ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14.02.2012 № 110
(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України
21.01.2016 № 29)

| | |
|---|---|
| Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** |
| Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ | Форма первинної облікової документації **№ 003/о** |
| Код за ЄДРПОУ ☐☐☐☐☐☐☐☐ | **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України ☐☐☐☐☐☐☐☐ № ☐☐☐☐ |

## МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____

1. Дата госпіталізації ☐☐☐☐☐☐ (число, місяць, рік) ☐☐ (година) ☐☐ (хвилини) 2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 ☐

3. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

4. Дата народження ☐☐☐☐☐☐ (число, місяць, рік) 5. Вік _____ (кількість повних років, для дітей: до 1-го року – місяців; до 1-го місяця – днів)

6. Документ, що посвідчує особу ☐

6.1. Номер документа, що посвідчує особу ☐ 6.2. Громадянство _____ (код країни)

7. Постійне місце проживання/перебування: місто – 1; село – 2 ☐ _____ (область, район, населений пункт, _____ вулиця, будинок, квартира) 7.1. Поштовий індекс _____

8. Місце роботи, посада _____ (для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу, пільгова категорія; для інвалідів – вид і група інвалідності)

9. Ким направлений хворий _____ (найменування закладу охорони здоров'я) ☐☐☐☐☐☐☐☐ (код за ЄДРПОУ)

10. Діагноз при госпіталізації _____ ☐☐☐☐☐☐ (код за МКХ-10)

11. Відділення при госпіталізації ☐☐☐ (код) 12. Відділення при виписці ☐☐☐ (код)

13. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 ☐ 14. Обстеження на ВІЛ-інфекцію ☐☐☐☐☐☐

15. Група крові _____ 16. Резус-приналежність _____ 17. Реакція Васермана ☐☐☐☐☐☐ (число, місяць, рік)

18. Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу _____ (назва лікарського засобу, характер побічної дії)

19. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2 ☐

19.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2 ☐

20. Дата виписки/смерті ☐☐☐☐☐☐ (число, місяць, рік) ☐☐ (година) 21. Проведено ліжко-днів _____

LICASOFT © Закон и Норматив http://www.zakon-i-normativ.info

22. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми – вказати її вид: виробнича – 1; невиробнича – 2 ☐ )

| | Назва діагнозу | Код за МКХ-10 |
|---|---|---|
| Основний | | |
| ☐ | | |
| ☐ | | |
| ☐ | | |
| ☐ | | |
| ☐ | | |
| ☐ | | |
| ☐ | | |

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2 ☐

22.1. Категорія резистентності: відсутня –1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – 6 ☐

22.2. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер_____

Дата ☐☐☐☐☐☐
(число, місяць, рік)

23. Медичні процедури та хірургічні операції

| Дата (число, місяць, рік) | Час (години, хвилини) | Код процедури/ хірургічної операції | Назва процедури/хірургічної операції | Суміжний спеціаліст (прізвище, ім'я, по батькові, реєстраційний номер) | Вид анестезії* (реєстраційний номер лікаря-анестезіолога) | Ускладнення (код згідно з МКХ-10) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

24. Інші види лікування _____
(зазначити які)

для хворих на злоякісні новоутворення:

1) спеціальне лікування: хірургічне; променеве (дистанційна гамма-терапія, рентгенотерапія, швидкі електрони, контактна і дистанційна гамма-терапія, контактна гамма-терапія і глибока рентгенотерапія); комбіноване (хірургічне і гамма-терапія, хірургічне і рентгенотерапія, хірургічне і комбіноване лікування); хімічними засобами; гормональними засобами

2) паліативне лікування ☐

3) симптоматичне лікування

25. Відмітки щодо видачі листків непрацездатності

№ _____ з _____ по _____

№ _____ з _____ по _____

26. Працездатність: відновлена повністю – 1; знижена – 2; тимчасово втрачена – 3; стійко втрачена – 4 (у зв'язку із захворюванням, з інших причин – підкреслити) ☐

27. Висновок для тих, хто поступає на експертизу _____

28. Результат лікування: виписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий(а) – 7 ☐

29. Спеціальні відмітки

онкологічний профілактичний огляд: ☐☐☐☐☐☐
(число, місяць, рік)

обстеження органів грудної порожнини ☐☐☐☐☐☐
(число, місяць, рік)

30. Застрахований(а): так [1]; ні [2] _____

31. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

32. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

*Відсутня – 1; місцева – 2; загальна – 3; інша – 4.

LICASOFT © Закон и Норматив http://www.zakon-i-normativ.info

# ЗАПИС ЛІКАРЯ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ

33. Скарги пацієнта ……..
……
……
……
……
……

34. Анамнез хвороби ……..
……
……
……

35. Анамнез життя …..……
……...……....
……
……
……

36. Об'єктивний стан хворого ……
……
……
……

## 41. СКАРГИ ПАЦІЄНТА, АНАМНЕЗ ХВОРОБИ, АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Об’єктивний стан хворого, попередній діагноз, план обстеження, план медичного лікування

LICASOFT © Закон и Норматив http://www.zakon-i-normativ.info

| 42. Результати обстежень (лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні, функціональна діагностика тощо) | |
|---|---|
| Дата | …… |
| …… | …… |
| …… | …… |
| ……

## 43. ЩОДЕННИК*

| Дата, час | |
|---|---|
| …… | …… |
| …… | …… |
| …… | …… |

## 44. ЛИСТОК ОГЛЯДУ ТА КОНСУЛЬТАЦІЙ СПЕЦІАЛІСТАМИ

LICASOFT © Закон и Норматив http://www.zakon-i-normativ.info

Медична карта стаціонарного хворого № _____ _____
(прізвище, ім'я, по батькові хворого)

## 45. ЕПІКРИЗ (перевідний, виписний, посмертний) (підкреслити)

……
……
……

## 54. Діагноз заключний клінічний

| Назва діагнозу | | Код за МКХ-10 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Основний | | | | | | | |
| ☐ | | | | | | | |
| ☐ | | | | | | | |
| ☐ | | | | | | | |
| ☐ | | | | | | | |
| ☐ | | | | | | | |
| ☐ | | | | | | | |
| ☐ | | | | | | | |

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2 ☐

Категорія резистентності: відсутня –1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – 6 ☐

55. Медичне лікування

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

56. Лікувальні рекомендації та режим хворого

……

……

……

……

……

……

……

……

57. Результат медичного лікування:
виписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий(а) – 7 ☐

……

……

……

……

……

57.1. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

57.2. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Дата заповнення ☐☐☐☐☐☐
(число, місяць, рік)

LICASOFT © Закон и Норматив http://www.zakon-i-normativ.info

Виписка з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження № _____

58. Найменування закладу охорони здоров'я, який склав протокол _____

_____ 59. Дата розтину [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
(число, місяць, рік)

## Патологоанатомічний діагноз

60. Основний (код за МКХ-10): ……
……
……
……

61. Ускладнення основного (код за МКХ-10):
……
……
……
……

62. Супутні захворювання (код за МКХ-10): ……
……
……
……
……

63. Збіг клінічного і патологоанатомічного діагнозів:
повний збіг діагнозів – 0;
розбіжність діагнозів: основного – 1; супутнього – 2; ускладнень – 3; повна розбіжність – 4 [ ]

64. Причини розбіжності:
об'єктивні труднощі діагностики – 1; короткочасне перебування в закладі охорони здоров'я – 2; недообстеження хворого – 3; переоцінка даних обстеження – 4; рідкісне захворювання – 5; неправильне оформлення діагнозу – 6 [ ]

65. Причина смерті (з пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть № _____ )

Код за МКХ-10:

[ ] I. а) _____
(безпосередня причина смерті)

[ ] б) _____

[ ] в) _____

[ ] г) _____

приблизний час між початком захворювання і смертю

(б, в, г – захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті вказується в останньому заповненому рядку)

II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові (підкреслити)), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті:

_____

У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності _____, день післяпологового періоду _____, тиждень після пологів

66. П.І.Б. лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____
67. П.І.Б. завідувача відділення _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

***{Форма в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 29 від 21.01.2016}***

LICASOFT © Закон и Норматив http://www.zakon-i-normativ.info