

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА,  
ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,  
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

N \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Пол: мужской - 1, женский - 2

Поступил в стационар - 1, в дневной стационар - 2 (указать): \_\_\_\_\_

Дата и время поступления: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Поступил через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы, отравления.

Направлен в стационар (дневной стационар): поликлиникой - 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи - 2, полицией - 3, обратился самостоятельно - 4, другое - 5 (указать) \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), направившей пациента: \_\_\_\_\_

Номер и дата направления: \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Поступил в стационар (дневной стационар) для оказания медицинской помощи в текущем году: по поводу основного заболевания, указанного в диагнозе при поступлении: первично - 1, повторно - 2.

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1, экстренная - 2.

Наименование отделения: \_\_\_\_\_ профиль коек \_\_\_\_\_ палата N \_\_\_\_\_

Переведен в отделение: \_\_\_\_\_ профиль коек \_\_\_\_\_ палата N \_\_\_\_\_

Дата и время перевода: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Выписан: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации: \_\_\_\_\_

Диагноз при направлении:

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении):

Дата и время установления диагноза при поступлении: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

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 \_\_\_\_\_

В анамнезе: туберкулез \_\_\_\_\_ ВИЧ-инфекция \_\_\_\_\_ вирусные гепатиты \_\_\_\_\_

сифилис \_\_\_\_\_ COVID-19 \_\_\_\_\_

Осмотр на педикулез, чесотку: да - 1, нет - 2, результат осмотра: \_\_\_\_\_

Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: \_\_\_\_\_

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (год, осложнения, реакции): \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ резус-принадлежность \_\_\_\_\_ антиген K1 системы Kell \_\_\_\_\_

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) \_\_\_\_\_

Диагноз клинический, установленный в стационаре, дневном стационаре:

Дата и время установления клинического диагноза: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

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 \_\_\_\_\_

Проведенные оперативные вмешательства (операции):

Дата проведения	Наименование оперативного вмешательства (операции), код согласно номенклатуре медицинских услуг	Вид анестезиологического пособия	Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл.

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

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), куда переведен пациент

Результат госпитализации: выздоровление - 1, улучшение - 2, без перемен - 3, ухудшение - 4, умер - 5.

Умер в \_\_\_\_\_ отделении: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Умерла беременная: 1 - до 22 недель беременности, 2 - после 22 недель беременности.

Оформлен листок нетрудоспособности: N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дубликат листка нетрудоспособности N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

освобождение от работы с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

продление листка нетрудоспособности:

N \_\_\_\_\_ освобождение от работы с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

N \_\_\_\_\_ освобождение от работы с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

приступить к работе с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

явка в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации) "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи (фамилия, имя, отчество (при наличии)):

Выдано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ): "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:

фамилия, имя, отчество (при наличии), номер контактного телефона \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о пациенте \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, специальность \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) заведующего отделением \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_

#### СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Гражданство: \_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_ адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Местность: городская - 1, сельская - 2.

Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в зарегистрированном браке - 2, неизвестно - 3.

Общее образование: 1 - дошкольное образование; 2 - начальное общее образование; 3 - основное общее образование; 4 - среднее общее образование; профессиональное образование: 5 - среднее профессиональное образование; 6 - высшее образование; неизвестно - 7.

Занятость: работает - 1, проходит военную и приравненную к ней службу - 2, пенсионер - 3, обучающийся - 4, не работает - 5, прочее - 6 \_\_\_\_\_.

Для детей: дошкольник, организован - 7, дошкольник, не организован - 8, школьник - 9; социальное положение: ребенок-сирота - 10, без попечения родителей - 11, проживающий в организации для детей-сирот - 12. Место работы, место учебы, наименование дошкольного образовательного учреждения, наименование \_\_\_\_\_

организации \_\_\_\_\_ для \_\_\_\_\_ детей-сирот: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Должность (для работающего): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Группа инвалидности: \_\_\_\_\_

Лицо, подвергшееся радиационному облучению: да - 1, нет - 2

Полис обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования:  
"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом  
или определенной застрахованному лицу:

\_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Основной вид оплаты: обязательное медицинское страхование - 1, средства  
бюджета (всех уровней) - 2, платные медицинские услуги - 3, в том числе  
добровольное медицинское страхование - 4, другое - 5 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сведения об ознакомлении с медицинской документацией: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_