

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
престарелого (инвалида), оформляющегося в дом - интернат

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме, передвигается по комнате, на кресле-коляс)

Заключение врачей специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению)

Терапевта _____

Хирурга _____

Дерматолога – венеролога _____

Онколог _____

Офтальмолога _____

Инфекционист _____

Стоматолога (зубной врач) _____

Гинеколог _____

Фтизиатра _____

Невролог _____

Психиатра _____

(заключение ВКК психоневрологического диспансера, а при отсутствии его районной больницы, с указанием рекомендуемого типа дома-интерната, на руки престарелому (инвалиду) и их родственникам не выдается - высылается почтой)

Результат анализов (с указанием даты анализа)

На дифтерию, группу возбудителей кишечной инфекции (срок действия анализов 14 дней с момента забора материала)

На яйца гельминтов (действителен 10 дней) _____

На реакцию Вассермана (RW) (срок действия 45 дней) _____

На наличие австралийского антигена в крови HBs (гепатит В) (действителен 3 месяца); на маркер гепатита С (HCV) (действителен 3 месяца);

На наличие ВИЧ _____

Флюорография (срок действия 1 год) _____

М.П. _____ « ____ » _____ 201__ год

Главный врач поликлиники _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)