

Терапевтом

Педіатром

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

Обстеження проведено _____ (число, місяць, рік)						
Флюорографія						
Туберкулінові проби						
Мамографія						
ЕКГ						
Цитологічні дослідження мазків						
Обстеження в оглядовому кабінеті						
Мікрореакція з кардіоліпіновим антигеном						
Реакція Вассермана						
Дослідження мазків на гонококи						
Аналіз крові						
Аналіз сечі						
Інші дослідження						

Група здоров'я: _____

Підпис лікаря _____

Вперше виявлені при диспансеризації захворювання і фактори ризику

____ р. _____

____ р. _____

____ р. _____

____ р. _____

____ р. _____

____ р. _____

Записи в карті можуть бути використані тільки безпосередньо в лікувально-профілактичному закладі при плануванні і організації диспансеризації та складанні звітів встановленої форми.