

Код форми за ЗКУД | | | | | | | |

Код закладу за ЗКПО | | | | | | | |

Міністерство охорони здоров'я України
Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N | 1 | 3 | 5 | / | 0 |

Затверджена наказом МОЗ України

| 2 | 7 . | 1 | 2 . | 9 | 9 | р . | N | 3 | 0 | 2 |

ПАСПОРТ
хворого алергічним захворюванням

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження | | | | | | | |

(число, місяць, рік)

Домашня адреса і телефон _____

Діагноз: _____

Хворий(а) знаходиться під наглядом в алергологічному кабінеті з ____ р.

У хворого(ої) виявлена підвищена чутливість до таких алергенів:

1. Медикаменти і сироватки
2. Харчові продукти
3. Алергічні реакції на укуси та вжалення комах
4. Епідермальні алергени
5. Побутові алергени
6. Харчові алергени

Вживає глюкокортикоїдні гормони (преднізолон, триамсінолон, дексаметазон, ...) з ____ р.

(доза на добу) _____

Телефон алергологічного кабінету _____

Підпис лікаря - алерголога _____

Дата складання паспорту " ____ " _____ р.