

МЕДИЧНА КАРТА  
престарілого (інваліда), що оформлюється в будинок-інтернат

Назва лікувальної установи, що видала карту \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_ місто \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Рік народження \_\_\_\_\_

Домашня адреса \_\_\_\_\_

Стан здоров'я \_\_\_\_\_

(пересувається самостійно, перебуває на постільному режимі)

Висновок лікарів (з зазначенням основного та супутнього діагнозу, наявності ускладнень, відомостей про перенесені захворювання, наявності чи відсутності показань для стаціонарного лікування).

Терапевта \_\_\_\_\_

Фтизіатра \_\_\_\_\_

Хірурга (онколога) \_\_\_\_\_

Гінеколога \_\_\_\_\_

Дермато-венеролога \_\_\_\_\_

Окуліста \_\_\_\_\_

Стоматолога (зубного лікаря) \_\_\_\_\_

Психіатра \_\_\_\_\_

/висновок ЛКК психоневрологічного диспансеру, з зазначенням рекомендованого типу будинку – інтернату.

Нарколога \_\_\_\_\_

Результати флюорографії \_\_\_\_\_

Загальний аналіз крові \_\_\_\_\_

Загальний аналіз сечі \_\_\_\_\_

Аналіз крові на HbsAg (вірусний гепатит) \_\_\_\_\_

Аналіз крові на RW (РМП) \_\_\_\_\_

Аналіз крові на вігем (брюшний тиф) \_\_\_\_\_

Посів на дифтерію \_\_\_\_\_

Посів кала на кишкову полічку \_\_\_\_\_

Зіскріб на яйцеглист \_\_\_\_\_

Заключний діагноз фтизіатра \_\_\_\_\_

ФГОГК не пізніше 6 місяців \_\_\_\_\_

Довідка про епідоточення \_\_\_\_\_

(Дійсна протягом 10 днів)

**АНАЛІЗИ:**

Результати аналізу на кишкову групу (з зазначенням № і дати аналізу)

---

---

Результати аналізу на антиген гепатиту В (з зазначенням № і дати аналізу)

---

---

Результати аналізу на антиген гепатиту С (з зазначенням № і дати аналізу)

---

---

Результати аналізу на СНІД (з зазначенням № і дати аналізу)

---

---

Профілактичне щеплення проти дифтерії

---

---

Результати аналізу на дифтерію (виконують при наявності обмежень для профілактичних щеплень)

---

---

Результати аналізу на брюшний тиф (vi-rem)

---

---

Результати інших аналізів (загальний аналіз крові та сечі, РВ, аналіз калу, на я/глист)

---

---

---

---

---

---

**ВИСНОВОК:**

*(з зазначенням основного та супутнього діагнозу, рекомендованого типу будинку-інтернату та відсутності показань для перебування у такому закладі)*

---

---

М.П.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Головний лікар \_\_\_\_\_