

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
		Форма первинної облікової документації № 025/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №
МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО №		
Код хворого		Дата заповнення карти (число, місяць, рік)
1. Прізвище, ім'я, по батькові		
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 ☐ 3. Дата народження (число, місяць, рік) 4. Телефон: дом. робочий		
5. Місце проживання хворого 6. Місце роботи, посада		
7. Диспансерна група (так – 1, ні – 2) ☐		
8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків, які віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9 ☐		
9. Номер пільгового посвідчення		
10. Взятий(а) на облік з приводу 11. Знятий(а) з обліку (причина)		
(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)		
(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)		

I. СИГНАЛЬНІ ПОЗНАЧКИ

Група крові _____ Резус-фактор _____

Переливання крові (коли, скільки) _____

Цукровий діабет _____

Інфекційні захворювання _____

Хірургічні втручання _____

Алергологічний анамнез _____

Непереносимість лікарських препаратів _____
(негативні побічні дії лікарських засобів) (вказати, яких)

Фактори ризику

Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)

[illegible]

III. ВІДОМОСТІ ПРО ЩЕПЛЕННЯ

[illegible]

IV. ЛИСТОК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ						
Найменування обстеження	Кабінет №	Рік і дата проведення				
1	2	3				
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки						
Огляд гінеколога та пальпація молочних залоз						
Цитологічне дослідження						
Мамографія						
Огляд хірурга (уролога): пальцеве обстеження прямої кишки						

[illegible]

VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ
--

[illegible]

VII. ВІДОМОСТІ ЩОДО СТРАХУВАННЯ

[illegible]

[illegible]

Дані профілактичного огляду за _____ рік пацієнта _____ (прізвище, ім'я, по батькові)			
Обстеження	Дата	Результат	Підпис лікаря
Зріст			
Вага тіла			
Артеріальний тиск			
Огляд спеціалістів:			
Окуліста			
Гострота зору: ОД			
OS			
Внутрішньоочний тиск			
Лор-лікаря (гострота слуху)			
Стоматолога (огляд порожнини рота, стан зубів)			
Гінеколога (акушерки оглядового кабінету із застосуванням цитології), пальпація молочних залоз			
Хірурга Пальцеве обстеження прямої кишки			

Продовження форми № 025/о
Зворот вкладного листка № 1 до форми № 025/о

Обстеження	Дата	Результат	Підпис лікаря
Невропатолога			
Терапевта, лікаря загальної практики – сімейного лікаря			
Уролога (пальцеве обстеження простати)			
Інших спеціалістів (дописати)			
Дані лабораторних інструментальних досліджень			
Аналіз крові: НВ, лейкоцити, лейкоцитарна форма			
ШЗЕ, цукор, холестерин			
Аналіз сечі на білок, цукор			
ЕКГ			
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки			
Мамографія			
Ультразвукове дослідження простати			
Пневмотахометрія			
Інші дослідження (вписати)			

Щорічний епікриз на диспансерного хворого

Дата

--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

Спостерігається з приводу (вказати захворювання) _____

Діагноз основний _____

Супутні _____

Кількість загострень протягом року _____

Проведене лікування _____

Група інвалідності (рік, дата) _____

Санаторно-курортне лікування _____

План спостереження на наступний рік

Огляд спеціалістами (вписати необхідних, рік та місяць огляду):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Лабораторні, функціональні та інші дослідження (вписати) _____

Медикаментозне лікування (вказати препарати, які рекомендує лікар) _____

Реабілітація (медична, професійна) _____

Підпис лікаря _____

Вкладний листок № 3 до форми № 025/о[illegible]

Зворот вкладного листка № 3 до форми № 025/о**Примітки.**

1. Цей листок заповнюється у випадку призначень пацієнту антимікробних лікарських засобів в амбулаторних умовах та не заповнюється у випадках призначення пацієнту антимікобактеріальних і антиретровірусних лікарських засобів.
2. В графі «№ з/п» зазначається порядковий номер призначення системного антимікробного (антибактеріального, протівірусного, протигрибового, протипаразитарного) лікарського засобу (далі - АМП) пацієнту.
3. В графі «Діагноз» зазначається діагноз/синдром / патологічний стан пацієнта, з метою лікування/корекції якого(яких) призначено АМП. У випадках профілактичного призначення АМП у графі «Діагноз» слід зазначити причину призначення профілактичного лікування (наприклад, «Профілактика. Контакт менінгококова інфекція» або «Профілактика. Хронічна ревматична хвороба серця»).
4. В графі «Діюча речовина лікарського засобу» зазначається міжнародна непатентована назва (далі - МНН) АМП. У випадку призначення АМП, до складу якого входить більше однієї МНН, МНН зазначаються через скісну риску (наприклад, «амоксцилін / клавуланова кислота»).
5. В графі «Одноразова доза лікарського засобу» зазначається одноразова доза (кількість діючої речовини) АМП і одиниця виміру (наприклад, «1000 мг» або «1 млн ОД»). У випадку якщо до складу АМП входить більше одного МНН, одноразова доза (кількість діючої речовини) кожного з МНН зазначається через скісну риску в послідовності, яка зазначена в графі «Діюча речовина лікарського засобу» (наприклад, «500 мг / 125 мг»). У випадках якщо одноразова доза (кількість діючої речовини) АМП визначається схемою призначення, яка зазначена в інструкції до медичного застосування АМП, у графі «Одноразова доза лікарського засобу» слід зазначити «За схемою». У випадках коли одноразова доза (кількість діючої речовини) АМП змінювалася протягом курсу лікування, у графі «Одноразова доза лікарського засобу» слід зазначити одноразову дозу (кількість діючої речовини) та кількість діб, протягом яких було призначено таку дозу (кількість діючої речовини), скісну риску і наступну одноразову дозу (кількість діючої речовини) і кількість діб, протягом яких її було призначено (наприклад, «1000 мг 5 діб / 500 мг 2 доби»).
6. В графі «Кратність прийому на добу» зазначається число прийомів АМП на добу. У випадках коли АМП призначається одноразово, в графі «Кратність прийому на добу» зазначається «Одноразово». У випадках якщо кратність прийому АМП визначається схемою призначення, яка зазначена в інструкції до медичного застосування АМП, у графі «Кратність прийому на добу» слід зазначити «За схемою». У випадках коли кратність прийому АМП змінювалася протягом курсу лікування, у графі «Кратність прийому на добу» слід зазначити кратність прийому на добу та кількість діб, протягом яких було призначено таку кратність, скісну риску і наступну кратність прийому та кількість діб, протягом яких її було призначено (наприклад, «2 рази на добу 3 доби / 1 раз на добу 2 доби»).
7. В графі «Спосіб введення» зазначається лікарська форма та шлях введення АМП (наприклад, «Таблетки. Перорально», «Капсули. Перорально», «Сироп. Перорально», «Флакони. Внутрішньом'язево», «Ампули. Внутрішньовенно», «Небулайзер. Інгаляційно»).
8. В графі «Дата початку/закінчення прийому» зазначається число, місяць і рік початку та закінчення прийому АМП, що розділяються скісною рисою (наприклад, «01.01.22/ 05.01.22»).
9. В графі «Результат мікробіологічного дослідження» зазначаються результати мікробіологічних досліджень біологічних зразків, взятих для підтвердження/спростування діагнозу або контролю якості проведеного лікування, включно з результатами експрес (швидкої) діагностики (наприклад, на грип, стрептококи групи А, ротавірусну інфекцію).
10. В графі «Перегляд призначення» зазначається число, місяць і рік перегляду призначення АМП та результат такого перегляду (наприклад, «03.01.22 деескалація», «05.01.22 ескалація» або «04.01.22 без змін»).
11. В графі «Побічні реакції» зазначаються всі побічні реакції, які були пов'язані з прийомом АМП пацієнтом.
12. В графі «Підпис лікаря» зазначається підпис лікаря, який призначив АМП.