

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

{ Форму N 043/о "Медична карта стоматологічного хворого" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 110 (z0661-12) від 14.02.2012 }

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 4 3 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7. 1 2. 9 9 р. N 3 0 2
---	--	--

МЕДИЧНА КАРТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО N ____

Р.

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Стать: чол. - 1. жін. - 2

Дата народження:

(число, місяць, рік)

Адреса, телефон _____

Діагноз _____

Скарги _____

Перенесені та супутні захворювання _____

Розвиток теперішнього захворювання _____

Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: _____

Дата оглядів	8	7	6	5(V)	4(IV)	3(III)	2(II)	1(I)	1(I)	2(II)	3(III)	4(IV)	5(V)	6	7	8	

Умовні позначення

С - карієс, Р - пульпіт, Рt - періодонтит, Lр - локалізований пародонтит, Gr - генералізований пародонтит, R - корінь, А - відсутній, Сd - коронка, Pl - пломба, F - фасетка, ar - штучний зуб, r - реставрація, Н - гемісекція, Am - ампутація, res - резекція, рin - штифт, і - імплантація, Rp - реплантація, Dc - зубний камінь.

Прикус _____

Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння. Індекси ГІ та РМА

Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень _____

**Колір за шкалою
"Віга"**

Дата навчання навичкам гігієни порожнини рота _____

Дата контролю гігієни порожнини рота _____

