЛІКАРСЬКО-КОНТРОЛЬНА КАРТА** **фізкультурника і спортсмена**  Дата заповнення "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
| Організація (ДЮСШ, спортколектив) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вид спорту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N поліклініки за місцем проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  | | --- | --- | | 1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                 (число, місяць, рік)  3. Стать ч.-1, ж.-2  4. Домашня адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Професія, посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Освіта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. Житлові умови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Режим харчування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Перенесені: а) хвороби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  б) травми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в) операції \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 11. Вживання алкоголю: випадково, мало, багато, часто,  не вживає (підкреслити)  Паління: зі скількох років \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук в день, не палить (підкреслити)  12. Яким видом спорту переважно займається \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  13. Скільки часу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  14. Якими іншими видами спорту займався \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  15. По яких видах спорту приймав участь в змаганнях  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  16. Розряд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                               дата одержання кожного розряду  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                            з якого виду спорту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**стор. 2 ф. N 061/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17. Антропометричні дані   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | 1-е обстеження Дата огляду | | 2-е обстеження  Дата огляду | | 3-є обстеження  Дата огляду | | 4-е обстеження  Дата огляду | | |  | | | вік | оцінка\*) | вік | оцінка\*) | вік | оцінка\*) | вік | оцінка\*) | | Вага | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | Зріст стоячи | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | Об'єм грудної клітки | | вдох |  |  |  |  |  |  |  |  | | видих |  |  |  |  |  |  |  |  | | пауза |  |  |  |  |  |  |  |  | | розмах |  |  |  |  |  |  |  |  | | Спірометрія | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | Динамометрія | права кисть | |  |  |  |  |  |  |  |  | | ліва кисть | |  |  |  |  |  |  |  |  | | станова | |  |  |  |  |  |  |  |  |     18. Дані зовнішнього огляду   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Шкіра |  |  |  |  |  |  |  |  | | Видимі слизові оболонки |  |  |  |  |  |  |  |  | | Лімфатична система |  |  |  |  |  |  |  |  | | Жировідкладення |  |  |  |  |  |  |  |  | | Мускулатура |  |  |  |  |  |  |  |  | | Стан грижових воріт |  |  |  |  |  |  |  |  | | Грудна клітка |  |  |  |  |  |  |  |  | | Спина |  |  |  |  |  |  |  |  | | Стопа |  |  |  |  |  |  |  |  | | Ноги |  |  |  |  |  |  |  |  |     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*) Оцінка для дітей і підлітків до 17 років включно |

**стор. 3 ф. N 061/о**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 19. Найближчі дані спортивного анамнезу | | |
|  | 1-е обстеження  Дата огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 2-е обстеження  Дата огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Короткі дані про тренування і спортивні виступи |  |  |
| 20. Дані обстеження внутрішніх органів | | |
| Скарги |  |  |
| Органи дихання: верхні дихальні  шляхи, легені (аускультація) |  |  |
| Органи кровообігу: серце  (границі, аускультація) |  |  |
| Органи травлення:  язик, живіт (пальпація) |  |  |
| Сечостатева система |  |  |
| Ендокринна система |  |  |
| Нервова система |  |  |
| **Огляд спеціалістів:** | | |
| офтальмолога |  |  |
| отоларинголога |  |  |
| хірурга |  |  |
| травматолога |  |  |
| стоматолога |  |  |
| інших спеціалістів (вписати) |  |  |
|  |  |
|  |  |

**стор. 4 ф. N 061/о**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 3-е обстеження  Дата огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 4-е обстеження  Дата огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**стор. 5 ф. N 061/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число, місяць, рік обстеження | | | |  |  |  |  |
| До навантаження | | Дихання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| Пульс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| Характер пульсу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| Артеріальний тиск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| Після навантаження | ПУЛЬС | 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| 20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| 30 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| 40 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| 50 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| 60 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| Тиск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| Дихання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
| Характер пульсу | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Аускультація | | | Стоячи \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Лежачи \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 21. Висновок | | | | | | | |
| Фізичний розвиток | | | |  |  |  |  |
| Стан здоров'я (функціональний стан) | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Медична група | | | |  |  |  |  |
| Допуск до занять, змагань з... | | | |  |  |  |  |
| Направлений до спеціаліста | | | |  |  |  |  |
| Повторна явка | | | |  |  |  |  |
| Рекомендовано | | | |  |  |  |  |
| Примітка | | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЛІКАРСЬКО-КОНТРОЛЬНА КАРТА**  **диспансерного нагляду спортсмена** | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                   (лікарсько-фізкультурний диспансер)        Прізвище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ім'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  По батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ДСС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Вид спорту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Розряд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_           Прізвище тренера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата заповнення "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заповнюється на спортсменів, які взяті під диспансерний нагляд) | | |

**стор. 2 ф. N 062/о**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ**  I.Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                             (число, місяць, рік) | Стать: ч. - 1, ж. - 2 |     Домашня адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N поліклініки за місцем проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Освіта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Професія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тривалість робочого дня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сімейний стан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Житлові умови: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Режим харчування: регулярне, нерегулярне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз на день.  Вживання алкоголю: багато, мало, звично, випадково (підкреслити).  Паління: так, ні, з якого віку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  кількість цигарок в день \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Перенесені захворювання, операції, травми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Захворювання в сім'ї \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Зміни загальних відомостей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 3 ф. N 062/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗУ**  I. З якого віку почав займатися спортом і якими видами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Заняття основним видом спорту (початок занять, систематично, з перервами (більше півроку),  самостійно, під керівництвом тренера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Динаміка спортивної кваліфікації   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | | Розряд | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Вид спорту | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |     4. Динаміка спортивних результатів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 4 ф. N 062/о**

|  |
| --- |
| 5. Тренування в минулому, особливості: круглорічне, сезонне, різнобічне, вузькоспеціальне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Участь в змаганнях без достатньої підготовки, ні (підкреслити)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Чи були явища перетренування чи перенапруження (коли, причини, ознаки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8. Спортивні травми (коли, характер, локалізація, тяжкість, лікування, залишкові явища) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Самоконтроль в процесі тренування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 5 ф. N 062/о**

|  |  |
| --- | --- |
| **III. НАЙБЛИЖЧІ ДАНІ СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗУ** | |
| Дата обстеження | |
| 1. Коли і з якими результатами закінчив попередній спортивний рік (сезон) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. Тривалість і характер відпочинку після попереднього року (сезону) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Характеристика тренувань по періодах (коли почав тренування, частота, тривалість і характер тренувань) Чи змінив режим тренувань. Число проведених змагань, їх масштаби і результати): а) підготовчий період б) основний період в) активний відпочинок | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. Захворювання, спортивні травми, перетренування або фізична перенапруга в цьому спортивному році (сезоні) ||
| 5. Як оцінює спортсмен свою тренованість в даний період | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 6 ф. N 062/о**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| НАЙБЛИЖЧІ ДАНІ СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗУ | | |
|  | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 7 ф. N 062/о**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **АНТРОПОМЕТРИЧНІ ДАНІ** | | | |
|  | | Дата | Оцінка\*) |
| Вік | |  |  |
| Вага | |  |  |
| Зріст стоячи | |  |  |
| Зріст сидячи | |  |  |
| Шиї | |  |  |
| Плеча правого | Спокійно |  |  |
| Напружено |  |  |
| Плеча лівого | Спокійно |  |  |
| Напружено |  |  |
| Грудної клітки | Вдох |  |  |
| Видих |  |  |
| Пауза |  |  |
| Розмах |  |  |
| Стегна правого | |  |  |
| Стегна лівого | |  |  |
| Гомілки правої | |  |  |
| Гомілки лівої | |  |  |
| Плечовий | |  |  |
| Гр. фронтальний | |  |  |
| Гр. сагітальний | |  |  |
| Тазовий | |  |  |
| Динамометрія правої кисті | |  |  |
| Динамометрія лівої кисті | |  |  |
| Динамометрія станова | |  |  |
| Життєва місткість легень | |  |  |
| Загальна оцінка фізичного розвитку і відповідність його вказаному віку | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*) обов'язково для дітей і підлітків | | | |

**стор. 8 ф. N 062/о**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **АНТРОПОМЕТРИЧНІ ДАНІ** | | | | | |
| Дата | Оцінка\*) | Дата | Оцінка\*) | Дата | Оцінка\*) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*) в віці до 17 років включно | | | | | |

**стор. 9 ф. N 062/о**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  Скарги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ЗОВНІШНІЙ ОГЛЯД** | | | | |
| Шкіра | |  | | |
| Видимі слизові | |  | | |
| Лімфатична система | |  | | |
| Жировідкладення | |  | | |
| Мускулатура | |  | | |
| Опорно-руховий апарат | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| **ДАНІ ОБСТЕЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ** | | | | |
| Органи дихання | Верхні дихальні шляхи | | |  |
| Перкусія і аускультація легень | | |  |
| Органи кровообігу | Серцевий поштовх | | |  |
| Границя серця | | Права |  |
| Ліва |  |
| Аускультація | | Стоячи |  |
| Лежачи |  |
| Судини | | |  |
| Органи травлення | Язик | | |  |
| Печінка | | |  |
| Інші органи травлення | | |  |
| Сечостатева система |  | | | |
| Ендокринна система |  | | | |

**стор. 10 ф. N 062/о**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В И С Н О В О К     С П Е Ц І А Л І С Т І В | Травматолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Невропатолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Офтальмолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Отоларинголог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Стоматолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Гінеколог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Інші спеціалісти | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 11 ф. N 062/о**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 12 ф. N 062/о**

|  |
| --- |
| **ДАНІ РЕНТГЕНОСКОПІЇ (ФЛЮОРОГРАФІЇ)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 13 ф. N 062/о**

|  |
| --- |
| **ДАНІ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 14, 16 ф. N 062/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ** | | | | | | | | | | | | | |
| До навантаження: Пульс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Артеріальний тиск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дихання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| Дата | | 20 присідань | | | 15-секундний біг | | | | 3-хвилинний біг | | | | |
| Оцінка \_\_\_\_\_\_\_ | | | Оцінка \_\_\_\_\_\_\_ | | | | Оцінка \_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1' | 2' | 3' | 1' | 2' | 3' | 4' | 1' | 2' | 3' | 4' | 5' |
| Після навантаження: Характер пульсу | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Артеріальний тиск |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дихання |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Аускультація |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Інші тести визначення працездатності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |

**стор. 15, 17 ф. N 062/о**

|  |
| --- |
| **ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ**  Дата останнього тренування і загальна оцінка його навантаження: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Оцінка адаптації організму до фізичних навантажень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 18, 19 ф. N 062/о**

|  |
| --- |
| **ДАНІ ЕКГ І ІНШИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 20 ф. N 062/о**

|  |  |
| --- | --- |
| **ВИСНОВОК ПО ДИСПАНСЕРНОМУ ОБСТЕЖЕННЮ** | |
| Дата |  |
| Оцінка фізичного розвитку |  |
| Оцінка стану здоров'я (функціонального стану і працездатності) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Діагноз основний | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Діагноз супутній | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Допуск до тренувань |  |
| Загальні вказівки по режиму тренувань | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Допуск до змагань | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Рекомендовані лікувально-профілактичні заходи | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата повторного обстеження | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Підпис лікаря | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 21 ф. N 062/о**

|  |
| --- |
| **ВИСНОВОК ПО ДИСПАНСЕРНОМУ ОБСТЕЖЕННЮ** |
|  |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**стор. 22 ф. N 062/о**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Поточні і додаткові спостереження, лікарсько-педагогічні |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**стор. 23 ф. N 062/о**

|  |  |
| --- | --- |
| спостереження, призначення | Підпис лікаря |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **стор. 1** **ф. N 063-1/о** |  | **стор. 2 ф. N 063-1/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | |  | | --- | | Код форми за УКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |      |  |  |  | | --- | --- | --- | | Міністерство охорони здоров'я України  Ministry of Health of Ukraine |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України | | Найменування закладу | | **КАРТА ІМУНІЗАЦІЇ**  **IMMUNIZATION CARD** | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прізвище, ім'я, по батькові (Name, Surname)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата народження (Date of Birth)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Місце народження (Place of Birth)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата видачі та назва ЛПУ, що видала карту (Issued: Date and Place) | | | |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Тип  щепл. | Препарат  Vaccine | Дата  Date | Серія  Lot # | Підпис і печатка лікаря (ЛПУ)  Signature and stamp | | Проти туберку- льозу (TB) | V: |  |  |  | | RV: |  |  |  | |  |  |  |  | | Проти поліо- мієліту (Polio) | V: |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | RV: |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | V - Вакцинація;  RV - Ревакцинація | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **стор. 3 ф. N 063-1/о**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Тип**  **щепл.** | **Препарат**  **Vaccine** | **Дата**  **Date** | **Серія**  **Lot #** | **Підпис і печатка лікаря (ЛПУ)**  **Signature and stamp** | | Р. Манту |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | **стор. 4 ф. N 063-1/о**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Тип**  **щепл.** | **Препарат**  **Vaccine** | **Дата**  **Date** | **Серія**  **Lot #** | **Підпис і печатка лікаря (ЛПУ)** **Signature and stamp** | | Проти дифтерії, кашлюка, правця (Diphtheria, Pertussis, Tetanus) | V: |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | RV: |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **стор. 5 ф. N 063-1/о**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Тип**  **щепл.** | **Препарат**  **Vaccine** | **Дата**  **Date** | **Серія**  **Lot #** | **Підпис і печатка лікаря (ЛПУ)**  **Signature and stamp** | | Проти кору, краснухи, паротиту (MMR) |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | Проти гепатиту B (Hepatitis B) |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | **стор. 6 ф. N 063-1/о**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Тип**  **щепл.** | **Препарат**  **Vaccine** | **Дата**  **Date** | **Серія**  **Lot #** | **Підпис і печатка лікаря (ЛПУ)** **Signature and stamp** | | Проти інших інфекцій (Other infections) |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **стор. 7 ф. N 063-1/о**   |  | | --- | | **ПЕРЕНЕСЕНІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ**  **History of Infectious Diseases**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **ПРИМІТКИ**  **Remarks** | |  | **стор. 8 ф. N 063-1/о**   |  | | --- | | **Закон України**  **про забезпечення санітарного та епідемічного**  **благополуччя населення (від 24 лютого 1994 р.)**    *Ст. 27 Профілактичні щеплення*  Профілактичні щеплення з метою запобігання захворювань на туберкульоз, поліомієліт, дифтерію, кашлюк, правець та кір в Україні є обов'язковими.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  Карта імунізації видається пологовим будинком або кабінетом щеплення поліклінік, медсанчастин, здоровпунктів.  Карта імунізації зберігається її власником протягом життя та пред'являється при вступі до дитячого і навчального закладу, оформленні на роботу, призові до армії, відвіданні лікаря поліклініки, при госпіталізації та у випадку травми. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N** Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
|
| **МЕДИЧНА КАРТА N \_\_\_\_\_\_\_\_**  **хворого венеричним захворюванням**  Взятий(а) на облік   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                Дата складання повідомлення  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                (число, місяць, рік)                                                                                                                                                                                                          (число, місяць, рік) | | |
|  | | |

Форму N 065/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 11 серпня 2014 року N 553)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N** Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
|
| **МЕДИЧНА КАРТА N \_\_\_\_\_\_\_\_**  **хворого грибковим захворюванням**  Дата заповнення повідомлення "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р | | |
|  | | |

Форму N 065-1/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 11 серпня 2014 року N 553)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N** Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
|
| **ЖУРНАЛ**  **реєстрації медичної допомоги, яка надається на заняттях**  **фізичної культури і спортивних заходах**  **за \_\_\_\_ р.**  Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                                                                                  Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
|  | | |

**стор. 2 ф. N 067/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата і час реєстрації | Прізвище, ім'я, по батькові | Рік народження | Стать | Домашня адреса | До якої організації або фізкультурного колективу відноситься потерпілий | Ушкодження мало місце під час тренувань, занять, змагання (вписати) | Вид спорту, вправа, при якій наступила травма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**стор. 3 ф. N 067/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стаж (років, місяців) в даному виді спорту | Спортивний розряд або кваліфікація | Діагноз захворювання, травми (локалізація і характер ушкодження) | Причина, що призвела до ушкодження | Дана травма первинна чи повторна (вписати) | Надана медична допомога | Прізвище і посада того, хто надав медичну допомогу | Примітка |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N** Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
|
| **ЖУРНАЛ**  **медичного обслуговування фізкультурних заходів**  **за \_\_\_\_ р.**  Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                                                                                 Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
|  | | |

**стор. 2 ф. N 068/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата і години проведення спортивних заходів | Найменування заходів | Найменування організації | Назва спортивного об'єкта | Число учасників | Санітарна оцінка умов проведення заходів | Число відстрочених від участі в змаганнях |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**стор. 3 ф. N 068/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число відвідувань до медпункту | | Із числа учасників одержали спортивні травми | | Госпіталізовано | | Претензії до судійського апарату, оргкомітету і як їх розв'язали | Прізвище лікаря, медсестри, які обслуговували спортивні заходи | Примітка |
| учасників | інших | тяжкі | середньої тяжкості | учасників | інших |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  **ФОРМА N** Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ**  **запису амбулаторних операцій** **за \_\_\_\_ р.**  Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                              Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. |

Форму N 069/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 14 лютого 2012 року N 110)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ДКУД        |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N 070/о** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Затверджена наказом МОЗ України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_ |

Форму N 070/о виключено

(форма N 070/о у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 30.04.2009 р. N 288,  
 виключено згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ДКУД              |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| Код закладу за ЄДРПОУ       |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N 070-2/о** Затверджена наказом МОЗ України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ** **обліку довідок для одержання путівки на санаторно-курортне лікування**       |  |  | | --- | --- | | Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | | |

стор. 2 ф. N 070-2/о

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | П. І. П. особи, якій видана довідка, та повна адреса її проживання | Діагноз захворювання, з приводу якого хворий направляється на санаторно-курортне лікування (код за МКХ-10) | Номер довідки | Рішення лікарсько- консультативної комісії про виділення довідки (дата засідання, N протоколу) | Рекомендоване лікування (санаторно- курортне або амбулаторно- курортне) та місце лікування: курорт або місцевий санаторій | Профіль санаторію | Видача | | | | |
| дата видачі довідки (число, місяць, рік) | кому видана | | ким видана | |
| П. І. П. особи, яка отримала довідку | Підпис особи, яка отримала довідку | П. І. П. особи, яка видала довідку | Підпис особи, яка видала довідку |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(наказ доповнено формою N 070-2/о згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 30.04.2009 р. N 288)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ДКУД        |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Міністерство охорони здоров'я України** |  |  |
| Найменування закладу |

**ЗВЕДЕНА ВІДОМІСТЬ ОБЛІКУ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ТА ПРИЧИН СМЕРТІ В ДАНОМУ ЛІКУВАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ  
(серед дітей до 14 років включно)**

**за \_\_\_\_\_ квартал \_\_\_\_\_ рік**

Форма N 071/о втратила чинність

(форма N 071/о у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588,  
 втратила чинність згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 28.03.2012 р. N 214)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ДКУД        |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Міністерство охорони здоров'я України** |  |  |
| Найменування закладу |

**ЗВЕДЕНА ВІДОМІСТЬ ОБЛІКУ ЗАХВОРЮВАНЬ   
ТА ПРИЧИН СМЕРТІ В ДАНОМУ ЛІКУВАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ   
(серед дорослого населення 18 років і старші)**

**за \_\_\_\_\_ квартал \_\_\_\_\_ рік**

Форма N 071-1/о втратила чинність

(форма N 071-1/о у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588,  
 втратила чинність згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 28.03.2012 р. N 214)

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ЗВЕДЕНА ВІДОМІСТЬ ОБЛІКУ ВПЕРШЕ** **ЗАРЕЄСТРОВАНИХ ТРАВМ ТА ОТРУЄНЬ В ДАНОМУ ЛІКУВАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ**  **за \_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рік**  **Табл. 1000** | | |

Форма N 071-2/о втратила чинність  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 16 листопада 2018 року N 2112)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА N \_\_\_\_\_\_\_** **"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | |
|  | | |

Форму N 072/о виключено

(форму N 072/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 072/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом  Міністерства  
 охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА ДЛЯ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ**  Дата заповнення |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                         (число, місяць, рік) | | |

Форму N 076/о виключено

(форму N 076/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 076/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом Міністерства   
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ПУТІВКА N \_\_\_\_** **в дитячий санаторій**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування санаторію і медичний профіль)     терміном з "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |

Форму N 077/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 29 травня 2013 року N 435)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **НАПРАВЛЕННЯ** **в санаторій для хворих на туберкульоз** | | |
|  | | |

Форму N 078/о виключено

(форму N 078/о виключено згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,  
форму N 078/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,  
 виключено згідно з наказом  Міністерства  
 охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **МЕДИЧНА ДОВІДКА** **на учня, який від'їжджає в оздоровчий табір** | | |

Форму N 079/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 29 травня 2013 року N 435)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ДКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України Назва закладу |  |  |

**Медична довідка**  
**про стан здоров'я дитини, яка виїжджає за кордон у туристичну подорож, на відпочинок та оздоровлення**

Форму 079/1о скасовано

(наказ доповнено формою 079-1/о згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 02.06.2005 р. N 249,  
 форму 079-1/о скасовано у зв'язку із скасуванням наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 02.06.2005 р. N 249 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.09.2006 р. N 639)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Міністерство охорони здоров'я України |  |  | | Найменування закладу | | **КОРІНЕЦЬ** **медичного висновку N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **на дитину (підлітка)-інваліда з дитинства в віці до 16 років**  **від "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | | | 1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Дата народження                   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                          (число, місяць, рік) 3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. Місце проживання батьків (опікуна) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. Захворювання (патологічний стан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ відповідає розділу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пункту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпункту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "Переліку медичних показань" Дійсний до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. Дата переогляду "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  **Головний лікар**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                         (П. І. Б) (Заступник головного лікаря по мед. частині) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                           (підпис)  **Лікуючий лікар** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                  (П. І. Б)                                                          (підпис)  Направлено в районний (міський) відділ соцзабезпечення  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                     Поштова квитанція                        (дата) | | | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Міністерство охорони здоров'я України |  |  | | Найменування закладу | | **МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК N \_\_\_\_\_\_\_\_** **на дитину (підлітка) - інваліда з дитинства у віці до 16 років** **(направляється в орган соціального забезпечення за місцем проживання батьків або опікуна)**  **від "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | | | 1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                       (число, місяць, рік)  3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Місце проживання батьків (опікуна) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Захворювання (патологічний стан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **стор. 2 ф. N 080/о** |  | **стор. 2 ф. N 080/о** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 6. **Висновок.** Наявне захворювання (патологічний стан) відповідає розділу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пункту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпункту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "Переліку медичних показань, які дають право на одержання допомоги на дітей-інвалідів з дитинства у віці до 16 років", затвердженого Міністерством охорони здоров'я України від "05" грудня 1991 р. N 175  Висновок дійсний до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  Дата переогляду "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.      М. П.  **Головний лікар** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                            (П. І. Б.)                                   (Заступник                               головного лікаря                               по медичній частині) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                           (підпис)     **Лікуючий лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                                                                                         (П. І. Б.)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                                                                                          (підпис) | |  | |  | | --- | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **МЕДИЧНА КАРТА N \_\_\_\_\_\_\_\_\_** **хворого на туберкульоз**                                                                                                                                                                               Дата заповнення |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|                                                                                                                                                                                                                       (число, місяць, рік) | | |
|  | | |

Форму N 081/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 11 серпня 2014 року N 553)

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ДОВІДКА N \_\_\_\_\_** **про проходження профілактичного психіатричного огляду** | | |

Форму N 083-1/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 31 жовтня 2012 року N 855)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми  за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**   Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ**  **реєстрацій висновків медичних комісій по огляду громадян, які направляються на роботу в порядку організованого набору і громадського призову**      Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                                                                                       Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **стор. 2 - 3 ф. N 083-2/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Прізвище, ім'я, по батькові | Рік народження | Адреса постійного місця проживання | Підприємство, професія, вид роботи | Найменування підприємства, до якого проводиться набір робочих | Дата медичного огляду | Висновок про придатність до роботи в промисловості та будівництві | Власноручний підпис оглянутого | Підписи лікарів і голови комісії |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми  за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**    Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЛІКАРСЬКИЙ ВИСНОВОК** **про переведення вагітної на іншу роботу** | | |
| Прізвище, ім'я та по батькові вагітної \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Місце роботи і посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Вагітність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тижнів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Підстава для переводу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Рекомендована робота \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прізвище, ім'я та по батькові лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата видачі "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  Перевод здійснений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Посада керівника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Підпис** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           Дата видачі "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                             УЗГОДЖЕНО                         Голова профкому                                                       **Підпис** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми  за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**   Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **КАРТА ДІЛЬНИЧНОЇ МЕДСЕСТРИ**  **протитуберкульозного диспансеру, протитуберкульозного диспансерного відділення (кабінету) лікарні (поліклініки)**  почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |

Форму N 085/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 31 жовтня 2012 року N 855)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми  за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N    Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **МЕДИЧНА ДОВІДКА** **(лікарський професійно-консультативний висновок)** **заповнюється на абітурієнтів, які поступають у вищі учбові заклади, технікуми, середні спеціальні учбові заклади,**  **професійно-технічні, технічні училища; на підлітків, які поступають на роботу**  **від "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | |

Форму N 086/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 14 лютого 2012 року N 110)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми  за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**    Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **КНИГА**  **запису роботи юрисконсульта закладу охорони здоров'я**  **за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **стор. 2 ф. N 087/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Звернення: первинне, повторне | Прізвище, ім'я, по батькові | Вік | Адреса і місце роботи | Сімейний стан | Має дітей |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **стор. 3 ф. N 087/о** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Причина звернення | Вид наданої допомоги | Дата підготовки матеріалу щодо порушення справи | Результати розгляду | Примітка |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми  за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**    Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **НАПРАВЛЕННЯ**  **на обов'язковий попередній медичний огляд**  **працівника** | | |
| Прізвище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ім'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  По батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Рік народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Оформлення за професією (посадою) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Характеристика робочого місця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Додаток 1 п. п. \_\_\_\_\_\_\_\_ до наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.  Додаток 2 п. п. \_\_\_\_\_\_\_\_ до наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.  Підпис уповноваженої     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ власником особи                                             (підпис)  Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  Висновок медичної комісії  Придатний (непридатний) до роботи за професією (посадою), у контакті з небезпечними та шкідливими виробничими факторами, речовинами (згідно з положенням N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пп. наказу МОЗ України (у несприятливих умовах праці) згідно додатка пп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.  Місце печатки лікувально- профілактичного закладу (ЛПЗ)  **Заступник головного лікаря МСЧ** (ЛПЗ, поліклініки профогляду)                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Лікар-терапевт цехової (територіальної, лікарняної дільниці)      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зав. відділенням профілактики або  поліклініки профілактичних наглядів      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |

|  |
| --- |
| **стор. 2 ф. N 093/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПЛАН**  **диспансерного нагляду та його виконання** | | | | | | | | | | |
| Частота нагляду | | Огляд лікарями інших спеціальностей | | Назва і частота лабораторних, інструментальних і функціональних досліджень | | Основні лікувально-оздоровчі заходи | | Рекомендації по працевлаштуванню | | Висновки диспансеризації і ефективність |
| Призначено (дата) | З'явився (дата) | Призначено (дата) | Виконано (дата) | Призначено (дата) | Виконано (дата) | Призначено (дата) | Виконано (дата) | Призначено (дата) | Виконано (дата) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Підпис лікаря** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                            Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми  за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**    Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ДОВІДКА**  **про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації**  **(довідка видається лікувальним закладом для відшкодування шкоди,**  **заподіяної внаслідок дорожньо-транспортної пригоди)** | | |
| Видана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. народження,                                                                                 (прізвище, ім'я та по батькові)  проживаючого(ої) за адресою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в тому, що він(вона) дійсно знаходився(лась) на лікуванні у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ відділенні/поліклініці \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                    (назва медичного закладу)      з "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                          по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.     з "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                          по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  Направлений(а) на МСЕК "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                                             (в разі потреби направлення)  Довідка видана на підставі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                      **Головний лікар** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                                                                  (підпис)                                                                                           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                                        (П. І. Б. розбірливо) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми  за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**    Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА**  **ВАГІТНОЇ І ПОРОДІЛЛІ** | | | |
| Група крові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Резус-приналежність вагітної \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  її чоловіка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1. Взята на облік            |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                        (число, місяць, рік)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Реакція Вассермана I   "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. II  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                Результат дослідження на гонококи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Обстеження на токсоплазмоз  РЗК (за показаннями) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Шкірна проба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ РЗК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата народження          |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                        (число, місяць, рік)  Сімейний стан:     шлюб зареєстрований - 1,        не зареєстрований - 2,            одинока - 3  Домашня адреса, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Освіта: початкова, середня, вища (підкреслити)  Місце роботи, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Професія або посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ умови праці \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прізвище і місце роботи чоловіка, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Діагноз: вагітність (яка за N) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пологи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ускладнення даної вагітності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Екстрагенітальні захворювання (діагноз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Результат вагітності: аборт, пологи в строк, передчасні (підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тижнів. Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Особливості пологів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дитина: жива, мертва, маса (вага) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г, зріст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см  Виписалася, переведена до лікарні, померла в пологовому будинку (підкреслити)  Діагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |
| --- |
| **стор. 2 ф. N 111/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Анамнез**  Перенесені захворювання: загальні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Гінекологічні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Операції \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Статеве життя з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ років. Здоров'я чоловіка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Менструація з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ років і особливості \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Остання менструація з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  Перше ворушіння плоду "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ р.  **РЕЗУЛЬТАТ ПОПЕРЕДНІХ ВАГІТНОСТЕЙ**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | N  п/п | Рік | Чим закінчилася вагітність, при якому терміні | | | | Дитина народилася жива, мертва, маса (вага) | Дитина жива, померла, в якому віці | Особливості перебігу попередніх вагітностей | | абортами | | пологами | | | штуч- ними | мимо- вільними | перед- часними | в строк | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     **5. Перше обстеження вагітної**  Зріст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см. Маса (вага) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кг. Особливості будови тіла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Стан молочних залоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серцево-судинної системи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Артеріальний тиск: на правій руці \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на лівій \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Інші органи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Розміри таза: Д. Sp. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д. Cr. \_\_\_\_\_\_\_ Д. troch. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. ext. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                           C. diag. \_\_\_\_\_\_ C. vera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зовнішнє акушерське дослідження: висота дна матки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см  Окружність живота \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см. Положення плоду, позиція, вид \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Передлежання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серцебиття плоду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ВАГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**  Зовнішні статеві органи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шийка матки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тіло матки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Придатки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Особливості \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Діагноз: строк вагітності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тижнів Передбачуваний строк пологів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | **ПРИЗНАЧЕННЯ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |     **Підпис лікаря** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                              Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **стор. 3 ф. N 111/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Перебіг вагітності** | | | | | | |
| Дата |  |  |  |  |  |  |
| Скарги |  |  |  |  |  |  |
| Загальний стан |  |  |  |  |  |  |
| Маса (вага) |  |  |  |  |  |  |
| на правій руці  АТ -          на лівій руці |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Набряки |  |  |  |  |  |  |
| Окружність живота |  |  |  |  |  |  |
| Висота стояння дна матки |  |  |  |  |  |  |
| Положення плоду |  |  |  |  |  |  |
| Передлежача частина |  |  |  |  |  |  |
| Серцебиття плоду |  |  |  |  |  |  |
| Ворушіння плоду |  |  |  |  |  |  |
| Строк вагітності  (в тижнях) |  |  |  |  |  |  |
| Патологічні відхилення (діагноз) |  |  |  |  |  |  |
| Листок непрацездатності |  |  |  |  |  |  |
| Призначення: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Госпіталізація |  |  |  |  |  |  |
| Введення стафілококового анатоксину |  |  |  |  |  |  |
| Дата наступного відвідування |  |  |  |  |  |  |
| Підпис |  |  |  |  |  |  |
| Огляд терапевта |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Огляд стоматолога |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **стор. 4 ф. N 111/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Підготовка до пологів** | | | | | | | | | |
| Фізкультура | | | Ультрафіолетове опромінення | | | Школа матерів | | Психопрофілактична підготовка | |
| Дата | Строк вагітності | | Дата | Строк вагітності | | Дата | Строк вагітності | Дата | Строк вагітності |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **8. Патронажні відвідування** | | | | | | | | | |
| Дата | |  | |  |  | |  |  |  |
| Строк вагітності | |  | |  |  | |  |  |  |
| Скарги | |  | |  |  | |  |  |  |
| Загальний стан (набряки) | |  | |  |  | |  |  |  |
| на правій руці  АТ -           на лівій руці | |  | |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |
| Положення плоду | |  | |  |  | |  |  |  |
| Серцебиття плоду | |  | |  |  | |  |  |  |
| Рекомендації | |  | |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |
| **Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **стор. 5 ф. N 111/о** |

|  |
| --- |
| **9. Листок для підклеювання аналізів, обмінної карти і інших документів** |

|  |
| --- |
| **стор. 6 ф. N 111/о** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| 10. Допологова відпустка з "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Листок непрацездатності N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пологи "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. в строк, раніше, пізніше на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ днів (підкр.)  Пологи відбулися в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Післяпологова відпустка на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ днів          з "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                             Листок непрацездатності N \_\_\_\_\_\_\_\_\_  **11. Спостереження за породілею** | | | |
| Дата | Скарги | Дані обстеження | Поради, призначення |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Підпис лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Підпис зав. консультацією** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ДИТИНИ**  Група крові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Резус-приналежність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                   Увага: змінена реактивність | | |

Форму N 112/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 11 серпня 2014 року N 553)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ЗОШИТ** **обліку роботи вдома дільничної (патронажної) медичної сестри (акушерки)** **за \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | |
|  | | |

**стор. 2 ф. N 116/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Місяць і число | Прізвище, ім'я, по батькові | Дата народження (рік, місяць, число) | Адреса | Призначення | Дані обстеження | Відмітка про виконані призначення (рекомендації) | Підпис медичної сестри |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України | | | | |  | |  | | | | | |
| Найменування закладу | | | | |
| УЗГОДЖЕНО                                                                                                                                          ЗАТВЕРДЖЕНО    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_            (Прізвище, ім'я та по батькові фахівця)                                                                                                                                                      (Прізвище, ім'я та по батькові фахівця)    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                       (Назва санепідемстанції)                                                                                                                                                                               (Назва санепідемстанції)          "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                                                                                        "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  **СПИСОК** **осіб, які підлягають періодичному медичному огляду** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у \_\_\_\_ році** (назва закладу) | | | | | | | | | | | | |
| N п/п | Прізвище, ім'я та по батькові | Стать (чол., жін.) | Дата і рік народження | Цех, дільниця | | Професія, посада | | Шкідливість | Стаж роботи у даних умовах | Дата останнього огляду | Підлягає огляду | |
| спеціалістами (вказати, якими) | клінічними методами дослідження (вказати, якими) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |

**стор. 2 ф. N 122/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Підпис представника власника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                                                       (прізвище, ім'я та по батькові)  **Примітка:** Графи 9, 10 і 11 заповнюються лікувально-профілактичним закладом після одержання списків від власника підприємства (закладу, організації). | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **КАРТКА** **особи, яка підлягає медичному огляду**\* | | |
| 1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Стать: ч. - 1, ж. - 2  3. Рік народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                (число, місяць, рік) 4. Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 5. Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. Цех, дільниця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. Професія (посада) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. Підстава для попереднього і періодичного медогляду\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9. Підлягає огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10. Дата огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11. Спеціалістами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12. Клінічні обстеження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Заповнюється на контингент, який підлягає періодичним оглядам нетериторіальними поліклініками. Висновки кожного медичного огляду заносяться в окремі картки, які як додаток зберігаються разом з медичною картою амбулаторного хворого (ф. N 025/о).  \*\* Вказати шкідливість згідно з додатками N 1, 2 наказу Міністерства охорони здоров'я від 29.09.89 р. N 555.  Пункти 1 - 11заповнюються медичною сестрою або фельдшером здоровпункту згідно із списком осіб, які підлягають медичному огляду. | | |

**стор. 2 ф. N 123/о**

|  |
| --- |
| **ВИСНОВОК ПОПЕРЕДНЬОГО (ПЕРІОДИЧНОГО) МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ**\*  1. Дані огляду спеціалістами (вказати дату і висновок). 1.1. Терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.2. Хірург \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.3. Невропатолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.4. Окуліст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.5. Отоларинголог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.6. Гінеколог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.7. Дерматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.8. Інші спеціалісти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                     (вписати) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дані рентгенологічного (флюорографічного) обстеження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Дані клінічних (лабораторних) досліджень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Дані ЕКГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Діагноз основний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5.1. Супутні діагнози \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Лікарський висновок про професійну придатність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6.1. Придатний до праці \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6.2. Не придатний до праці \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. Направляється для поглибленого обстеження, лікування, медичної реабілітації    в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                (найменування лікувально-профілактичного закладу)  **Підпис лікаря** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                             (прізвище, ініціали)  Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Якщо попередній медичний огляд проводиться централізовано поліклінікою (відділенням) профілактичних оглядів, заповнена карта разом з висновком медичної комісії про придатність до роботи видається на руки особі, яка оглядається, для передачі у лікувально-профілактичний заклад, що обслуговує підприємство. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| Серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_  **МЕДИЧНА ДОВІДКА** **для отримання дозволу (ліцензії) на об'єкт дозвільної системи** | | |
| 1. Прізвище, ім'я та по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                    (число, місяць, рік)  3. Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Медичний огляд проведено з метою вирішення питання про наявність або відсутність медичних протипоказань для отримання ліцензії (дозволу) на: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                               (об'єкт дозвільної системи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. **Висновок лікарсько-консультативної комісії:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Медична довідка дійсна до: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | | Місце для фотокартки | | **Голова ЛКК** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                          (розбірливо)  **Члени ЛКК** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                           (розбірливо) |                                    М. П.                                                                     Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                лікувально-профілактичного                               закладу | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ** **реєстрації виданих (отриманих) бланків медичних довідок для отримання дозволу (ліцензії) на об'єкт дозвільної системи** | | |
|  | | |

**стор. 2 ф. N 127-1/о**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата отримання | Звідки отримані | Кількість | Серія та номер | Підпис особи, що отримала бланки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**стор. 3 ф. N 127-1/о**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата видачі | Кому видані | Серія та номер | Підпис особи, що видала бланки | Підпис особи, що отримала бланки | Залишок |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ** **обліку роботи кабінету інфекційних захворювань**  Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                                                                           Закінчено: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
|  | | |

**стор. 2 ф. N 128/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Прізвище, ім'я, по батькові хворого | Вік | Адреса | Первинний чи повторний | Причина звернення (вказати: первинний діагноз, контакт, реконвалесцент; на додаткові лабораторно- інструментальні методи обстеження і інші) | Висновок за даними клінічних і лабораторно- інструментальних методів дослідження | Висновок і призначення лікаря кабінету інфекційних захворювань |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ПРОТОКОЛ** **медичного огляду для встановлення факту вживання психоактивної речовини та стану сп'яніння**  **"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.** | | |

Форму N 129/о відмінено   
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 26 жовтня 2009 року N 774)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ** **реєстрації медичних оглядів для встановлення факту вживання психоактивної речовини та стану сп'яніння**  Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                                                                                Закінчено: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |

Форму N 129-1/о відмінено   
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України  
 від 26 жовтня 2009 року N 774)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| Найменування закладу |
| **КАРТА ОБЛІКУ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ N** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **медична карта амбулаторного хворого N** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | |
| 1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_           2. Стать: ч. - 1, ж. - 2               3. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                                                                                                                                                                                                                                                     (число, місяць, рік)  4. Адреса: район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місто - 1, село - 2  вул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ буд. N \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_  5. Місце роботи (навчання) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ цех \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел. служб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Професія (посада) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. Прикріплений в даній установі:  7.1. Для щорічної диспансеризації (номер/назва лікарської дільниці) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7.2. Для періодичного медогляду по проф- шкідливості, інша підстава \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз у рік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8. Прикріплений в інший установі (назва, відомство)   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата проведення медичного огляду по плану (вписати) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, місяць, рік) | | **Огляд проведено** (число, місяць, рік) | | | | | | |      |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Терапевтом | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Педіатром | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | | |

**стор. 2 ф. N 131/о**

|  |
| --- |
| **Обстеження проведено**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                                                        (число, місяць, рік) |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Флюорографія | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Туберкулінові проби | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Мамографія | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | ЕКГ | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Цитологічні дослідження мазків | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Обстеження в оглядовому кабінеті | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Мікрореакція з кардіоліпіновим антигеном | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Реакція Вассермана | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Дослідження мазків на гонококи | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Аналіз крові | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Аналіз сечі | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | Інші дослідження | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |                                                                                                                                                Група здоров'я: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Підпис лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Вперше виявлені при диспансеризації захворювання і фактори ризику  \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Записи в карті можуть бути використані тільки безпосередньо в лікувально-профілактичному закладі при плануванні і організації диспансеризації та складанні звітів встановленої форми. |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **КАРТОЧКА** **хворого цукровим діабетом**  Дата видачі "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
| 1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Телефон: домашній \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                      службовий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Поліклініка N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  району, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                 М. П.                                  **Головний лікар (підпис) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    *До відома осіб, які надають першу медичну допомогу:*  *У випадку втрати свідомості власником карточки необхідно терміново визвати бригаду швидкої допомоги або доставити в найближчий лікувально-профілактичний заклад.* | | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **Карта алергологічного дослідження**  Прізвище, ім'я, по батькові хворого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|             (число, місяць, рік) | | |

Форму N 134/о виключено  
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України   
від 31 жовтня 2012 року N 855)

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ПАСПОРТ** **хворого алергічним захворюванням** | | |
| Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                            (число, місяць, рік) Домашня адреса і телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Діагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Хворий(а) знаходиться під наглядом в алергологічному кабінеті з \_\_\_\_ р.      У хворого(ої) виявлена підвищена чутливість до таких алергенів:      1. Медикаменти і сироватки      2. Харчові продукти      3. Алергічні реакції на укуси та вжалення комах      4. Епідермальні алергени      5. Побутові алергени      6. Харчові алергени Вживає глюкокортикоїдні гормони (преднізолон, тріамсінолон, дексаметазон, ...) з \_\_\_\_ р. (доза на добу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_            Телефон алергологічного кабінету \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Підпис лікаря-алерголога** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_          Дата складання паспорта "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ** **обліку передрейсових оглядів водіїв і передзмінних оглядів робочих**      Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
|  | | |

**стор. 2 ф. N 139/о**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Прізвище, ім'я, по батькові | Табельний номер | Скарги | Пульс | t° тіла | Артер. тиск | Проба на наявність алкоголю | Підпис середнього медичного працівника |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| Серія \_\_\_\_\_ N **\_\_\_**  **СЕРТИФІКАТ** **про проходження профілактичного наркологічного огляду** | | |
| 1. Прізвище, ім'я та по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Дата народження  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                 (число, місяць, рік) 3. Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. Дата проходження огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. Результати огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ а) наркологічні протипоказання до виконання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                        (вид професійних обов'язків) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ б) наркологічні протипоказання до провадження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                                               (вид діяльності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. Результати обстеження, проведеного лікувально-консультативною комісією (у разі його проведення) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. Сертифікат дійсний до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Лікар-нарколог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М. П.** **лікаря-нарколога**  М. П. наркологічного закладу                                                    "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |

**стор. 2 ф. N 140/о**

|  |
| --- |
| **Інструкція про заповнення сертифіката**  1. Сертифікат заповнюється лікарями-наркологами територіального наркологічного закладу, що проводять профілактичний наркологічний огляд, а також головою лікувально-консультативної комісії територіального наркологічного закладу у разі її проведення.  2. Всі пункти сертифіката заповнюються розбірливо.  3. Прізвище, ім'я та по батькові обстежуваного вписуються повністю згідно з паспортними даними.  4. Висновок профілактичного огляду, в залежності від його мети, має чітко визначити наявність чи відсутність наркологічних протипоказань до виконання функціональних обов'язків, або провадження конкретних видів діяльності.  5. В кінці сертифіката повинно бути розбірливо вказано прізвище лікаря, стояти його підпис та кругла печатка наркологічного закладу; у разі проведення лікувально-консультативної комісії її висновок підписується головою комісії, завіряється круглою печаткою наркологічного закладу, що проводив профілактичний наркологічний огляд громадянина. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ |
| Найменування закладу | **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| **ЖУРНАЛ** **реєстрації виданих (отриманих) бланків сертифікатів** **про проходження профілактичного наркологічного огляду**   |  |  | | --- | --- | | Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | Закінчено"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | | |
|  | | |

**стор. 2 ф. N 140-1/о**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата отримання | Звідки отримані | Кількість | Серія та номер | Підпис особи, що отримала бланки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**стор. 3 ф. N 140-1/о**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата видачі | Кому видані | Серія та номер | Підпис особи, що видала бланки | Підпис особи, що отримала бланки | Залишок |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ |
| Найменування закладу | **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| **СВІДОЦТВО** **про право на проведення передрейсових (післярейсових)** **медичних оглядів водіїв транспортних засобів** | | |
| 1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                  (число, місяць, рік)  3. Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Пройшов(ла) навчання, склав(ла) залік, має право на проведення передрейсових (післярейсових)  медичних оглядів водіїв автотранспортних засобів.  7. Посвідчення дійсне до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     |  |  | | --- | --- | | **Керівник закладу** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                   (підпис) | | | М. П. закладу | Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | | |

**стор. 2 ф. N 141/о**

|  |
| --- |
| **Інструкція щодо заповнення свідоцтва**  1. Свідоцтво заповнюється керівником закладу, що проводить навчання медичних працівників методам передрейсових (післярейсових) медичних оглядів водіїв автотранспортних засобів.  2. Всі пункти свідоцтва заповнюються розбірливо.  3. Прізвище, ім'я та по батькові медичного працівника, що пройшов навчання та склав залік, вписуються повністю згідно з паспортними даними.  4. В кінці свідоцтва повинно бути розбірливо вписане прізвище керівника закладу, що проводив навчання, стояти його підпис і печатка закладу. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ |
| Найменування закладу | **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| **МЕДИЧНА КАРТА** **огляду водія (кандидата у водії) транспорту N \_\_\_** | | |
| 1. Прізвище, ім'я та по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Стать: чол. - 1, жін. - 2 (підкреслити)  3. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                 (число, місяць, рік)  4. Місце прописки: район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ буд. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Професія, посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Вид транспорту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8. Дата огляду в медичній комісії водіїв транспорту "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.   |  |  | | --- | --- | | **Висновок лікаря** | **Підпис** | | Хірург |  | | Невропатолог |  | | Терапевт |  | | Окуліст |  | | Отоларинголог |  | | Гінеколог (для жінок) |  | | Дерматолог |  |        |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | | Місце  для  фотокартки | | М. П.  лікувально-профілактичного закладу | | | |

**стор. 2 ф. N 142/о**

|  |
| --- |
| **Інструкція про заповнення медичної карти**  1. Медична карта заповнюється лікарями медичної комісії водіїв транспорту, що проводять попередній, періодичний чи позачерговий огляд водія (кандидата у водії) транспорту.  2. Всі пункти медичної карти заповнюються розбірливо.  3. Прізвище, ім'я та по батькові водія вписуються повністю згідно з паспортними даними.  4. Кожен лікар власноруч заносить до медичної карти висновок обстеження водія та ставить свій підпис.  5. У медичну карту наклеюють фотокартку обстежуваного водія. Дані обстеження завіряються печаткою лікувально-профілактичного закладу, при якому створено медичну комісію водіїв транспорту. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ |
| Найменування закладу | **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| **ПОСВІДЧЕННЯ** **водія про проходження медичної підготовки** | | |
| 1. Прізвище, ім'я та по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                 (число, місяць, рік)  3. Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Пройшов(ла) медичну підготовку водія, склав(ла) залік.  7. Посвідчення дійсне до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      |  |  | | --- | --- | | **Керівник закладу** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                       (підпис) | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | М. П. закладу | | | | |

**стор. 2 ф. N 143/о**

|  |
| --- |
| **Інструкція про заповнення посвідчення**  1. Посвідчення заповнюється керівником закладу, що проводить медичну підготовку водіїв.  2. Всі пункти посвідчення заповнюються розбірливо.  3. Прізвище, ім'я та по батькові водія, що пройшов медичну підготовку та склав залік, вписуються повністю згідно з паспортними даними.  4. В кінці посвідчення повинно бути розбірливо вказано прізвище керівника закладу, стояти його підпис і печатка закладу, що проводив медичну підготовку водія. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ |
| Найменування закладу | **ФОРМА N**  Затверджена наказом МОЗ України |
| **ЖУРНАЛ** **реєстрації виданих (отриманих) бланків медичних посвідчень водія**   |  |  | | --- | --- | | Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | | |
|  | | |

**стор. 2 ф. N 143-1/о**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата отримання | Звідки отримані | Кількість | Серія та номер | Підпис особи, що отримала бланки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**стор. 3 ф.** **N 143-1/о**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата видачі | Кому видані | Серія та номер | Підпис особи, що видала бланки | Підпис особи, що отримала бланки | Залишок |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ЖУРНАЛ** **комісії по медичному огляду водіїв для визначення їх придатності** **до керування транспортом**  Почато "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                 Закінчено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р. | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **стор. 2 ф. N 144/о** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Прізвище, ім'я, по батькові | Дата народження | Вид транспорту | Стаж керування транспортом |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **стор. 3 ф. N 144/о** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заповнюється тільки для інвалідів | | | Висновок | Примітка |
| група інвалідності | N пенсійного посвідчення | дата видачі пенсійного посвідчення |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **на звороті ф. N 144/о** |

|  |
| --- |
| **Інструкція про заповнення журналу**  1. Журнал заповнюється головою медичної комісії водіїв транспорту, що проводить попередній, періодичний чи позачерговий огляд водія (кандидата у водії) транспорту.  2. Всі пункти журналу заповнюються розбірливо.  3. Прізвище, ім'я та по батькові водія вписуються повністю згідно з паспортними даними.  4. Висновок у журналі має чітко визначити придатність або непридатність водія до керування конкретними видами транспорту, а також строк його чергового огляду у медичній комісії водіїв. |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **МЕДИЧНА КАРТА** **профілактичного наркологічного огляду** | | |
| **I. Загальні дані**  1.1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                     (число, місяць, рік)  1.2. Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.4. Дата проходження огляду"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.  1.5. Мета огляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |
| --- |
| **стор. 2 ф. N 145/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **II. Результати обстеження** |  |  |  | | **2.1. Травматологічний анамнез** |  | 2.2.5. Збільшення печінки:  відсутнє - (0)                     помітне - (1) помірне - (2)                      значне - (3) |  | | 2.1.1. Травма голови після повноліття:  так - (3)                                          ні (0) |  | | 2.1.2. Переломи кісток після повноліття:  так - (3)                                          ні (0) |  | **2.3. Лабораторне обстеження** |  | | **2.2. Клінічне обстеження** |  | 2.3.1. Активність ГГТ (гамма-глутамілтрансферази): |  | | 2.2.1. Ін'єктування кон'юктиви:  відсутнє - (0)                    помітне - (1) помірне - (2)                    значне - (3) |  | Нижня межа норми:           (0,17 - 0,63 для жінок,                                           0,25 - 1,01 для чоловіків) = (0)  Верхня межа норми:           (0,64 - 1,10 для жінок,                                           1,02 - 1,77 для чоловіків) = (1)  Вище норми:                        (більше, ніж 1,10 для жінок і                                             більше, ніж 1,77 для чоловіків) = (3) | | 2.2.2. Аномальна васкуляризація шкіри:  відсутня - (0)                    помітна - (1) помірна - (2)                     значна - (3) |  | | 2.2.3. Тремор рук:  відсутній - (0)                   помітний - (1) помірний - (2)                  значний - (3) |  | | 2.2.4.Тремор язика:  відсутній - (0)                   помітний - (1) помірний - (2)                  значний - (3) |  | |  |  | **Загальна сума балів:** |  | |

|  |
| --- |
| **стор. 3 ф. N 145/о** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **2.4. Психологічне тестування** |  |  |  |  |  | | 2.4.1. Як часто опитуваний споживає спиртні напої? |  | ніколи - | (0) | щомісяця - | (2) | | рідше, ніж раз на місяць - | (1) | щотижня - | (3) | | ніколи - | (0) | щомісяця - | (2) | щоденно або майже щоденно - | (4) | | раз на місяць або рідше - | (1) | щотижня - | (3) |  |  | | від двох до чотирьох разів на місяць - | (2) | щоденно або майже щоденно - | (4) | 2.4.8. Як часто протягом останнього року Він не міг пригадати, що трапилось під час останнього вживання алкоголю? |  | | від двох до трьох разів на тиждень - | (3) |  |  | | чотири рази на тиждень і більше - | (4) | 2.4.5 Як часто протягом останнього року Він пив більше, ніж було  потрібно? |  | | ніколи - | (0) | | рідше, ніж раз на місяць - | (1) | | 2.4.2. Скільки опитуваний звичайно випиває спиртного (відповідь класифікуйте в стандартних дозах чистого етилового спирту - етанолу. Виходьте з того, що така стандартна доза містить 10 г етанолу). |  | ніколи - | (0) | щомісяця - | (2) | | рідше, ніж раз на місяць - | (1) | щотижня - | (3) | | щомісяця - | (2) | щоденно або майже щоденно - | (4) | | щотижня - | (3) |  |  | | щоденно або майже щоденно - | (4) |  |  | | 1 чи 2 стандартні дози - | (0) |  |  | 2.4.9. Чи були у нього або ним завдані комусь іншому травми внаслідок вживання алкоголю? |  | | 3 чи 4 стандартні дози - | (1) | 2.4.6. Як часто протягом останнього року йому треба було випити вранці, щоб привести себе до ладу "після вчорашнього"? |  | | 5 чи 6 стандартних доз - | (2) | | 7 чи 8 стандартних доз - | (3) | ні - | (0) | | 10 чи більше стандартних доз - | (4) | ніколи - | (0) | так, але більше, ніж рік тому - | (2) | | 2.4.3. Чи часто Він випиває по 6 "стандартних доз" за один раз? |  | рідше, ніж раз на місяць - | (1) | так, протягом останнього року | (4) | | щомісяця - | (2) | 2.4.10. Чи казав йому хто-небудь із родичів та друзів, або лікарів чи інших медичних працівників про те, що потрібно менше пити? |  | | ніколи - | (0) | щотижня - | (3) | | рідше, ніж раз на місяць - | (1) | щоденно або майже щоденно - | (4) | | щомісяця - | (2) |  |  | ні - | (0) | | щотижня - | (3) | 2.4.7. Як часто протягом останнього року Він відчував себе винуватим чи відчував докори совісті після того, як випив? |  | так, але більше, ніж рік тому - | (2) | | щоденно або майже щоденно - | (4) | так, протягом останнього року | (4) | |  |  |  |  | | 2.4.4. Як часто протягом останнього року Він, почавши пити, вже не міг зупинитись? |  | ніколи - | (0) |  |  | | рідше, ніж раз на місяць - | (1) | **Загальна сума балів:** |  | |

|  |
| --- |
| **стор. 4 ф. N 145/о** |

|  |
| --- |
| **2.5. Дані додаткових обстежень**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **III. Висновок профілактичного наркологічного огляду**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Лікар-нарколог                          М. П.                              "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.**    **Інструкція про заповнення медичної карти**  1. Медична карта заповнюється лікарями-наркологами територіального наркологічного закладу, що проводять профілактичний наркологічний огляд.  2. Всі пункти медичної карти заповнюються розбірливо.  3. Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного вписуються повністю згідно з паспортними даними.  4. Висновок профілактичного огляду, в залежності від його мети, має чітко визначити наявність чи відсутність наркологічних протипоказань до виконання функціональних обов'язків, або провадження конкретних видів діяльності.  5. В кінці медичної карти повинно бути розбірливо вказано прізвище лікаря, стояти його підпис та печатка. |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Код форми за ЗКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Код закладу за ЗКПО |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міністерство охорони здоров'я України |  |  |
| Найменування закладу |
| **ПОСВІДЧЕННЯ** **про проходження навчання сучасним методам проведення** **профілактичних наркологічних оглядів** | | |
| 1. Прізвище, ім'я та по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|                                                 (число, місяць, рік)  3. Диплом про вищу медичну освіту: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Посада \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Пройшов(ла) навчання сучасним методам проведення профілактичних наркологічних оглядів, склав(ла) залік.  7. Посвідчення дійсне до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Керівник закладу** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                        "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ р.                                                             (підпис)          М. П.    **на звороті ф. N 146/о**  **Інструкція про заповнення посвідчення**  1. Посвідчення заповнюється керівником закладу, що проводить навчання лікарів-наркологів сучасним методам профілактичних наркологічних оглядів.  2. Всі пункти посвідчення заповнюються розбірливо.  3. Прізвище, ім'я та по батькові лікаря-нарколога, що пройшов навчання та здав залік, вписуються повністю згідно з паспортними даними.  4. В кінці посвідчення повинно бути розбірливо вказано прізвище керівника закладу, що проводив навчання, стояти його підпис, печатка закладу. | | |