

		Код форми за ЗКУД <input type="text"/>
		Код закладу за ЗКПО <input type="text"/>

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА N <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		Затверджена наказом МОЗ України
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> р. N <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Вкладний листок на підлітка
до медичної карти амбулаторного хворого**

Дата заповнення карти " " р. N або код

Юнак / дівчина (підкреслити) Дата народження: (число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Адреса підлітка _____

Найменування підприємства (навчального закладу) _____

Дата, коли поступив на підприємство, навчальний заклад (число, місяць, рік)

Спеціальність _____

Перенесені захворювання _____

Хвороби батьків (туберкульоз, алкоголізм, психічні захворювання, наркоманія) _____

Проживає в сім'ї, гуртожитку (підкреслити). Харчування _____

Тривалість робочого дня _____ зміни _____

Заняття фізкультурою і спортом - систематичні, випадкові (підкреслити) _____

Дані медичних обстежень				
Вага		1-е обстеження	2-е обстеження	3-є обстеження
Зріст	сидячи			
	стоячи			
Окружність грудної клітки	вдих			
	видих			
	пауза			
Фізичні вади				
Суб'єктивні скарги				
Шкіра, підшкірна клітковина і слизові				
Кістково-м'язова система				

	1-е обстеження	2-е обстеження	3-є обстеження
Лімфатичні вузли			
Порожнина рота			
Органи травлення			
Органи дихання			
Органи кровообігу (артеріальний тиск)			

	1-е обстеження	2-е обстеження	3-є обстеження
Сечостатеві органи			
Ендокринна система			
Нервова система			
Психічний стан			
Органи зору			
Верхні дихальні шляхи і органи слуху			

	1-е обстеження	2-е обстеження	3-є обстеження
Дані флюорографії і рентгену			
Реакція Пірке			
Реакція Манту			
Лабораторні дослідження			
Діагноз			
Допущений до занять по фізкультурі (група)			
Призначення лікаря			
Підпис лікаря			

ОЗДОРОВЧІ ЗАХОДИ: (направлення в санаторій, будинок відпочинку, надання дієтичного харчування, переведення на іншу роботу і інші види оздоровчих заходів)		
Найменування заходів	Дата	
	призначення	виконання
1-е обстеження		
2-е обстеження		
3-є обстеження		