

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ: 	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 025/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 14.02.2012 № 110
--	---

МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО № _____	
Код хворого: 	Дата заповнення карти: (число, місяць, рік)

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____ 2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 ☐	3. Дата народження: (число, місяць, рік)	4. Телефон: дом. _____ робочий _____
5. Місце проживання хворого: _____		
6. Місце роботи, посада: _____		
7. Диспансерна група (так – 1, ні – 2) ☐		
8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків, які віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9 ☐		
9. Номер пільгового посвідчення: 		
10. Взятий(а) на облік: з приводу _____ (число, місяць, рік) з приводу _____ (число, місяць, рік)	11. Знятий(а) з обліку: (причина) _____ (число, місяць, рік) (причина) _____ (число, місяць, рік)	

I. СИГНАЛЬНІ ПОЗНАЧКИ

Група крові

Резус-фактор

Переливання крові (коли, скільки)

Цукровий діабет

Інфекційні захворювання

Хірургічні втручання

Алергологічний анамнез

Непереносимість лікарських препаратів

(негативні побічні дії лікарських засобів)

(вказати, яких)

Фактори ризику

Лікуючий лікар

(прізвище, підпис)

[illegible]

III. ВІДОМОСТІ ПРО ЩЕПЛЕННЯ:

[illegible]

IV. ЛИСТОК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ

Найменування обстеження	Кабінет №	Рік і дата проведення				
1	2	3				
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки						
Огляд гінеколога та пальпація молочних залоз						
Цитологічне дослідження						
Мамографія						
Огляд хірурга (уролога): пальцеве обстеження прямої кишки						

V. СТРОКИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

[illegible]

VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ		
Найменування		

[illegible]

VII. ВІДОМОСТІ ЩОДО СТРАХУВАННЯ

[illegible]

VIII. ЩОДЕННИК

[illegible]

VIII. ЩОДЕННИК

[illegible]

VIII. ЩОДЕННИК

[illegible]

[illegible]