

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

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

**МЕДИЧНА КАРТА N _____
хворого грибковим захворюванням**

Дата заповнення повідомлення " ____ " _____ р.

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

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

4. Адреса за місцем виявлення _____

5. Проживає постійно (в місті, селі) - підкреслити 6. Ким направлений _____

7. Місце і адреса роботи _____ 8. Спеціальність _____

9. Для дітей: відвідує дитячий заклад, адреса закладу (група, клас) _____

10. _____ Код за МКХ-X
| | | | | |

11. Дата проведення першого обстеження _____

12. Дані мікроскопічного дослідження _____

13. Культура грибка _____

14. Захворювання виявлено: при зверненні в лікувально-профілактичний заклад, при профогляді (підкреслити)

15. Джерело зараження:

а) людина (родинні стосунки до хворого, адреса) _____

б) тварина (кішка, собака, рогата худоба, кінь) _____

Заходи, які проведені по відношенню до тварини (на обліку в ветлікарні не стоїть) _____

16. Результат огляду сім'ї хворого								
Прізвище, ім'я та по батькові	Рік народження	Адреса	Місце роботи або навчання	Відношення до хворого	Дата огляду		Діагноз	Культура грибка
					первинний	повторний		

17. Результат огляду контактів (в квартирі, гуртожитку, дитячому закладі і інші)

підлягало огляду _____ оглянуто _____ хворих _____, залучено до лікування _____

18. Поточна дезінфекція _____ заключна _____

Анамнез _____

Розвиток даного захворювання _____
