

## Медицинская карта

Наименование медицинской организации, выдавшей карту \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_, город \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Состояние здоровья \_\_\_\_\_

(указать письменно: передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме, передвигается по комнате, на кресле-коляске)

**Заключения врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях по МКБ-10):**

Фтизиатр \_\_\_\_\_

Дерматолог-венеролог \_\_\_\_\_

Онколог \_\_\_\_\_

Инфекционист \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

(указать: отсутствуют / имеются основания для постановки перед судом вопроса о признании гражданина недееспособным)

Врач общей практики (семейный врач) \_\_\_\_\_

### Результаты лабораторных исследований (с указанием № и даты):

на группу возбудителей кишечных инфекций \_\_\_\_\_

на ВИЧ \_\_\_\_\_

на дифтерию \_\_\_\_\_

на яйца гельминтов \_\_\_\_\_

на реакцию Вассермана (RW) \_\_\_\_\_

на наличие австралийского антигена в крови HBs (гепатит В) \_\_\_\_\_

на маркер гепатита С (HCV) \_\_\_\_\_

флюорографическое исследование или результат исследования мокроты на БК \_\_\_\_\_

Главный врач поликлиники \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
М.П. (подпись, расшифровка)

**Заключение врачебной комиссии медицинской организации:**

Основной диагноз заболевания \_\_\_\_\_  
(с указанием кода заболеваний (состояний) по МКБ-10)

Сопутствующий диагноз заболевания \_\_\_\_\_  
(с указанием кода заболеваний (состояний) по МКБ-10)

Частичная / полная утрата навыков к самообслуживанию (нужное подчеркнуть).

Нуждается / не нуждается в постоянном постороннем уходе (нужное подчеркнуть).

Может / не может собственноручно написать заявление о предоставлении социальных услуг (нужное подчеркнуть).

Отсутствуют / имеются медицинские противопоказания согласно действующему законодательству (нужное подчеркнуть).

Рекомендовано / не рекомендовано нахождение в доме-интернате для престарелых и инвалидов, специальном доме-интернате для престарелых и инвалидов (нужное подчеркнуть).

Рекомендовано / не рекомендовано нахождение в доме социального обслуживания (психоневрологическом интернате) (нужное подчеркнуть).

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_ М.П.  
(дата, подпись, расшифровка)

Члены врачебной комиссии:

Психиатр \_\_\_\_\_ М.П.  
(дата, подпись, расшифровка)

Врач-терапевт / врач общей практики (семейный врач) \_\_\_\_\_ М.П.  
(дата, подпись, расшифровка)

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата, подпись, расшифровка)

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата, подпись, расшифровка)