

ВЫПИСНОЙ (ПЕРЕВОДНОЙ) ЭПИКРИЗ

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), ОГРН (ОГРНИП): _____

Наименование отделения (структурного подразделения): _____

Номер медицинской карты _____

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: _____ Пол: _____

Регистрация по месту жительства:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Поступил: в стационар - 1, в дневной стационар - 2

Период нахождения в стационаре, дневном стационаре: с "___" _____ 20__ г. время: ___ час. ___ мин. по "___" _____ 20__ г. время: ___ час. ___ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации: _____

Исход госпитализации: выписан - 1, в том числе в дневной стационар - 2, в стационар - 3.

Результат госпитализации: выздоровление - 1, улучшение - 2, без перемен - 3, ухудшение - 4.

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1, экстренная - 2 (указать) _____

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации: _____

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Состояние при поступлении:

Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация:
Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии:

Результаты медицинского обследования:

Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию),
медицинских изделий, лечебного питания:

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов:

Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об
анестезиологическом пособии:

Медицинские вмешательства:

Дополнительные сведения:

Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности:

Рекомендации:

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись
лечащий врач _____

заведующий отделением _____

"__" _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.