

№ історії хвороби _____

П.І.Б. хворого _____

Міністерство охорони здоров'я України		Медична документація
Найменування закладу		Форма № 003/0

Медична карта № _____ стаціонарного хворого

Дата	Число, місяць, рік						Годин, хвилин	В поточ. р. з приводу даної хвороби госпіталізований:	
Госпіталізація									Вперше
Виписка (смерть)									повторно

Проведено ліжко-днів _____**Група крові** _____ **Резус-приналежність** _____ **RW** _____
Число, місяць, рік

Підвищена чутливість або непереносимість препарату _____

Найменування препарату, характер побічної дії

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

_____ 2. Стать: ч-1; ж-2 ○ 3. Вік _____
Число, місяць, рік

4. Постійне місце проживання місто – 1; село-2 ○ _____

5. Місце роботи, спеціальність або посада _____

6. Ким направлений _____

7. Госпіталізований в стаціонар за терміновими показаннями – 1 через _____ годин після початку захворювання, одержання травми; в плановому порядку – 2 ○

8. Діагноз лікувального закладу, який направив хворого: _____

9. Діагноз при госпіталізації _____

10. Діагноз клінічний _____

Дата встановлення _____ Лікар _____

Діагноз заключний клінічний: _____

а) Основний _____

б) ускладнення основного _____

в) супутній _____

№ історії хвороби _____

П.І.Б. хворого _____

Дата і час первинного огляду: "_____" _____ 201 ____ р, _____.

Скарги _____

Анамнез хвороби _____

Анамнез життя _____

Об'єктивне обстеження:

Загальний стан: задовільний, середньої важкості, важкий _____

Свідомість: ясна, ступор, кома _____

Шкірні покриви _____

Лімфатична система: _____

Органи дихання: частота дихальних рухів/хв. _____ ;

перкуторний звук: ясний легеневий, тимпанічний, притуплений.

аускультативно: дихання везикулярне, ослаблене, хрипи _____

Серцево-судинна система: пульс _____ пошт/хв., ритмічний, аритмічний.

А/тиск _____ мм.рт.ст.; Тони серця: ясні, приглушені.

Шлунково-кишковий тракт: Язик: вологий, сухий, не обкладений, обкладений.

Живіт: нормальної форми, болісний, безболісний при пальпації.

Сечостатева система: симптом поколювання негативний, позитивний, зліва, справа.

Фізіологічні відправлення _____

Нервово-психічна система: _____

№ історії хвороби _____

П.І.Б. хворого _____

ЛОР- статус:

Дані огляду та пальпації: _____

Риноскопія _____

Орофарингоскопія _____

Ларингоскопія _____

Отоскопія _____

Акуметрія _____

Дані догоспітального обстеження: _____

На підставі даних клінічного огляду, анамнезу, додаткового обстеження встановлено діагноз: _____

План обстеження: - загальний аналіз крові - загальний аналіз сечі - аналіз крові на RW, ВІЛ, HBS - аналіз крові на цукор - біохімія крові - коагулограма - консультація _____ - _____	План лікування: - режим _____ - стіл харчування _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____
--	--

Лікар: _____
Прізвище, І.Б.

Зав. відділенням: _____

Щ о д е н н и к :

Скарги _____

Загальний стан: *задовільний, середньої важкості, важкий* _____

Шкірні покриви _____

Лімфатична система: _____

Органи дихання: *частота дихальних рухів/хв. ____ ;*

перкуторний звук: ясний легеневий, тимпанічний, притуплений.

Аускультативно: дихання везикулярне, ослаблене, хрипи _____

Серцево-судинна система: *пульс ____ пошт/хв., ритмічний, аритмічний.*

А/тиск _____ мм.рт.ст.

Тони серця: ясні, приглушені.

Шлунково-кишковий тракт: *Язик: вологий, сухий, не обкладений, обкладений.*

Живіт нормальної форми, болісний, безболісний при пальпації.

Сечостатева система: *симптом поколючування негативний, позитивний, зліва, справа.*

Фізіологічні відправлення _____

Нервово-психічна система: _____

ЛОР- статус:

Дані огляду та пальпації: _____

Риноскопія _____

Фарингоскопія _____

Ларингоскопія _____

Отоскопія _____

Акуметрія _____

Заключний діагноз: _____

Лікуючий лікар: _____

№ історії хвороби _____

П.І.Б. хворого _____

Зав. ЛОР – відділенням _____

<i>Дата</i>	<i>Характер перебігу захворювання</i>

П.И.Б. больного _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦІЇ № _____

Дата: " _____ " _____ 201 ____ р. Початок операції _____; тривалість _____
часи, хвилини

Метод знеболення: _____

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Операційна сестра: _____

№ історії хвороби _____

П.І.Б. хворого _____

ВИПИСНИЙ ЕПІКРИЗ

Хворий _____

перебував/ла на стаціонарному лікуванні у **ЛОР** - відділенні Полтавської ОКЛ

з _____ по _____ 201__р.

Діагноз: _____

Проведене лікування: _____

О б с т е ж е н н я :

Кров: _____

Сеча _____

Лікувальні та трудові рекомендації: _____

« ____ » _____ 201__р.

Лікуючий лікар: _____

Зав. ЛОР - відділенням _____

№ історії хвороби _____

П.І.Б. хворого _____

П.І.Б. Хворого _____

Дата																			
День лікування			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Пс	А/Т	t °																	
140	200	41																	
120	175	40																	
100	150	39																	
90	125	38																	
80	100	37																	
70	75	36																	
60	50	35																	
Дихання																			
Вага																			
Випито рідини																			
Добова к-ть сечі																			
Випорожнення																			
Ванна																			
Підпис медсестри																			

О Б С Т Е Ж Е Н Н Я :

№	Вид обстеження:	Дата призначення			
1	Загальний аналіз крові				
2	Загальний аналіз крові + к-ть тромбоцитів, тривалість кровотечі				
3	Група крові та резус-фактор				
4	Біохімія крові				
5	Коагулограма				
6	Глюкоза крові				
7	HBS				
8	RW (RMP)				
9	ВІЛ				
10	Загальний аналіз сечі				
11	Кров і сеча на алкоголь				
12					
13	Rö – графія:				
14	ЕКГ				
15	Аудіограма				
16	Консультація:				
Підпис лікаря:					
Підпис медсестри:					

П.І.Б. хворого _____

Палата №

.....

[illegible]

№ історії хвороби _____

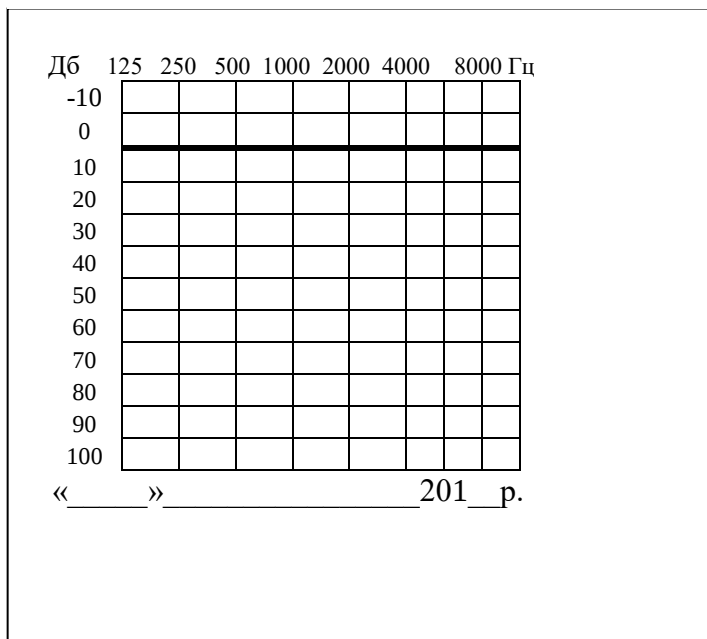
П.І.Б. хворого _____

Лікуючий лікар _____

Зав. ЛОР – відділенням _____

СЛУХОВИЙ ПАСПОРТ

Аудиограма



№ _____

П.І.Б. _____

Вік _____

Професія _____

Діагноз: _____

Тип.пр.	Праве	Ліве
Повітр.		
Кістк.		

Підпис _____

Праве вухо	Т е с т и	Ліве вухо
	СШ	
	ШМ	
	РМ	
	Рінне	
	← Вебер →	
	Ф	
	Б	

Заключення _____
