

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Кафедра _____

Зав. кафедрой профессор _____

Ассистент _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ФИО больного: _____

Диагноз: _____

Куратор

студент _____

фамилия, имя, отчество

факультет _____

группа № _____

ЗАМЕЧАНИЯ АССИСТЕНТА:

Дата _____

Подпись _____

20__ год

Минздрав Российской Федерации	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма № 003/у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 № 1030
ГМЛПУЗ ЧОКБ	

ФОГ _____

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, можно идти (подчеркнуть).

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____
(название препарата, характер побочного действия)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года – месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

(вписать адрес, указав для проезжих – область, район, населенный пункт, адрес родственников и № телефона)

5. Место работы, профессия или должность _____

(для учащихся – место учебы; для детей – название детского учреждения, школы; для инвалидов – род и группа инвалидности, ИОВ – да, нет подчеркнуть)

6. Кем направлен больной _____
(название лечебного учреждения)

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям через _____ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз клинический	Дата установления

11. Диагноз заключительный клинический:

а) основной _____

б) осложнение основного _____

в) сопутствующий _____

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть), всего _____ раз.
13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения.

Название операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Оперировал _____

14. Другие виды лечения (подчеркнуть):

для больных злокачественными новообразованиями:

1. Специальное лечение (хирургическое, лучевое, дистанционная гамма-терапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамма-терапия, контактная гамма-терапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамма-терапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами.

2. Паллиативное. 3. Симптоматическое лечение

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности.

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

16. Исход заболевания: выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением; переведен в другое учреждение

(название лечебного учреждения)

Умер: умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница.

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть).

18. Для поступивших на экспертизу – заключение _____

19. Особые отметки: _____

Лечащий врач

Зав. отделением

подпись

подпись

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (ANAMNESIS VITAE)

Образование _____
 Служба в армии _____
 Профмаршрут _____

Перенесенные заболевания	Год	ЛЕЧЕНИЕ
ИБС		
ИМ		
АГ		
Гиперлипидемия		
Сахарный диабет		
Язвенная болезнь		
Мочекаменная болезнь		
Желчекаменная болезнь		
Детские инфекции		
ОРВИ		

Травмы, операции _____

Экспертный анамнез Без б/листа Б/лист с _____ (дней _____) Инвалид I, II, III группы с _____ г.
 Пенсионер по возрасту. Не работает
 Акушерский анамнез Mensis с _____ лет по _____ дней Б _____ М/А _____ Роды _____, Выкидыши _____
 Менопауза с _____ лет
 Гемотрансфузии: Не было. Были в _____ г.

Осложнения: _____

Аллергологический анамнез: неотягощен. Отмечает аллергические реакции или непереносимость _____

Туберкулез, вен. заболевания, ВИЧ-инфекцию, гепатит, С/Д _____

Эпидемиологический анамнез: Контакт с больными инфекционными заболеваниями, ВИЧ-инфицированными отрицает _____ (подпись больного)

Семейный анамнез: _____

Курит с _____ лет, стаж курения _____ лет, по _____ сигарет/сут, индекс курения = _____ пачко/лет

Алкоголь употребляет с _____ лет, вид алкогольного напитка _____

по _____ мл, _____ раз в год

Внутривенное употребление сильнодействующих и наркотических препаратов _____

ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (STATUS PRESENS COMMUNIS)

Сознание _____

Положение _____

Телосложение _____ Рост = _____ м, вес = _____ кг, ИМТ = _____ кг/м²

Кожные покровы и видимые слизистые _____

I. СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

БИЛИАРНАЯ СИСТЕМА

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

ПОЛОВАЯ СИСТЕМА _____

ОРГАНЫ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ _____

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА _____

НЕРВНАЯ СИСТЕМА _____

ОРГАНЫ ЧУВСТВ _____

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ _____

ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (СИНДРОМЫ):

КРУГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА:

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

Lined area for writing the text of the plan.

ПЛАН ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Lined area for writing the laboratory and instrumental methods of research.

ДАнные лабораторного и инструментального обследования и их трактовка:
Общий анализ крови:

Общий анализ мочи:

Биохимические анализы:

Результаты других лабораторных методов исследования:

ЭКГ:

ЭхоКГ:

УЗИ _____:

Результаты эндоскопических методов исследования:

Рентгенография _____:

ФВД:

Результаты других инструментальных методов исследования:

Глазное дно:

Заключения консультантов:

ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКА ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА:

ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ И ИХ ОБОСНОВАНИЕ:

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

Дата _____

Подпись куратора _____