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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Код организации по ОКПО |  |
|  | Медицинская документация | |

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

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Фамилия, имя, отчество** |  |

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **улица** |  | **дом** |  | **квартира** |  | **тел.** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Полис ОМС: серия** |  | **№** |  | **8. СНИЛС** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Наименование страховой медицинской организации** |  |

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата начала диспансерного наблюдения** | **Дата прекращения диспансерного наблюдения** | **Диагноз** | **Код по МКБ-10** | **Врач** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**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**

**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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **21. Группа крови** |  | **22. Rh-фактор** |  | **23. Аллергические реакции** |  |

**стр. 3 ф. № 025/у**

**24. Записи врачей-специалистов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата осмотра** |  | **на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.** |

**Врач (специальность)**

**Жалобы пациента**

**Анамнез заболевания, жизни**

**Объективные данные**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз основного заболевания:** |  | **код по МКБ-10** |  |

**Осложнения:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сопутствующие заболевания** |  | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **код по МКБ-10** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Группа здоровья** |  | **Диспансерное наблюдение** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Назначения (исследования, консультации)** | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | **Льготные рецепты** |
|  |  |
| **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства** | |
| **Врач** |  |

**стр. 4 ф. № 025/у**

**25. Медицинское наблюдение в динамике:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** |  | |
| **Жалобы** |  | |
| **Данные наблюдения в динамике** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Назначения (исследования, консультации)** | | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | | **Льготные рецепты** |
|  | |  |
|  | | **Врач** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** |  | |
| **Жалобы** |  | |
| **Данные наблюдения в динамике** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Назначения (исследования, консультации)** | | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | | **Льготные рецепты** |
|  | |  |
|  | | **Врач** |

**стр. 5 ф. № 025/у**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** |  | |
| **Жалобы** |  | |
| **Данные наблюдения в динамике** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Назначения (исследования, консультации)** | | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | | **Льготные рецепты** |
|  | |  |
|  | | **Врач** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** |  | |
| **Жалобы** |  | |
| **Данные наблюдения в динамике** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Назначения (исследования, консультации)** | | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | | **Льготные рецепты** |
|  | |  |
|  | | **Врач** |

**стр. 6 ф. № 025/у**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** |  | |
| **Жалобы** |  | |
| **Данные наблюдения в динамике** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Назначения (исследования, консультации)** | | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | | **Льготные рецепты** |
|  | |  |
|  | | **Врач** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** |  | |
| **Жалобы** |  | |
| **Данные наблюдения в динамике** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Назначения (исследования, консультации)** | | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | | **Льготные рецепты** |
|  | |  |
|  | | **Врач** |

**стр. 7 ф. № 025/у**

**26. Этапный эпикриз**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** |  | **Временная нетрудоспособность с** |  | **(** |  | **дней).** |

**Жалобы и динамика состояния**

**Проведенное обследование и лечение**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз основного заболевания** |  | **код по МКБ-10** |  |

**Осложнения:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сопутствующие заболевания** |  | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **код по МКБ-10** |  |

**Рекомендации**

**Листок нетрудоспособности**

**Врач**

**стр. 8 ф. № 025/у**

**27. Консультация заведующего отделением**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** |  | **Временная нетрудоспособность с** |  | **(** |  | **дней).** |

**Жалобы и динамика состояния**

**Проведенное обследование и лечение**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз основного заболевания:** |  | **код по МКБ-10** |  |

**Осложнения:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сопутствующие заболевания** |  | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **код по МКБ-10** |  |

**Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению**

**Листок нетрудоспособности**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Зав. отделением** |  | **Лечащий врач** |  |

**стр. 9 ф. № 025/у**

**28. Заключение врачебной комиссии**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** |  |

**Жалобы и динамика состояния**

**Проведенное обследование и лечение**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз основного заболевания:** |  | **код по МКБ-10** |  |

**Осложнения:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сопутствующие заболевания** |  | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **код по МКБ-10** |  |

**Заключение врачебной комиссии:**

**Рекомендации**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Председатель** |  | **Члены комиссии** |  |  |  |

**стр. 10 ф. № 025/у**

**29. Диспансерное наблюдение**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** |  |

**Жалобы и динамика состояния**

**Проводимые лечебно-профилактические мероприятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз основного заболевания:** |  | **код по МКБ-10** |  |

**Осложнения:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сопутствующие заболевания** |  | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |
|  | | **код по МКБ-10** |  |

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **код по МКБ-10** |  |

**Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации**

**Врач**

**стр. 11 ф. № 025/у**

**30. Сведения о госпитализациях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата поступления и выписки** | **Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях** | **Заключительный клинический диагноз** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата проведения** | **Название оперативного вмешательства** | **Врач** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата проведения** | **Название рентгенологического исследования** | **Доза облучения** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**стр. 12 ф. № 025/у**

**33. Результаты функциональных методов исследования:**

**стр. 13 ф. № 025/у**

**34. Результаты лабораторных методов исследования:**

**стр. 14 ф. № 025/у**

**35. Эпикриз**