

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ Код за ЄДРПОУ <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 076/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> № <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr></table>																		

САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА ДЛЯ ДІТЕЙ ВІКОМ 0–17 РОКІВ ВКЛЮЧНО

Дата заповнення

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ

(число, місяць, рік)

1.1. Найменування, місцезнаходження (поштова адреса) та телефон закладу охорони здоров'я за місцем диспансерного нагляду дитини _____										
1.2. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____										
Дошкільний (загальноосвітній, професійно-технічний, вищий) навчальний заклад № _____ клас (група) _____ <small>(найменування навчального закладу)</small>										
1.3. Дата народження <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> <small>(число, місяць, рік)</small>										
1.4. Місце проживання, телефон _____										
1.5. Прізвище, ім'я, по батькові одного з батьків або опікунів, місце роботи, телефон _____										

II. МЕДИЧНІ ДАНІ

2.1. Анамнез: антропометричні дані, особливості розвитку, перенесені захворювання, травми (в якому віці) _____
2.2. Спадковість _____
2.3. Профілактичні щеплення (вказати дати проведення) _____
2.4. Анамнез зазначеного захворювання: з якого віку хворіє, особливості і характер перебігу, частота загострень, дата останнього загострення, лікування, яке проводиться (в тому числі протирецидивне), вказати, чи користувався санаторно-курортним лікуванням, скільки разів, де і коли, дата останнього відвідування дільничного педіатра, лікаря загальної практики-сімейного лікаря, наявність алергічних захворювань _____
2.5. Скарги в цей період _____
2.6. Дані об'єктивного огляду _____

2.7. Дані лабораторного, рентгенологічного та інших досліджень: загальний аналіз сечі _____		Дата « _____ » _____ 20__ року
загальний аналіз крові _____		Дата « _____ » _____ 20__ року
аналіз калу на яйця гельмінтів _____		Дата « _____ » _____ 20__ року
аналіз калу на кишкову групу _____		Дата « _____ » _____ 20__ року
аналіз на дифтерію (із зіву і носа) _____		Дата « _____ » _____ 20__ року
флюорографія _____		Дата « _____ » _____ 20__ року
інші дослідження _____		
2.8. Діагноз основний _____		Дата « _____ » _____ 20__ року
2.9. Супутні захворювання _____		
2.10. Висновок щодо потреби дитини у супроводі одного з батьків або законних представників _____		
2.11. Згода батьків (законних представників) на лікування дитини у санаторно-курортному закладі _____ (прізвище, підпис)		
М.П.	Лікуючий лікар _____	(прізвище, підпис)
	Завідувач відділення _____	(прізвище, підпис)
III. ВИСНОВОК САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ ВІДБІРКОВОЇ КОМІСІЇ (далі – СКВК)		
3.1. Діагноз основний _____		
3.2. Супутні захворювання _____		
3.3. Рекомендоване санаторно-курортне лікування (вписати) _____		
	Голова комісії _____	(прізвище, підпис)
М.П.	Члени комісії _____	(прізвище, підпис)
	Дата _____	(число, місяць, рік)

IV. ПІДЛЯГАЄ ПОВЕРНЕННЮ В ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА МІСЦЕМ ДИСПАНСЕРНОГО
НАГЛЯДУ ДИТИНИ

4.1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

4.2. Перебував у санаторно-курортному закладі _____

4.3. Діагноз санаторно-курортного закладу _____

4.4. Супутні захворювання _____

4.5. Проведене лікування (види лікування, кількість процедур) _____

4.6. Ефективність (динаміка антропометричних, гематологічних показників, функціональних проб, зміни в соматичному статусі та інші, загальна оцінка результатів лікування)

4.7. Рекомендації щодо подальшого лікування _____

4.8. Контакти з інфекційними хворими _____

4.9. Перенесені інтеркурентні захворювання і загострення основного та супутніх захворювань

4.10. Рішення СКВК санаторно-курортного закладу у випадку виявлення протипоказань, виявлення дефектури до санаторно-курортного лікування дитини:

М.П.

Завідувач відділення _____

(прізвище, підпис)

Головний лікар _____

(прізвище, підпис)

Дата « _____ » _____ 20 _____ року