

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____

Міністерство внутрішніх справ України
Медичний реабілітаційний центр МВС України «Миргород»

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____

Полтавська область, м. Миргород, вул. Українська 60,
Поштовий індекс 37600

Код за ЄДРПОУ **08733819**

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації

№ 003/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України № 110 від

14.02.2012

(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21.01.2016 № 29)

МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____

№ путівки _____

термін путівки _____

кімната № _____

1. Дата госпіталізації _____

(число, місяць, рік)

(година)

(хвилини)

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 ☐

3. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

4. Дата народження _____

(число, місяць, рік)

5. Вік _____

(кількість повних років, для дітей: до 1-го року – місяців; до 1-го місяця – днів)

6. Документ, що посвідчує особу _____

6.1. Номер документа, що посвідчує особу _____

6.2. Громадянство _____

(код країни)

7. Постійне місце проживання/перебування: місто – 1; село – 2 ☐

(область, район, населений пункт, _____)

7.1. Поштовий індекс _____

вулиця, будинок, квартира)

8. Місце роботи,
посада _____

(для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу, пільгова категорія; для інвалідів – вид і група інвалідності)

9. Ким направлений хворий _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

(код за ЄДРПОУ) _____

10. Діагноз при госпіталізації _____

(код за МКХ-10) _____

11. Відділення при госпіталізації _____

(код) _____

12. Відділення при виписці _____

(код) _____

13. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 ☐

14. Обстеження на ВІЛ-інфекцію _____

15. Група крові _____

16. Резус-приналежність _____

17. Реакція Васермана _____

(число, місяць, рік) _____

18. Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу _____

(назва лікарського засобу, характер побічної дії)

19. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2 ☐

19.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2 ☐

20. Дата виписки/смерті _____

(число, місяць, рік)

(година)

21. Проведено ліжко-днів _____

22. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми – вказати її вид: виробнича – 1; невиробнича – 2 ☐)

Назва діагнозу		Код за МКХ-10				
Основний						
☐						
☐						
☐						
☐						
☐						
☐						
☐						

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2 ☐

22.2. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Дата
(число, місяць, рік)

23. Медичні процедури та хірургічні операції

Дата (число, місяць, рік)	Час (години, хвилини)	Код процедури/ хірургічної операції	Назва процедури/хірургічної операції	Суміжний спеціаліст (прізвище, ім'я, по батькові, реєстраційний номер)	Вид анестезії* (реєстраційний номер лікаря- анестезіолога)	Ускладнення (код згідно з МКХ-10)
1	2	3	4	5	6	7

24. Інші види лікування _____
(вказати які)

25. Відмітки щодо видачі листків непрацездатності

№ _____ з _____ по _____

26. Працездатність: відновлена повністю – 1; знижена – 2; тимчасово втрачена – 3;
стійко втрачена – 4 (у зв'язку із захворюванням, з інших причин – підкреслити) ☐

27. Висновок для тих, хто поступає на експертизу _____

28. Результат лікування: виписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий(а) – 7 ☐

29. Спеціальні відмітки

онкологічний профілактичний огляд:
(число, місяць, рік)

обстеження органів грудної порожнини
(число, місяць, рік)

30. Виявлено на коросту: так -1; ні -2 ☐

32. З режимом дня та заборонаю
паління ознайомлений: так -1; ні -2 ☐

31. Виявлено педикульоз: так -1; ні -2 ☐

Дата Підпис _____
(число, місяць, рік) хворого

30. Застрахований(а): так [1]; ні [2] ☐

34. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

35. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

*Відсутня – 1; місцева – 2; загальна – 3; інша – 4.

Огляд лікаря

36. СКАРГИ ХВОРОГО: 1) біль

2) диспептичні явища (печія, гіркота, сухість в роті, спрага, здуття живота, відригування повітрям, їжею, присмак в роті) _____

3) апетит _____

4) характер стулу, його зміни (щоденно, проноси, закрепи. їх чергування, патологічні домішки) _____

Скарги, які стосуються інших систем та органів _____

37. Анамнез захворювання

Початок захворювання, причини, перебіг захворювання, попередні обстеження, лікування та його ефективність, санаторно-курортне лікування _____

Зміна ваги тіла _____

Анамнез життя

Спадковість _____ Матеріально-побутові умови _____

Професія, умови роботи _____ Шкідливі звички _____

Вірусний гепатит _____ тифи _____ туберкульоз _____

Алергія на медикаменти _____

Алергія на харчові продукти _____

Епідеміологічний анамнез. Контакт з інфекційними хворими _____

Перенесені операції _____

Перенесені гострі та хронічні захворювання _____

39. Дані об'єктивного огляду

Загальний стан _____ Статура _____

Харчування _____ вага _____ кг, зріст см. _____, І МТ _____ кг/м²

Набряки _____

Шкіряні покриви _____

Видимі слизові _____

Мигдалики _____

Периферійні лімфовузли _____

Кістково-м'язева система _____

ОРГАНИ ДИХАННЯ: Грудна клітка, форма _____, участь в диханні: _____

Легені: перкусійний звук (легеневий, коробочний, притуплення) _____

Дихання: везикулярне, жорстке, послаблене _____

Хрипи: сухі, вологі, крепітація: шум тертя плеври _____

ОРГАНИ КРОВООБІГУ: Область серця _____

Межі серця _____

Діяльність серця ритмічна, аритмічна _____

Тони серця чисті, приглушені, глухі _____

Шуми: систолічний, діастолічний на верхівці, на аорті _____

Пульс: доброго, задовільного, слабкого наповнення, ритмічний, аритмічний _____

Частота _____ уд. за 1 хв. _____

АТ на правій руці _____ мм рт. ст., АТ на лівій руці _____ мм рт. ст.

Периферійні судини _____

ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ. Огляд ротової порожнини _____

Язик: чистий, обкладений (білим нальотом, сірим нальотом; частково, повністю), вологий, сухий. Живіт: м'який, безболісний, здутий, напружений, приймає участь в акті дихання.

Біль при пальпації: в підребер'ї, лівому підребер'ї, епігастрії, точ. М-Буня по ходу тонкого (товстого) кишківника, в пр. лів. здухвинній ділянці _____

Печінка: не збільшена, збільшена _____

Характер поверхні печінки _____ краю _____

Жовчний міхур: не пальпується, пальпується _____

Симптоми жовчного міхура _____

Пальпація області підшлункової залози (больові точки) _____

Селезінка: не пальпується, пальпується _____

Випорожнення _____

ОРГАНИ СЕЧОВИДИЛЕННЯ: Нирки не пальпуються, пальпуються _____

Пальпація сечовивідних шляхів: безболісна, чутлива _____

Симптом Пастернацького: негативний, позитивний _____

Сечовиділення: вільне, ускладнене, чутливе, безболісне _____

НЕРВОВА СИСТЕМА. Свідомість _____

Вегетативні прояви _____

Характер сну _____

Параветебральні точки при пальпації: безболісні, чутливі в _____

Симптоми натягу: негативні, позитивні _____

ЕНДОКРИННА СИСТЕМА. Щитовидна залоза збільшена _____

однорідна, неоднорідна _____

ДІАГНОЗ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

ДІАГНОЗ: а) основний _____

б) ускладнення основного _____

в) супутній _____

40. План обстеження та лікування

План обстеження	План лікування
I. Аналізи клінічні:	1. Режим _____ Дієта _____
1. Крові: загальний (Л-формула), глюкозу, глікемічний профіль _____	2. Мінеральна вода: по _____ мл. _____ в день за (ч/з) хв. до (після) їжі. тепла (прохолодна), швидко (повільно).
2. Сечі: (загальний, по Нечипоренко на глюкозу, на діастазу) _____	3. Фітотерапія: чай № _____ КК _____
3. Калу: на яйця глистів, копрограму, приховану кров _____	4. Бальнеотерапія: ХВ _____ Перлинна _____ ВВ _____ ПДМ _____ ЦД _____ Д. Шарко _____ В. душ _____ Г./лД _____
II. Біохімічні аналізи крові:	5. Масаж: а) зональний _____
ФПП. ревмопроби, ПТІ, загальний холестерин, тригліцериди, сечова кислота, креатинін, сечовина _____	6. Електролікування: а) _____ б) _____ в) _____
III. Інструментальні методи:	7. Психотерапія: Аромотерапія: _____
1. RRS _____	8. Кишкові процедури: мікроклізми _____ зрошення _____
2. ФГДС _____	9. Теплолікування: а) озокерит _____
3. Дуоденальне зондування _____	10. Світлолікування: а) «Мілта» _____ б) лазеротерапія _____
4. РН-метрія _____	11. Інгаляторій: а) СКТ _____ б) інгаляції _____
5. Ультразвукові дослідження: ОЧП. нирок, малого тазу, передміхурової залози, сечового міхура _____	12. Вуглекисла ванна _____
6. Функціональна діагностика: ЕКГ. РЕГ. РВГ (нижніх, верхніх) кінцівок _____	13. Галотерапія _____
IV. Консультація спеціалістів:	14. Лікувально-оздоровчі процедури: а) ЛФК _____ б) Д. Євмінова _____
Уролога _____	15. Медикаментозне лікування: _____
Ендокринолога _____	_____
Стоматолога _____	_____
Дієтолога _____	_____
Фізіотерапевта _____	_____
V. Додатково: _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Лікар _____	_____

Біохімічні

45. ЕПІКРІЗ (перевідний, виписний)

Знаходився (лась) на лікуванні в МРЦ, з _____ по _____ 20 ____ р.

ДАНІ ОБСТЕЖЕННЯ

46. Аналіз крові

загальний: Нв _____ ер _____ лейкоц _____ ЦП _____ ШОЕ _____ тр _____ еоз _____ п/я _____

с/я _____ лімф _____ моно _____ баз _____

47. Глюкоза крові: _____

48. Аналіз крові біохімічний: _____

49. Аналіз сечі загальний

колір _____ прозорість _____ питома вага _____ реакція _____ білок _____ глюкоза _____ еритроц _____

лейк _____ епітелій _____

циліндри _____ слиз _____ солі _____ бактерії _____

50. Аналіз кала: я/гельм. _____, копрограма _____

51. ЕКГ: _____

52. УЗО, ФГДС, ректороманоскопія, дуоденальне зондування (протокол додається)

53. Консультація (уролога, ендокринолога) _____

54. ДІАГНОЗ ЗАКЛЮЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ

Назва діагнозу		Код за МКХ-10					
Основний							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу -1; супутнє захворювання -2 ☐

55. Лікування: _____

56. ЛІКУВАЛЬНІ ТА ТРУДОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Дієта № _____ 2. Диспансерний облік _____

3. Дообстеження та консультації за місцем проживання _____

4. Прийом мін. води _____

5. Фітотерапія _____

6. Сан. кур. лікування _____

7. Медикаментозне лікування _____

57. Ефективність лікування: виписаний(а): з одужанням -1, з поліпшенням -2, з погіршенням -3, без перемін -4, переведений(а) в другий лікувальний заклад -5. ☐

57.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

57.2. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Листок щоденного обліку хворих і ліжкового фонду

на 8.00 год. «__» _____ 20__ р.

Фактично розгорнуто ліжок	Перебувало хворих на 8.00 год. попереднього дня	Поступило	Виписано	Перебуває хворих
1	2	3	4	5

Керівник МРЦ _____

ДОВІДКА

Видана _____

в тому, що він (вона) дійсно знаходився (лась) на лікуванні в медичному реабілітаційному центрі МВС

України «Миргород» з _____

по _____

з діагнозом: _____

для пред'явлення по місцю вимоги.

**Заступник начальника
з медичних питань**

Лікуючий лікар

МРЦ МВС України «Миргород»

«Узгоджено»

Заст. нам. по мед. частині

ЗВІТ

по медреєстратурі за _____ 20__ р.

Всього використано путівок	Всього використано ліжко-днів	Всього запізень ліжко-днів	Всього дострокових ліжко-днів	Всього Продовжено ліжко-днів	Всього використано л-днів, по причині запізень і дострокових від'їздів

Продовжено путівок _____ шт.

Медреєстратор

ПОВІДОМЛЕННЯ
про включення персональних даних до бази персональних даних

Я, _____

(прізвище, ім'я та по батькові)

Медичний реабілітаційний центр МВС України «Миргород» повідомляє що надані Вами при заповненні анкети відомості, включені до бази персональних даних «Пацієнти» МРЦ МВС України «Миргород», утвореної з метою ведення облікових медичних форм, що містяться в анкеті, історії хвороби, інших документах і журналах для реалізації відносин у сфері охорони здоров'я відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, наказів МВС України та МОЗ України, положення та внутрішніх документів МРЦ. База персональних даних знаходиться за адресою: Полтавська обл., м. Миргород, вул. Українська, 60, 37600.

- 1) Відповідно до ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» Ви, як суб'єкт персональних даних маєте право: ваші персональні дані, її призначення та найменування, місцезнаходження її водільця чи розпорядника;
- 2) отримувати інформацію про умови надання доступу до персональних даних, зокрема інформацію про третіх осіб, яким передаються Ваші персональні дані, що містяться у базі персональних даних;
- 3) доступ до своїх персональних даних, що містяться у відповідній базі персональних даних;
- 4) отримувати не пізніше як за 30 календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи зберігаються Ваші персональні дані у відповідній базі персональних даних, а також отримувати зміст Ваших персональних даних, що зберігаються;
- 5) пред'являти вмотивовану вимогу із запереченням проти обробки своїх персональних даних органами державної влади, органами місцевого самоврядування при здійсненні їхніх повноважень, передбачених законом;
- 6) пред'являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх персональних даних будь-яким володільцем та розпорядником цієї бази, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними;
- 7) на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи;
- 8) звертатися з питань захисту своїх прав щодо персональних даних до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, до повноважень яких належить здійснення захисту персональних даних;
- 9) застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних. Передача Ваших персональних даних третім особам може здійснюватися лише на підставах, визначених законодавством України. Передача Ваших персональних даних третім особам на підставах, що не визначені законодавством України, може здійснюватися лише за Вашою згодою.

_____ (лінія відриву)

Я, _____

(прізвище, ім'я та по батькові)

посвідчую, що отримав/ла повідомлення про включення інформації про мене до бази персональних даних «Пацієнти» Медичного реабілітаційного центру МВС України «Миргород», утвореної з метою ведення облікових медичних форм, що містяться в анкеті, історії хвороби, інших документах і журналах для реалізації відносин у сфері охорони здоров'я відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, наказів МВС України та МОЗ України, положення та внутрішніх документів МРЦ, а також відомості про місцезнаходження бази персональних даних, про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних» та про осіб, яким мої дані надаються, для виконання зазначеної мети.

« _____ » 20 ____ року

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

ЗГОДА на збір, обробку та зберігання персональних даних

Я, _____

(прізвище, ім'я та по батькові)

шляхом підписання цього тексту, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01. 06. 2010 року, №2297-VI надаю згоду

Медичному реабілітаційному центру МВС України «Миргород»
(повна назва володільця, суб'єкта господарювання)

на збір, обробку та зберігання моїх особистих персональних даних: прізвище, ім'я, по батькові; дата народження; серія і номер паспорта (або іншого документа, що засвідчує особу), дата видачі та орган, що його видав; місце проживання або місце перебування фізичної особи; контактні телефони, у картотеках та/або за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи бази персональних даних «Пацієнти» суб'єкта господарювання з метою ведення облікових медичних форм, що містяться в анкеті, історії хвороби, інших документах і журналах для реалізації відносин у сфері охорони здоров'я відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, наказів МВС України та МОЗ України, положення та внутрішніх документів МРЦ.

Обсяг моїх персональних даних, які оброблятимуться в базі персональних даних «Пацієнти», визначається суб'єктом господарювання відповідно до вимог законодавства України. Передача моїх персональних даних третім особам здійснюється суб'єктом господарювання лише у випадках, передбачених законодавством України. Передача моїх персональних даних третім особам у випадках, не передбачених законодавством України, здійснюється лише за моєю згодою.

« _____ » 20 ____ року

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

«Особу та підпис _____

(№ _____ історії хвороби) перевірено.

Відповідальна особа _____

Медичний реабілітаційний центр
МВС України «Миргород»

Заявка на харчування

На _____

Всього _____ чол.

із них

р _____ чол.

к _____ чол.

ЧАЕС _____ чол.

харч. _____ чол.

_____ чол.

_____ чол.

*Заступник нач.
з мед. питань*

Реєстратор

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Міністерство внутрішніх справ України, Управління		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнена форма Полтавська обл., м. Миргород, вул. Українська 60, 37600		Форма первинної облікової документації № 003-4/о	
Код за ЄДРПОУ 08733819		ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 29.05.2013 №435	

Номер медичної карти стаціонарного хворого _____ Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____ Номер пагати _____

ЛИСТОК ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ

Відмітка про призначення та виконання									
Призначення	Виконання	Дата							
Режим	Лікар								
	Сестра								
	Лікар								
	Сестра								
	Лікар								
	Сестра								
	Лікар								
	Сестра								
	Лікар								
	Сестра								
Підписи	Лікар								
	Сестра								
	Лікар								
	Сестра								
	Лікар								
	Сестра								
	Лікар								
	Сестра								
	Лікар								
	Сестра								

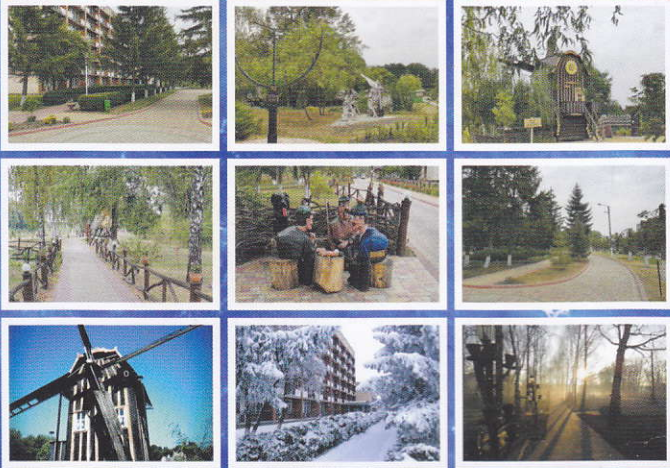
Міністерство внутрішніх справ України

Медичний реабілітаційний центр

«МИРГОРОД»



**САНАТОРНО-КУРОРТНА
КНИЖКА**



Наша адреса:
37602, Україна,
Полтавська обл., м.Миргород-2
Тел:(05355) 4-63-69

*Колектив МРЦ "Миргород" вітає Вас
із прибуттям на бальнеологічний курорт
«Миргород» і бажає відмінного самопочуття,
ефективного лікування та приємного відпочинку*

РОЗПОРЯДОК ДНЯ:

Підйом	7.00
Гігієнічна гімнастика	7.15 - 7.30
Ранковий туалет	7.30 - 8.00
Сніданок	8.30 - 9.30
Обхід лікаря	9.30 - 10.30
Процедури	8.00 - 16.00
Обід	13.30 - 14.30
Час відпочинку	14.30 - 16.00
Вечеря	18.30 - 19.30
Вечірні культурно-масові заходи	20.00 - 22.00
Вечірній туалет	22.30 - 23.00

Точне виконання всіх призначень лікаря, дотримання санаторного режиму - запорука хороших результатів курортного лікування.

**Р
К**

**САНАТОРНО-КУРОРТНА
КНИЖКА**

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Путівка № _____

Термін лікування з _____ по _____

Кімната № _____

Медичний реєстратор _____

реєстратура
т. (05355) 4-63-69
4-66-07

Діагноз:

Основний _____

Супутній _____

Медсестра: чергова т. 4-66-06

каб. № 208, 212

Лікар: _____

каб. № _____

ДО ВІДОМА ВІДПОЧИВАЮЧИХ:

ГРАФІК РОБОТИ ЇДАЛЬНІ

	1 зміна	2 зміна
Сніданок	8.30	9.15
Обід	13.30	14.15
Вечеря	18.30	19.15

1. Оплата за путівки проводиться в день приїзду у касі (3 поверх спального корпусу);
2. Виїзд з МРЦ до 24 години дня закінчення терміну путівки;
3. За три дні до від'їзду записатися в реєстратурі № 101 спального корпусу (цілодобовий медичний пост);
4. За день до від'їзду розрахуватися:
 - бібліотека _____
 - спортінвентар _____
 - інструктор ЛФК _____

На території центру та в номерах

ЗАБОРОНЕНО

- вживати алкогольні напої;
- порушувати спокій та відпочинок інших відпочиваючих;
- бути в нетверезому стані;
- відвідування відпочиваючих сторонніми особами без дозволу адміністрації;
- відвідувати їдальню у верхньому та спортивному одязі;
- виносити посуд та прибори з їдальні;
- виносити за межі МРЦ майно, яке є власністю центру.

ПРАВИЛА ПРОТИПОЖЕЖНОЇ БЕЗПЕКИ

ЗАБОРОНЕНО:

- КОРИСТУВАТИСЯ В НОМЕРАХ ЕЛЕКТРО-НАГРІВАЛЬНИМИ ПРИЛАДАМИ (ЕЛЕКТРОЧАЙНИКИ, ПРАСКИ ТА ІН.);
- ПАЛИТИ В НОМЕРІ.

БУДЬ ЛАСКА:

- ЗАЛИШАЮЧИ НОМЕР, НЕ ЗАБУВАЙТЕ ВИМИКАТИ ТЕЛЕВІЗОР, НАСТІЛЬНУ ЛАМПУ, ВОДУ.

Кімнату прийнято в справності

№ з/п	Назва майна	К-ть
1.	Телевізор	1
2	Радіоприймач	1
3.	Ліжко	2
4.	Стіл	1
5	Стільці	2
6.	Тумбочка	2
7.	Шафа	1
8.	Дзеркало	1
9.	Бра або настільна лампа	1
10.	Покривало	2
11.	Комплект постільної білизни	2
12.	Рушники махрові	2
13.	Рушники банні	2
14.	Рушники льняні	2
15.	Подушки	4
16.	Штори	2
17.	Гардини	1
18.	Килимок приліжковий	1
19.	Глечик	1
20.	Склянки	2
21.	Плічки для одягу	6
22.	Таз пластмасовий	1

Підпис відпочиваючого _____

Підпис молодшої сестри _____

Кімнату з попереднім переліком здано в справності

Підпис відпочиваючого _____

Підпис молодшої сестри _____

Медичні та інші послуги, які надаються за додаткову плату

Ультразвукові дослідження

- Дослідження ультразвукове комплексне для чоловіків: нирки + надниркові залози + сечовий міхур з визначенням залишкової сечі + передміхурова залоза
- Дослідження ультразвукове комплексне: матка + яєчники
- Дослідження ультразвукове молочних залоз (з двох сторін)
- Дослідження ультразвукове щитовидної залози

Лабораторні дослідження

- Визначення протромбінового часу з тромбопластинкальцієвою сумішшю у венозній крові
- Визначення сечовини
- Визначення С-реактивного протеїну, РФ
- Визначення загального холестерину
- Визначення бета-ліпопротеїдів у сироватці крові, тригліцеридів
- Визначення кальцію в крові
- Визначення сечовини креатиніну
- Проведення коагулограми

Лікувальні процедури

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| - Коктейль кисневий | - Галокамера |
| - Ванна гідромасажна | - Спірометрія |
| - Ванна з бішофітом | - Парафіно- |
| - Ароматерапія | озокеритолікування органів |
| - Синглетно-киснева терапія | опорно-рухового апарата та |
| (кисневі інгаляції) | сечо-статевої системи |
| - Гідроколонотерапія | - Душі (гідролазерний, |
| - Сухі вуглекислі ванни | циркулярний, Шарко) |

Стоматологія

- Знеболювання провідникове в терапії
- Зняття зубного каменю, нальоту
- Накладання пломби при реставрації до 1/3 коронки зуба
- Накладання пломби при реставрації до 2/3 коронки зуба
- Накладання пломби при реставрації усієї коронки зуба

Медичні послуги, які надаються і входять у вартість путівки в МРЦ МВС України «Миргород»

1. Первинний та наступний огляди лікарем
2. Внутрішнє вживання мінеральної води
3. Дієтотерапія
4. Лікувальна фізкультура
5. Парафіно-озокеритолікування органів травлення та цукрового діабету
6. Мінерально-перлинні, хвойні ванни
7. Лікувальні душі
8. Лікувальний масаж
9. Промивання кишечника
10. Лікувальні мікроклізми
11. Інгаляції (аерозотерапія)
12. Лікувальні чаї
13. Психотерапія (сеанс лікувального сну)
14. Фізіотерапевтичні процедури

15. Медикаментозне лікування, надання невідкладної медичної допомоги

16. Стоматологічні послуги:

- перша допомога у фазі загострення
- первинний огляд хворого
- консультація хворого

17. Діагностика:

- лабораторні обстеження - загальноклінічні, біохімічні (за виключенням досліджень, що не відповідають профілю МРЦ), цукор крові
- інтрагастральна РН-метрія
- езофагофіброгастроскопія
- ультразвукові дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози
- ректолманоскопія
- електрокардіограма
- дуоденальне зондування

Сервісні послуги, які надаються

- Автостоянка

- Більярд

- Теніс

- Кіно

- Прокат човнів, катамаранів

- Прокат вудок

- Прокат лиж

Призначення лікаря на прийом

[illegible]

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ВИМІРИ

	При поступленні	В процесі лікування	При виписці
Зріст			
Вага			
Артеріальний тиск			

Режим руху:

щадний, тонізуючий, тренувальний

Ранкова гігієнічна гімнастика

Дозволені екскурсії: далекі, близькі

Теренкур. Маршрут №

Сонячні ванни

Повітряні ванни

Купання в річці

Лікувальна гребля

Час відпочинку: дотримуватися, не дотримуватися

Спортивні ігри

Дієта

**ПРИЗНАЧЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ
«МИРГОРОДСЬКА»**

1. По ____ гр. - 3 рази протягом дня за ____ хвилин до прийому їжі, температура ____, пити малими ковтками;

2. По ____ гр. - 3 рази протягом дня за 45 хвилин до прийому їжі, температура, пити звичайними ковтками;

3. По ____ гр. - 3 рази на добу за 1 год. - 1,5 год. до їжі або через 60 хвилин після прийому їжі, температура ____, пити ковтками.

Лікувальні ванни

кабінет № 11

Чоловічі дні: вівторок, четвер, субота

Жіночі дні: понеділок, середа, п'ятниця

Дата	Темпера- тура	Тривалість	Відмітка про виконання
1. Мінерально-«перлинні»			
2. Мінерально-хвойні			
3. Бішофітні			
4. «Перлинно»-бішофітні			

Підводний душ-масаж

кабінет №

[illegible]

Лікувальні душі

кабінет № 17

Чоловічі дні: понеділок, середа, п'ятниця

Жіночі дні: вівторок, четвер, субота

Дата	Назва процедури	Температура	Тривалість	Відмітка про виконання
1. Шарко				
2.Циркулярний				
3.Висхідний				
4.Гідролазерний				

кабінет № 22

Години чоловічі: 12.00 -13.00

жіночі: 11.00 -12.00

[illegible]

Фізіотерапевтичні процедури (світлолікування)

кабінет № 42, № 38

[illegible]

**Фізіотерапевтичні процедури
(електролікування)**

кабінет № 41

Дата	Назва процедури	Дозування	Відмітка про виконання

ІНГАЛЯТОРІЙ
Лікувальні інгаляції
год. 8.00-11.00

кабінет № 19
СКТ (інгаляції)
год. 8.00-11.00

Дата	Відмітка про виконання	Дата	Відмітка про виконання

Парафін-озокеритолікування
11.00 -13.00

кабінет № 27-А

Дата	Місце аплікації	Температура	Відмітка про виконання

20

Лікувальна фізкультура
спортзал
група

кабінет № 39

режим
Відвідування занять

Дата	Назва процедури	Дозування	Відмітка про виконання

Профілактор Євмінова

21

кабінет №26

[illegible]

22

кабінет №

[illegible]

23

Ароматерапія	кабінет №.37
13.00 -13.20	(14.00 -14.25)

13.00 -13.20

кабінет №.37
(14.00 -14.25)

[illegible]

24

Діагностичні призначення

[illegible]

25

9.00 - 11.00 (вихідні: субота, неділя) кабінет № 213

26

Цілодобово кабінет №212

27

Стоматологічне лікування кабінет № 30

Дата	Назва процедури	Відмітка про виконання

ФІТОБАР
12.30 -13.30

Лікувальні чаї
кабінет № 18

Дата	Назва чаю	Спосіб прийому
1 Шлунковий		
2. Жовчогінний		
3. Проносний		
4. В'яжучий		
5. Протидіабетний		
6. Грудний		
7. Заспокійливий		

ФІТОБАР

кабінет № 18

години 11.00 -12.00

[illegible]

CBB

кабінет № 12

години 8.00 -12.00

[illegible]

Галокамера

кабінет № 114

години 14.00 -15.00

[illegible]

Лікуючий лікар

32

Інші процедури

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or printed text on the paper.

Лікуючий лікар

33

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears slightly aged or off-white. There is no handwriting or other markings on the page.

34

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

35

Наші поради

Ви пройшли курс лікування в нашому МРЦ «Миргород» і від'їжджаєте з покращенням стану Вашого здоров'я. В домашніх умовах необхідно уникати причин, які несприятливо діють на організм. Правильно чергувати працю і відпочинок, достатній сон, дотримуватись режиму харчування.

Несприятливо впливає на шлунок вживання дуже гострої та дразливої їжі, швидка їжа, погане пережовування їжі, харчування всухом'ятку, куріння і вживання алкоголю також шкідливо діють на слизову шлунку, печінку.

Важливо слідкувати за порожниною рота, лікувати і протезувати зуби.

2 рази в рік, на протязі 20 днів, необхідно приймати мінеральну воду (вживати що підкреслено) Миргородську, Єсентуки № 4 і № 17, Арзні, Поляна Квасова, Боржомі, Березовська, Лужанська, Смирновська, а також лікарські трави.

Ключ від кімнати отримав

Підпис відпочиваючого _____

Ключ від кімнати здав

Підпис відпочиваючого _____

Підпис медсестри _____

**При від'їзді з МРЦ МВС України "Миргород"
таксі можна замовити за телефоном:**

1563, 4-11-11, (05355)5-71-71

**Щасливої дороги і до
наступної зустрічі!**