

Додаток 5
до Порядку звільнення осіб рядового і
начальницького складу служби
цивільного захисту від виконання
службових обов'язків у разі тимчасової
непрацездатності

МІНІСТЕРСТВО НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ УКРАЇНИ



МЕДИЧНА КНИЖКА **особи рядового і начальницького складу**

МІНІСТЕРСТВО НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ УКРАЇНИ**МЕДИЧНА КНИЖКА
особи рядового і начальницького складу**

(прізвище,

ім'я, по батькові)

”_____” _____ 20__ року
(дата заповнення)

ВСТУП

Медична книжка призначена для здійснення контролю за станом здоров'я особи рядового і начальницького складу, реалізації лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів.

Медична книжка заповнюється лікарями (фельдшерами) закладів охорони здоров'я Міністерства надзвичайних ситуацій України та зберігається у цих закладах охорони здоров'я і видається на руки у разі направлення на медичне обстеження, стаціонарне лікування, зміни місця проходження служби та звільнення зі служби.

Загальні відомості

ФОТО
3,5 x 4,5 см

(прізвище,

ім'я, по батькові)

Дата народження _____

Група крові _____ Резус-фактор _____

Спеціальне звання	Назва підрозділу МНС України	Посада

Освіта (загальна, військова, спеціальна) _____

Служба в МНС України з _____

(дата, місяць, рік)

Сімейний стан _____

Місце проживання _____

Домашній телефон _____

Службовий телефон _____

Мобільний телефон _____

Анамнез

1. Спадковість (сімейний анамнез) _____

2. Алергологічний анамнез (непереносимість ліків, алергічні реакції)

3. Перенесені захворювання та відомості про звернення по медичну допомогу до закладу охорони здоров'я МНС України

№ з/п	Дата	Назва лікувального закладу	Діагноз	Лікування (амбулаторне, стаціонарне)

4. Особливі відмітки _____

Дані первинного медичного огляду:**1. Скарги:** _____**2. Антропометричні дані:**

Зріст (см)		Вага (кг)	
-------------------	--	------------------	--

3. Дані досліджень:

№ з/п	Дослідження	Дата проведення та результат
1	Клінічний аналіз крові	
2	Загальний аналіз сечі	
3	Флюорографія органів грудної клітки	
4	ЕКГ	

4. Результати медичного огляду фахівцями:

Огляди фахівців	Результати огляду
Терапевт	
Хірург	
Невропатолог	
Психіатр	
Окуліст	
Отоларинголог	
Дерматовенеролог	
Гінеколог	

Стоматолог

а) Дані огляду і діагноз стоматолога (пишеться „так”, „ні” замість граfi „Інші захворювання”;

б) умовні позначення зубної формули: зуб здоровий – З, відсутній – В, непрорізаний – НП, корінь – КН, карієс – К, пульпіт – П, гангрена – Г, гранульома – ГР, підлягає видаленню – Е, коронка металева – КМ, мостовий протез – М, знімний протез – ЗП, Пломба – Пл.

Слизова						Ясна						Амфодонтозні захворювання	Зубні відкладення	Інші захворювання		
у нормі	катаральний стоматит		виразковий стоматит		у нормі	кровото - чивість		катаральний парадонтит		виразковий парадонтит						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

„___” _____ 20__ року

Лікар _____ (_____)
(підпис) (прізвище та ініціали)

Діагноз	
Група стану здоров'я (I, II, III)	
Чи взятий на облік динамічного лікарського спостереження (так, ні), якими спеціалістами	
Група занять з фізичної підготовки (I, II, III, IV, V, VI)	

Дані щорічної диспансеризації за 20__ рік:

1. Скарги: _____

2. Антропометричні дані

Зріст (см)

Вага (кг)

3. Дані досліджень:

№ з/п	Дослідження	Дата проведення та результат
1	Клінічний аналіз крові	
2	Загальний аналіз сечі	
3	Флюорографія органів грудної клітки	
4	Електрокардіографічні дослідження	
5	Інші дослідження	

4. Результати медичного огляду фахівцями:

Огляди фахівців	Результати огляду (засвідчується підписом та особистою печаткою)
Терапевт	
Хірург	
Невропатолог	
Психіатр	
Окуліст	
Отоларинголог	
Дерматовенеролог	
Гінеколог	
Інші лікарі/спеціалісти (за потреби)	

Стоматолог

Слизова						Ясна						Амфодонтозні захворювання			Зубні відкладення		Інші захворювання	
у нормі	катаральний стоматит			виразковий стоматит		у нормі	кровото - чивість	катаральний парадонтит		виразковий парадонтит								
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			

„__” _____ 20__ року

Лікар _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)

РІЧНИЙ ЕПІКРИЗ
за результатами диспансеризації у 20__ році

- | | |
|-----|--|
| 1. | Спеціальне звання, П.І.Б. |
| 2. | Діагноз основного захворювання |
| | супутніх захворювань |
| | вперше виявлений у ході диспансеризації |
| 3. | Працевтрати за рік |
| | (кількість днів працевтрат амбулаторно та стаціонарно) |
| 4. | Працездатність: збережена, знижена, без змін |
| 5. | Профілактичне та планове лікування |
| 6. | Група стану здоров'я |
| | (I,II,III) |
| 7. | Група занять з фізичної підготовки |
| | (загальна (I, II, III, IV, V, VI), лікувальна фізкультура) |
| 8. | Оцінка стану здоров'я: поліпшена, погіршена, без змін |
| 9. | Оздоровлення та санаторне лікування |
| | (профіль санаторію, термін перебування) |
| 10. | Виконання рекомендацій: так, ні, частково |
| 11. | Рекомендації на 20__ рік |

**Начальник органу (підрозділу)
МНС України** _____

(спеціальне звання, підпис, прізвище та ініціали)

**Начальник Медичної служби
органу (підрозділу) МНС України**

(спеціальне звання, підпис, прізвище та ініціали)

„_____” _____ 20 ____ року
М.П. _____

Дані спостереження за станом здоров'я

(реєстрація звернення за медичною допомогою, направлення на ЛЕК, лікарсько-льотну комісію, стаціонарне обстеження, лікування, результати контрольних обстежень, консультацій тощо):

Дата звернення (первинне - I, повторне - II)	Результат обстеження

