

# МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

для оформления в учреждение стационарного социального обслуживания

наименование медицинской организации, юридический адрес

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ** врачей-специалистов с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесённых заболеваниях

**Терапевт** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Хирург** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Дермато-  
венеролог** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Окулист** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Стоматолог** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Фтизиатр** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(приложить описание снимка ФЛГ)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Гинеколог** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(для женщин)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Нарколог** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Психиатр**  
(заключение ВК с  
развернутым  
психостатусом)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Сведения о  
прививках**  
(с указанием даты  
прививки, дозы, серии  
и номера вакцины,  
производитель)

Результаты бактериологических исследований (с указанием номера и даты готовности):

**Кишечная группа** « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Мазок на ВЛ** « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Гонорея** « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**RW** « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ВИЧ** « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Яйца гельминтов** « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ** (о возможности/невозможности нахождения в стационарном социальном учреждении, с указанием типа учреждения (общий, психоневрологический), состояния здоровья (полностью себя обслуживает, нуждается в частичном постороннем уходе, нуждается в полном постороннем уходе)

**Возможно / невозможно** нахождение в стационарном социальном учреждении

ненужное зачеркнуть

**общего / психоневрологического** типа

ненужное зачеркнуть

полностью себя обслуживает, **нуждается в частичном постороннем уходе,**

ненужное зачеркнуть

**нуждается в полном постороннем уходе**

ненужное зачеркнуть

Председатель ВК: \_\_\_\_\_  
подпись (расшифровка подписи)

МП ВК

Дата выдачи: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Главный врач \_\_\_\_\_  
подпись (расшифровка подписи)

М.П.