Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации |  | Код формы по ОКУД |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Владивостокская поликлиника №4 |  | Код организации по ОКПО | 2766685483 |
|  | Медицинская документация |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Адрес | ул. Давыдова 3 |  | Учетная форма № 025/у |
|  | Утверждена приказом Минздрава России |
|  |  |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н |

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| **В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ №** | **030501** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата заполнения медицинской карты: число | 10 | месяц | 02 | год | 2020 |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Фамилия, имя, отчество** | Иванова Ирина Ивановна |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Пол:** муж. - 1**,** жен. - 2 | **4. Дата рождения: число** | 05 | **месяц** | 01 | **год** | 1960 |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Место регистрации: субъект Российской Федерации** | Приморский край |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **район** |  | **город** | Владивосток | **населенный пункт** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **улица** | Кирова | **дом** | 95 | **квартира** | 20 | **тел.** | +7900000000 |

**6. Местность:** городская - 1, сельская - 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Полис ОМС: серия** | 000000 | **№** | 000000000000000000 | **8. СНИЛС** | 000-000-000-00 |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Наименование страховой медицинской организации** | «Восточно-страховой альянс» |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. Код категории льготы** | - | **11. Документ** | паспорт | **: серия** | 0000 | **№** | 000000 |

**12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата начала диспансерного наблюдения** | **Дата прекращения диспансерного наблюдения** | **Диагноз** | **Код по МКБ-10** | **Врач** |
| 10.02.2020 | -  | Гипертоническая болезнь 3 ст. | I11.9 | терапевт |
| Больная была поставлена на диспансерный учете с 10 февраля 2020 года и должна проходить обследование не менее двух раз в год. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**стр. 2 ф. № 025/у**

**13. Семейное положение:** состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

**14. Образование:** *профессиональное*: высшее – 1, среднее – 2; *общее*: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

**15. Занятость:** работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, **не работает** – 5, прочие – 6.

**16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата)**

**17. Место работы, должность пенсионер**

**18. Изменение места работы -**

**19. Изменение места регистрации -**

**20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата****(число, месяц, год)** | **Заключительные (уточненные) диагнозы** | **Установлен­ные впервые или повторно(+/-)** | **Врач** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата заполнения медицинской карты: число | 10 | месяц | 02 | год | 2020 |
| **21. Группа крови** | II | **22. Rh-фактор** | + | **23. Аллергические реакции** | - |