

Приложение N 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. N 834н

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма N 025/у

Адрес _____

Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число ____ месяц ____ год ____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская - 1, сельская - 2.
7. Полис ОМС: серия _____ N _____ 8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации _____
10. Код категории льготы ____ 11. Документ _____: серия ____ N _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

стр. 2 ф. N 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.
16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
17. Место работы, должность _____
18. Изменение места работы _____
19. Изменение места регистрации _____
20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _____

стр. 3 ф. N 025/у

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

стр. 4 ф. N 025/у

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата
Жалобы
Данные наблюдения в динамике

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

стр. 5 ф. N 025/у

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты

	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

стр. 6 ф. N 025/у

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

стр. 7 ф. N 025/у

26. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____

Врач _____

стр. 8 ф. N 025/у

27. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению _____

Листок нетрудоспособности _____

Зав. отделением _____ Лечащий врач _____

стр. 9 ф. N 025/у

28. Заключение врачебной комиссии

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-10 _____

Заключение врачебной комиссии: _____

Рекомендации _____

Председатель _____ Члены комиссии _____

стр. 10 ф. N 025/у

29. Диспансерное наблюдение

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____

стр. 12 ф. N 025/у

33. Результаты функциональных методов исследования:

стр. 13 ф. N 025/у

34. Результаты лабораторных методов исследования:

стр. 14 ф. N 025/у

35. Эпикриз