

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
18.05.2012 № 366

Тимчасова форма медичної документації

МЕДИЧНА КАРТКА ПАЦІЄНТА

ЗАГАЛЬНІ ДАНІ (поставити цифрами дату, час, номер групи, позначити місце випадку, підкреслити/заповнити потрібне)					
Дата звернення			Година _____	хвилина _____	перша допомога на місці
Місце випадку	Трибуна стадіону <input type="checkbox"/>	Приміщення стадіону <input type="checkbox"/>	Навколо стадіону <input type="checkbox"/>	Фан-зона.....	Номер групи _____
ДАНІ ПАЦІЄНТА (позначити дані у відповідному віконці, підкреслити/заповнити потрібне)					
ПРИЗВИЩЕ			ІМ'Я	ПО БАТЬКОВІ	
ВІК	СТАТЬ Ч / Ж		Громадянство	Україна / Інша країна	
Цільова група чемпіонату	Вболівальник / Команда / Працівник УЄФА/ЗМІ / Інше.....				
АНАМНЕЗ ЖИТТЯ (позначити у відповідному віконці, підкреслити/заповнити потрібне)					
Гіпертонічна хвороба <input type="checkbox"/>	Ішемічна хвороба серця <input type="checkbox"/>	Цукровий діабет <input type="checkbox"/>	Травма (до 6 місяців) <input type="checkbox"/>	Вагітність <input type="checkbox"/>	Інше
Алергічні реакції на на лікарські препарати					
ЗАГАЛЬНІ СКАРГИ (позначити у відповідному віконці, підкреслити/заповнити потрібне)					
Головний біль <input type="checkbox"/>	Біль у грудній клітці <input type="checkbox"/>	Біль у животі <input type="checkbox"/>	Розлади дихання <input type="checkbox"/>	Травма <input type="checkbox"/>	Інше:
ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ (позначити дані у відповідному віконці, підкреслити/заповнити потрібне)					
АТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Пульс _____ /хв.	ЧД _____ /хв.	Зіниці <input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> П розширені нормальні звужені	
Грудна клітка	Дихальні рухи <input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> П	Аускультативно:			
Органи черевної порожнини	Симптоми подразнення очеревини <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Болючість при пальпації в ділянці			
Травма	ізолювана / множинна / поєднана				
Дані споживання алкоголю		Інше			
		<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ			
1. Кровотеча 2. Оліх 3. Перелом 4. Деформація 5. Біль 6. Гіперемія 7. набряк 8. Поранення (від назви стрілкою позначити на малюнку)					
Попередній діагноз (синдром)					
№ з/п	Вид наданої медичної процедури				
№ з/п	Назва лікарського засобу	Доза	Спосіб введення	Час введення	
Виклик бригади ШМД для госпіталізації _____					

Картку передано медичному координатору стадіону/фан-зони _____ (П.І.Б., підпис лікаря або фельдшера)