МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

для оформления в учреждение стационарного социального обслуживания

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту_____

_____

Арес_____

_____

Ф.И.О_____

Год рождения _____

Домашний адрес_____

_____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевта:

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Фтизиатра:

Дата осмотра_____диагноз_____

_____

Хирурга:

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Дерматовенеролога:

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Окулиста:

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Стоматолога:

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Гинеколога (жен):

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Невролог (кроме женщин старше 70 л):

дата осмотра_____диагноз_____

_____

_____

Нарколога (кроме женщин старше 70 л):

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Психиатра (при оформлении в дом-интернат общего типа - кратко статус):

дата осмотра_____диагноз_____

_____

_____

_____

Флюорография

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Осмотр на педикулез

дата осмотра_____диагноз_____

_____

Сведения о прививках (с указанием даты прививки, дозы, серии и номера вакцины, производитель)

_____

_____

_____

_____

_____

Результаты бактериологических исследований (с указанием номера и даты готовности):

Кишечная группа «____» _____ 20___ г. _____

Мазок на BL «____» _____ 20___ г. _____

Гонорея «____» _____ 20___ г. _____

RW «____» _____ 20___ г. _____

ВИЧ «____» _____ 20___ г. _____

Яйца гельминтов «____» _____ 20___ г. _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ (о возможности/невозможности нахождения в стационарном социальном учреждении, с указанием типа учреждения (общий, психоневрологический), состояния здоровья (полностью себя обслуживает, нуждается в частичном постороннем уходе, нуждается в полном постороннем уходе)

Возможно / невозможно нахождение в стационарном социальном учреждении

не нужное зачеркнуть

общего / психоневрологического типа

ненужное зачеркнуть

полностью себя обслуживает, нуждается в частичном постороннем уходе,

ненужное зачеркнуть

нуждается в полном постороннем уходе

Председатель ВК: _____ _____

подпись (расшифровка подписи) МП ВК

Дата выдачи: «___» _____20 ___ г.

Главный врач _____ _____

подпись (расшифровка подписи)

М.П.