

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Кафедра госпитальной терапии

Зав. кафедрой, профессор _____

Преподаватель _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Диагноз: _____

Куратор

Студент _____

Факультет _____

Группа № _____

ЗАМЕЧАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Дата _____

Подпись _____

20__ год

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.

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: __.__.____

Гражданство: Российская Федерация документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ
серия: 0000* №: 000000*

номер телефона: +7(000)000-00-00* адрес электронной почты*:

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации обл. Челябинская , район _____,
город г. _____, населенный пункт _____, улица 0000000000000000* ,
строение/корпус 0000000000000000*, квартира 00*

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации обл. Челябинская , район _____,
город г. _____, населенный пункт _____, улица 0000000000000000* ,
строение/корпус 0000000000000000*, квартира 00*

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, 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, подвергающееся радиационному облучению: да - 1, нет - 2 Полис обязательного медицинского страхования: 000000000000000000*

Дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: 00.00.0000*

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

00000000000000000000*

СНИЛС: 000-000-000 00

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

Сведения об ознакомлении с медицинской документацией: 00.00.0000*
_____(ФИО пациента)*

***ЗАПОЛНЯТЬ НЕ НУЖНО**

1. ЖАЛОБЫ ПРИ ОСМОТРЕ

[illegible][illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА (ANAMNESIS VITAE)

Аллергологический анамнез:

Гемотрансфузионный анамнез (при наличии – год, осложнения):

Туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты:

Семейный анамнез:

Курение (стаж, количество сигарет в сутки, индекс курения):

Алкоголь (употребляет со сколько лет, вид алкогольного напитка, по ____ мл, ____ раз в год):

Употребление сильнодействующих и наркотических препаратов:

Эпидемиологический анамнез:

- контакт с инфекционными больными за последние 4 недели - _____
- посещение за последние 14 дней до первых симптомов эпидемически неблагополучных стран и регионов - _____

Акушерский анамнез: mensis с ____ лет по ____ дней. Б ____ М/А ____ В ____ Роды ____ . Менопауза с ____ лет.

Экспертный анамнез:

В настоящее время работает, не работает, пенсионер, специальность _____

За последние 12 месяцев на листе нетрудоспособности находился (месяц, код):

Выдать первичный лист нетрудоспособности в ГБУЗ _____ код 01 с _____.

Лист нетрудоспособности не требуется, пенсионер по возрасту, не работает.

Инвалидность I, II, III группа с ____ года, социальный пакет сохранен/не сохранен.

ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Тяжесть состояния пациента: _____

Уровень сознания по шкале Глазго: _____

Телосложение _____ Рост _____ Вес _____ ИМТ _____

Оценка состояния кожных покровов (цвет, влажность, при наличии – высыпания, иные сведения):

Отеки: не определяются/определяются, указать локализацию (при наличии):

Оценка состояния видимых слизистых оболочек (розовые, без патологических высыпаний; иктеричность склер; инъекция сосудов склер; гиперемия конъюнктивы; иные сведения (при наличии)):

Состояние подкожно-жировой клетчатки (нормальное, гипотрофия, ожирение, иные сведения (при наличии)): _____

Результаты пальпации лимфатических узлов (не пальпируются, не увеличены; пальпируются, увеличены (указать локализацию)):

Система дыхания:

Сердечно-сосудистая система:

Система пищеварения:

Гепато-билиарная система:

Мочевыделительная система:

Половая система:

Органы кроветворной системы:

Эндокринная система:

Нервная система:

Органы чувств:

Костно-мышечная система:

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

1. Общеклинические анализы:

2. Биохимические анализы:

3. Результаты других лабораторных методов исследования:

4. Функциональные и инструментальные обследования:

[illegible]

5. Заключение консультантов:

[illegible]

[illegible][illegible]

1 заболевание из круга для дифференциального диагноза:

Критерии за:	Критерии против:
--------------	------------------

Критерии за:	Критерии против:
--------------	------------------

[illegible]

**ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА
(ОСНОВНОЙ С УКАЗАНИЕМ КОДА ПО МКБ И СОПУТСТВУЮЩИЙ)**

[illegible]

Режим _____
 Лечебное питание _____
 Медикаментозное лечение (МНН, способ применения, доза, кратность, длительность) _____

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 28 evenly spaced horizontal grey lines across its entire width, providing a guide for handwriting or typing. The paper itself is a clean, off-white color.

РЕКОМЕНДАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ (НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ)

[illegible]

ПРОГНОЗ

Для жизни _____
 Для выздоровления _____
 Трудовой прогноз _____

ОСМОТР ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ

« » . Г. время: час. мин.

Фамилия Имя Отчество пациента: _____

Жалобы:

Анамнез заболевания (дополнения к анамнезу):

Анамнез жизни (дополнения к анамнезу):

Физикальное исследование, локальный статус (его изменение):

[illegible]

Диагноз:

Основное заболевание

Осложнение основного заболевания

Внешняя причина при травмах и отравлениях

Сопутствующие заболевания

Сопутствующие заболевания

Дополнительные сведения о заболевании

Обоснование диагноза (при наличии дополнительных сведений):

Обоснование диагноза (при наличии дополнительных сведений):

Назначения:

Назначения:

План лечения:

Фамилия Имя Отчество (при наличии) врача, оказавшего визит, должность, специальность, подпись:

Фамилия Имя Отчество (при наличии) врача, оказавшего визит, должность, специальность, подпись:

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

[illegible]

Дата

Подпись куратора