

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ 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	<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації № 042/о</p> <p style="text-align: center;">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України № </p>
КАРТА № _____ хворого, який лікується в кабінеті лікувальної фізкультури	
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____	Відділення (палата) _____
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/>	Медична карта стаціонарного (амбулаторного) хворого № _____
3. Місце проживання _____	Дата захворювання, одержання травми (число, місяць, рік)
4. Дата народження (число, місяць, рік)	Надійшов у лікарню (число, місяць, рік)
5. Місце роботи, посада _____	Призначено ЛФК (число, місяць, рік)
6. Чи займався фізкультурою і спортом (систематичність, тривалість) _____	
7. Діагноз при надходженні в лікарню _____	Усього днів лікування у лікарні _____
8. Діагноз при надходженні в кабінет ЛФК _____	Дні лікування в кабінеті ЛФК _____
9. Початок лікування в кабінеті ЛФК (число, місяць, рік)	
10. Короткий анамнез; проведене лікування _____ _____ _____	
11. Скарги хворого _____	
12. Основні клінічні дані _____ _____ _____	

17. Призначення лікаря з ЛФК:

18. Примітки лікаря з ЛФК:

Вкладний листок до форми № _____

Карта хворого з порушенням опорно-рухового апарату

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дані функціонального дослідження

Дата	Рухливість хребта				Силова витривалість м'язів			
	вперед	назад	вправо	вліво	спини	черевного преса	тулуба	
							зліва	справа

Дата	Відносна довжина ніг		Обхват живота	Величина поперекового лордозу
	правої	лівої		

Лікар з ЛФК _____
(прізвище, підпис)