

		Код форми за УКУД                     Код закладу за ЗКПО
--	--	--

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N <b>  0   6   5   /   о  </b> Затверджена наказом МОЗ України <b>  2   7 .   1   2 .   9   9   р .   N   3   0   2  </b>
---	---

**МЕДИЧНА КАРТА N \_\_\_\_\_**  
**хворого венеричним захворюванням**

Взятий(а) на облік | | | | | | | | | |  
(число, місяць, рік)

Дата складання повідомлення | | | | | | | | | |  
(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

2. Стать: ч. - 1, ж. - 2  3. Дата народження | | | | | | | | | |  
(число, місяць, рік)

4. Національність \_\_\_\_\_

5. Адреса за пропискою \_\_\_\_\_

6. Освіта \_\_\_\_\_ 7. Працює сам, знаходиться на утриманні (у кого) \_\_\_\_\_

8. Місце роботи хворого (якщо хворий не працює - вказати місце роботи особи, на утриманні якої він знаходиться) \_\_\_\_\_

9. Галузь виробництва \_\_\_\_\_ 10. Детальна спеціальність \_\_\_\_\_

11. Проживає постійно в місті, селі (підкреслити) \_\_\_\_\_

12. Адреса місця проживання \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

13. Сімейний стан: одружений(а), одинокий(а), розлучений(а), в шлюбі, не в шлюбі, вдова, вдівець (підкреслити)

14. Зміни в сімейному стані (вказати дату) \_\_\_\_\_ 15. Донор, не донор (підкреслити), група крові \_\_\_\_\_

резус - приналежність \_\_\_\_\_, непереносимість до антибіотиків чи інших ліків (вказати яких) \_\_\_\_\_

16. Взятий на облік з діагнозом \_\_\_\_\_

17. Дата зміни діагнозу \_\_\_\_\_

18. Захворювання виявлено: при зверненні хворого в лікувально-профілактичний заклад; при профогляді (підкреслити).

19. Пункт індивідуальної профілактики венеричних хвороб відвідував; не відвідував (підкреслити).

20. Дата госпіталізації \_\_\_\_\_



23. Лікування хворого сифілісом						
N курсу	Дата		Найменування препарату і сумарна доза	Результат серологічного дослідження		Примітка
	початку лікування	закінчення лікування		до початку курсу	після закінчення курсу	
Не закінчив(ла) ні одного курсу лікування: в зв'язку з переводом _____ _____ _____інтеркурентним захворюванням; з інших причин (вказати яких) _____ _____ (дата переводу) _____ _____ (найменування, адреса закладу)						



27. Знятий(а) з обліку \_\_\_\_\_ через одну із слідуєчих причин: а) закінчення лікування і нагляду; б) переводу в інший лікувальний заклад (при наявності документа про прийняття на облік за місцем переводу або виїзду); в) не розшуканий(а) протягом звітнього періоду; г) смерті.  
(дата)

28. Загальний анамнез \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Житлово-побутові умови \_\_\_\_\_

Умови праці \_\_\_\_\_

Спадковість \_\_\_\_\_

Вживання алкоголю, наркотиків \_\_\_\_\_

Де відбулося зараження \_\_\_\_\_

В якому стані відбулось зараження (тверезий, стан сп'яніння) \_\_\_\_\_

Перенесені захворювання (венеричні, гінекологічні та інші) \_\_\_\_\_

Фізичні і психічні травми \_\_\_\_\_

Менструація з \_\_\_\_\_ років, по \_\_\_\_\_ років, через \_\_\_\_\_ днів, остання \_\_\_\_\_

(дата)

Статеве життя з \_\_\_\_\_ років

Вагітності: всього \_\_\_\_\_ закінчились пологами \_\_\_\_\_ перервані абортom \_\_\_\_\_

Попереднє лікування \_\_\_\_\_



