

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства охорони здоров'я  
України  
14 лютого 2012 року № 110

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ                         </p>	<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p>Форма первинної облікової документації <b>№ 030/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ МОЗ України №                         </p>
--	---

**КОНТРОЛЬНА КАРТА  
диспансерного нагляду**

<p>Прізвище лікаря _____</p> <p>Взятий(а) на облік                      (число, місяць, рік)</p> <p>Знятий(а) з обліку                      (число, місяць, рік)</p> <p>Причина, через яку знятий(а) з обліку _____</p>	<p>Код або номер медичної карти амбулаторного хворого (історії розвитку дитини) _____                </p> <p>Захворювання, з приводу якого хворий(а) взятий(а) під диспансерний нагляд _____                 (число, місяць, рік)</p> <p>Діагноз, встановлений вперше в житті _____                 (число, місяць, рік)</p> <p>Захворювання виявлено при зверненні, при профілактичному огляді (підкреслити)</p>
---	---

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____	3. Дата народження                      (число, місяць, рік)	4. Місце проживання _____
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/>		
5. Місце роботи (навчання) _____		
6. Професія (посада) _____		
7. Контроль відвідувань _____		

Призначено з'явитися											
З'явився											
Призначено з'явитися											
З'явився											

8. Запис про зміни діагнозу, супутніх захворювань, ускладнень

9. Лікувально-профілактичні заходи (госпіталізація, санаторно-курортне лікування, працевлаштування, переведення на інвалідність тощо)

**Найменування лікувально-профілактичних заходів**

10. Огляд спеціалістами: \_\_\_\_\_

11. Обстеження (лабораторне, функціональне, інструментальне): \_\_\_\_\_

12. Лікування: \_\_\_\_\_

13. Реабілітація: \_\_\_\_\_

Підпис лікаря \_\_\_\_\_

Дата “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.