



Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_

Обоснование диагноза (при наличии дополнительных сведений): \_\_\_\_\_

Назначения: \_\_\_\_\_

Выполнены медицинские вмешательства: \_\_\_\_\_

План обследования (дополнения к плану): \_\_\_\_\_

План лечения (дополнения к плану): \_\_\_\_\_

Этапный эпикриз (заключение лечащего врача, по результатам оценки изменение состояния пациента с момента госпитализации, изменение локального статуса (при наличии, заполняется каждые 10 дней):

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись