

Редакція:

16.11.2018

11.08.2014



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

від 27 грудня 1999 року N 302

**Про затвердження форм облікової статистичної документації, що
використовується в поліклініках (амбулаторіях)**

Із змінами і доповненнями, внесеними
наказами Міністерства охорони здоров'я України

від 15 травня 2001 року N 181,

від 13 серпня 2001 року N 332,

від 28 січня 2004 року N 47,

від 1 грудня 2004 року N 588,

від 2 червня 2005 року N 249

(зміни, внесені наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 2 червня 2005 року N 249, скасовано у зв'язку із скасуванням
наказу Міністерства охорони здоров'я України від 2 червня 2005 року N 249

згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України

від 22 вересня 2006 року N 639),

від 8 грудня 2005 року N 693,

від 10 січня 2006 року N 1,

від 5 лютого 2007 року N 58,

від 30 квітня 2009 року N 288,

від 26 жовтня 2009 року N 774,

від 14 лютого 2012 року N 110,

від 28 березня 2012 року N 214,

від 31 жовтня 2012 року N 855,

від 29 березня 2013 року N 253

(зміни, внесені наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 29 березня 2013 року N 253, скасовано у зв'язку із скасуванням наказу
Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2013 року N 253 згідно з
наказом Міністерства охорони здоров'я України

від 22 квітня 2013 року N 324),
від 29 травня 2013 року N 435,
від 11 серпня 2014 року N 553,
від 16 листопада 2018 року N 2112

У зв'язку з переходом закладів охорони здоров'я на міжнародну статистичну класифікацію хвороб десятого перегляду (МКХ-10) та з метою вдосконалення облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях), **наказую:**

1. Затвердити форми облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів:

форма N 003-2/о	Форма втратила чинність	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2012 р. N 214)
форма N 025/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
до форми N 025/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
до форми N 025/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
форма N 025-1/о	"Вкладний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого"	
форма N 025-2/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
форма N 025-3/о	Форму виключено	(форму N 025-3/о виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253, форму N 025-3/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)
форма N 025-4/о	Форму виключено	

(форму N 025-4/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 025-4/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253
згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

форма N 025-6/о

Форму виключено

(згідно з наказами Міністерства охорони
здоров'я України від 31.10.2012 р. N 855,
від 29.03.2013 р. N 253,
від 29.05.2013 р. N 435)

форма N 025-7/о

"Талон амбулаторного пацієнта" (скорочений варіант)

форма N 026/о

Форму виключено

(форму N 026/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 026/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253
згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

форма N 030/о

Форму виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони
здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)

форма N 030-1/о

Форму виключено

(згідно з наказами Міністерства охорони
здоров'я України від 31.10.2012 р. N 855,
від 29.03.2013 р. N 253)

форма N 030-2/о

Форму виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони
здоров'я України від 31.10.2012 р. N 855)

форма N 030-3/о

"Контрольна карта диспансерного нагляду за особами групи
ризик розвитку профпатології і з професійними
захворюваннями"

форма N 030-4/о

Форму виключено

(форма N 030-4/о у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

форма N 030-6/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерство охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 031/о	Форму виключено	(форму N 031/о виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253, форму N 031/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)
форма N 032/о	Форму виключено	(форму N 032/о виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253, форму N 032/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)
форма N 037/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
форма N 037-1/о	Форма втратила чинність	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.05.2001 р. N 181)
форма N 037-2/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
форма N 039/о	Форму виключено	(форма N 039/о у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.01.2004 р. N 47,

форма N 039-2/о	Форма втратила чинність (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.05.2001 р. N 181)
форма N 039-3/о	Форму виключено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
форма N 039-4/о	Форма втратила чинність (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.05.2001 р. N 181)
форма N 040/о	"Карточка попереднього запису на прийом до лікаря"
форма N 043/о	Форму виключено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
форма N 045/о	Форму виключено (згідно з наказом Міністерство охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 049/о	Форму виключено (згідно з наказом Міністерство охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 052/о	Форму виключено (форму N 052/о виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253, форму N 052/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 053/о	"Лікувальна карта призовників і відрізний талон лікувальної карти призовників"
форма N 054/о	"Іменний список призовників"

форма N 055/о	Форму виключено (форму N 055/о виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253, форму N 055/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)
форма N 056-1/о	Форму виключено (згідно з наказом Міністерство охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 061/о	"Лікарсько-контрольна карта фізкультурника і спортсмена"
форма N 062/о	"Лікарсько-контрольна карта диспансерного нагляду спортсмена"
форма N 063/о	Форма втратила чинність (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.01.2006 р. N 1)
форма N 063-1/о	"Карта імунізації"
форма N 064/о	Форма втратила чинність (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.01.2006 р. N 1)
форма N 065/о	Форму виключено (згідно з наказом Міністерство охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 065-1/о	Форму виключено (згідно з наказом Міністерство охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 067/о	"Журнал реєстрації медичної допомоги, яка надається на заняттях фізичної культури і спортивних заходах"
форма N 068/о	"Журнал медичного обслуговування фізкультурних заходів"
форма N 069/о	Форму виключено

форма N 070/o	Форму виключено (форма N 070/o у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 30.04.2009 р. N 288, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
форма N 070-2/o	"Журнал обліку довідок для одержання путівки на санаторно-курортне лікування" (пункт 1 доповнено формою N 070-2/o згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.04.2009 р. N 288)
форма N 071/o	Форма втратила чинність (форма N 071/o у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588, втратила чинність згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2012 р. N 214)
форма N 071-1/o	Форма втратила чинність (форма N 071-1/o у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588, втратила чинність згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2012 р. N 214)
форма N 071-2/o	Форму виключено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2018 р. N 2112)
форма N 072/o	Форму виключено (форму N 072/o виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253, форму N 072/o відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 076/o	Форму виключено (форму N 076/o виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253, форму N 076/o відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253)

згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

форма N 077/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)
---------------	-----------------	---

форма N 078/о	Форму виключено	(форму N 078/о виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253, форму N 078/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
---------------	-----------------	---

форма N 079/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)
---------------	-----------------	---

форма N 079-1/о	Форму скасовано	(доповнено формою N 079-1/о згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.06.2005 р. N 249, форму 079-1/о скасовано у зв'язку із скасуванням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.06.2005 р. N 249 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.09.2006 р. N 639)
-----------------	-----------------	--

форма N 080/о	"Медичний висновок на дитину (підлітка) інваліда з дитинства"
---------------	---

форма N 081/о	Форму виключено	(згідно з наказом Міністерство охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
---------------	-----------------	---

форма N 081-1/о	Форма втратила чинність	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.12.2005 р. N 693)
-----------------	-------------------------	---

форма N 082/о	Форма втратила чинність	(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.08.2001 р. N 332)
---------------	-------------------------	---

форма N 083-1/o	Форму виключено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2012 р. N 855)
форма N 083-2/o	"Журнал реєстрації висновків медичних комісій по огляду громадян, які направляються на роботу в порядку організованого набору і громадського призову"
форма N 084/o	"Лікарський висновок про переведення вагітної на іншу роботу"
форма N 085/o	Форму виключено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2012 р. N 855)
форма N 086/o	Форму виключено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)
форма N 087/o	"Книга запису роботи юрисконсульта закладу охорони здоров'я"
форма N 093/o	"Направлення на обов'язковий попередній медичний огляд працівника"
форма N 94-1/o	"Довідка про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації (довідка видається лікувальним закладом для відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок дорожньо-транспортної пригоди)"
форма N 111/o	"Індивідуальна карта вагітної і породіллі"
форма N 112/o	Форму виключено (згідно з наказом Міністерство охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)
форма N 116/o	"Зошит обліку роботи вдома дільничної (патронажної) медичної сестри (акушерки)"
форма N 122/o	"Список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду"
форма N 123/o	"Карта особи, яка підлягає медичному огляду"
форма N 127/o	"Медична довідка (на право придбання спеціальних засобів самозахисту)"
форма N 127-1/o	"Журнал реєстрації медичних довідок (на право придбання

спеціальних засобів самозахисту)"

форма N 128/o	"Журнал обліку роботи кабінету інфекційних захворювань"
форма N 129/o	Форму відмінено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.10.2009 р. N 774)
форма N 129-1/o	Форму відмінено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.10.2009 р. N 774)
форма N 131/o	"Карта обліку диспансеризації"
форма N 132/o	"Карта хворого цукровим діабетом"
форма N 134/o	Форму виключено (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2012 р. N 855)
форма N 135/o	"Паспорт хворого алергічним захворюванням"
форма N 139/o	"Журнал обліку передрейсових оглядів водіїв і передзмінних оглядів робочих"
форма N 140/o	"Сертифікат про проходження профілактичного наркологічного огляду"
форма N 140-1/o	"Журнал реєстрації виданих (отриманих) бланків сертифікатів про проходження профілактичного наркологічного огляду"
форма N 141/o	"Свідоцтво про право на проведення передрейсових (післярейсових) медичних оглядів водіїв транспортних засобів"
форма N 142/o	"Медична карта огляду водія (кандидата у водіїв) транспорту"
форма N 143/o	"Посвідчення водія про проходження медичної підготовки"
форма N 143-1/o	"Журнал реєстрації виданих (отриманих) бланків медичних посвідчень водія"
форма N 144/o	"Журнал комісії по медичному огляду водіїв для визначення їх придатності до керування транспортом"
форма N 145/o	"Медична карта профілактичного наркологічного огляду"

2. Вважати такими, що втратили чинність на території України, наказ МОЗ СРСР від 04.10.80 N 1030 "Про затвердження форм облікової статистичної документації" за розділом 1.2 та наказ МОЗ України від 21.10.93 N 218 "Про затвердження облікових статистичних форм".

3. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, ректорам вищих навчальних закладів, директорам науково-дослідних установ, керівникам підвідомчих закладів забезпечити впровадження облікових статистичних форм, що використовуються в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів.

4. В. о. начальника Центру медичної статистики (Голубчиков М. В.) забезпечити працівників статистичної служби обласного рівня зразками облікових форм, що використовуються в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів та надати необхідну інструктивно-методичну допомогу.

Перший заступник
Міністра охорони здоров'я

В. Ф. Москаленко

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 0 3 - 2 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7 1 2 9 9 р. N 3 0 2
Найменування закладу		
КАРТА хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома		

Форма N 003-2/о втратила чинність
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 28 березня 2012 року N 214)

Код форми за ЗКУД
Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України	
Найменування закладу	

МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО N ____

Код хворого |_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|

рік)

Форму N 025/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 14 лютого 2012 року N 110)

Код форми за ЗКУД |_
Код закладу за ЗКПО |_

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

Вкладний листок на підлітка
до медичної карти амбулаторного хворого

Дата заповнення карти "___" _____ р.

Юнак/дівчина (підкреслити) Дата народження: |_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Адреса підлітка _____

Найменування підприємства (навчального закладу) _____

Дата, коли поступив на підприємство, навчальний заклад |_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

Спеціальність _____

Перенесені захворювання _____

Хвороби батьків (туберкульоз, алкоголізм, психічні захворювання, наркоманія) _____

Проживає в сім'ї, гуртожитку (підкреслити). Харчування _____

Тривалість робочого дня _____ зміни _____

Заняття фізкультурою і спортом - систематичні, випадкові (підкреслити) _____

стор. 2 ф. N 025-1/о

Дані медичних обстежень

		1-е обстеження	2-е обстеження
Вага			
Зріст	сидячи		
	стоячи		
Окружність грудної клітки	вдих		
	видих		
	пауза		
Фізичні вади			
Суб'єктивні скарги			
Шкіра, підшкірна клітковина і слизові			
Кістково-м'язова система			

	1-е обстеження	2-е обстеження
Лімфатичні вузли		
Порожнина рота		
Органи травлення		
Органи дихання		
Органи кровообігу (артеріальний тиск)		

	1-е обстеження	2-е обстеження
Сечостатеві органи		
Ендокринна система		

Нервова система		
Психічний стан		
Органи зору		
Верхні дихальні шляхи і органи слуху		

стор. 5 ф. N 025-1/о

	1-е обстеження	2-е обстеження
Дані флюорографії і рентгену		
Реакція Пірке		
Реакція Манту		
Лабораторні дослідження		
Діагноз		
Допущений до занять		

по фізкультурі (група)		
Призначення лікаря		
Підпис лікаря		

стор. 6 ф. N 025-1/о

ОЗДОРОВЧІ ЗАХОДИ: (направлення в санаторій, будинок відпочинку, надання дієтичного , переведення на іншу роботу і інші види оздоровчих заході		
Найменування заходів	Дата	
	призначення	
1-е обстеження		
2-е обстеження		
3-є обстеження		

Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 2 5 - 2 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7. 1 2.99р. N 3 0 2
Найменування закладу		

СТАТИСТИЧНИЙ ТАЛОН
для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів

Форму N 025-2/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 14 лютого 2012 року N 110)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|

Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 2 5 - 3 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7. 1 2.99р. N 3 0 2
Найменування закладу		

МЕДИЧНА КАРТА СТУДЕНТА N ____

Форму N 025-3/о виключено

(форму N 025-3/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 025-3/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|

Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 2 5 - 4 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7. 1 2.99р. N 3 0 2
Найменування закладу		

ТАЛОН
на прийом до лікаря

Форму N 025-4/о виключено

(форму N 025-4/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 025-4/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 2 5 - 6 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7. 1 2. 9 9 р. N 3 0 2
Найменування закладу		
ТАЛОН амбулаторного пацієнта		

Форму N 025-6/о виключено

(згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я України
від 31 жовтня 2012 року N 855,
від 29 березня 2013 року N 253,
від 29 травня 2013 року N 435)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 2 5 - 7 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7. 1 2. 9 9 р. N 3 0 2
Найменування закладу		
Талон амбулаторного пацієнта		

1. Код лікаря, який розпочав лікування

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Код особи

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

4. Стат'я: чоловіча - 1, жіноча - 2

9

5. Дата народження

(число, місяць, рік)

6. Адреса: вул. _____, буд. N _____, корп. _____, кв. _____

7. Працює: так - 1, ні - 2

5

8. Мета обслуговування: лікувально-діагностична - 1; консультативна - 2; диспансерний нагляд - 3;

профогляд - 4; медико-соціальна - 5; інша - 6

5

9. Випадок обслуговування: первинний - 1; повторний - 2

☐

10. Місце обслуговування	Відвідування виконані (число, місяць)	Всього	
		відвідувань	днів
Поліклініка			
Вдома			
Стационар вдома денний			

11. Діагноз заключний: _____

ОСНОВНИЙ _____

_____ | | | | | | | |
супутні _____

Для кожного із захворювань: гостре захворювання - 1; вперше зареєстроване хронічне - 2;
раніше

відоме хронічне - 3; загострення хронічного - 8

☐

12. Документ про тимчасову непрацездатність

лікарняний листок	виданий	_ _ _ _ _ _ _
		(число, місяць, рік)
довідка	закритий	_ _ _ _ _ _ _
		(число, місяць, рік)
	видана	_ _ _ _ _ _ _
		(число, місяць, рік)
	закрита	_ _ _ _ _ _ _
		(число, місяць, рік)

13. Випадок обслуговування: закінчений - 1; незакінчений - 2

☐

14. Код лікаря, який закінчив лікування |_|_|_|_|_|_|_|

Підпис _____

Дата "___" _____ р.

Код форми за ЗКУД

|_|_|_|_|_|_|_|

Код закладу за ЗКПО

|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N <u>026 / 0</u> Затверджена наказом МОЗ України <u>27.12.99 р.</u> N <u>302</u>
---------------------------------------	--

Форму N 026/о виключено

(форму N 026/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 026/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

Ко
Ко
|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕД ФО Зате <u>2</u>
Найменування закладу		

**КОНТРОЛЬНА КАРТА
диспансерного нагляду**

Форму N 030/о виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 14 лютого 2012 року N 110)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N <u>030 - 1 / 0</u> Затверджена наказом МОЗ України <u>27.12.99 р.</u> N <u>302</u>
Найменування закладу		

**КОНТРОЛЬНА КАРТА
диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки та особою, яка має розлади психіки
внаслідок вживання психоактивних речовин**

Форму N 030-1/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 31 жовтня 2012 року N 855)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 030-2/о Затверджена наказом МОЗ України 27.12.99 р. N 302
Найменування закладу	
СТАТИСТИЧНИЙ ТАЛОН на хворого, який знятий з диспансерного нагляду психоневрологічного/наркологічного закладу у ____ р.	

Форму N 030-2/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 31 жовтня 2012 року N 855)

К
|
К
|

Міністерство охорони здоров'я України		МІ Ф За 12
Найменування закладу		

КОНТРОЛЬНА КАРТА
диспансерного нагляду за особами групи ризику розвитку профпатології і з профе

1. Прізвище, ім'я та по батькові хворого _____ 2. Стать: ч. - 1, ж. - 2 ☐ 3. Дата народження _ _ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік) 4. Домашня адреса _____	10. Діагноз, встановлений в 11. Захворювання, відповідні диспансерний нагляд _____ _____ _____ _____
--	--

5. Місце роботи _____ _____	_____
6. Цех, дільниця _____	12. Взятий(а) на облік "___" __
7. Професія (посада) _____	_____
8. Виробничі шкідливі умови _____ _____	13. Знятий(а) з обліку "___" __
9. Стаж роботи в даних умовах _____	_____
Підпис лікаря _____	

Код форми за ЗКУ

Код закладу за ЄД

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 030-4 Затверджена наказом _____
Найменування закладу		

КОНТРОЛЬНА КАРТА
диспансерного нагляду за хворими на туберкульоз

Форму N 030-4/о виключено

(форма N 030-4/о у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Код закладу за ЗКПО
 |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 030-4-06/о Затверджена наказом МОЗ України 09.11.98 р. N 318
Найменування закладу		
РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТА хворого на злоякісне новоутворення N		

Форму N 030-6/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 11 серпня 2014 року N 553)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 031/о Затверджена наказом МОЗ України 27.12.99р. N 302
Найменування закладу		
КНИГА запису викликів лікарів додому за _____ р.		

Форму N 031/о виключено

(форму N 031/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 031/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

К
Л
К
Л

Міністерство охорони здоров'я України		МІ Фі За 2
Найменування закладу		
ЖУРНАЛ запису пологової допомоги вдома Почато "___" _____ р.		

Зак

Форму N 032/о виключено

(форму N 032/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 032/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

Код форми :
Код закладу

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДО ФОРМА N 0
Найменування закладу		Затверджена 2 7 1 2

Форму N 037/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 14 лютого 2012 року N 110)

Код форми
Код заклад

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДО ФОРМА N 0
		Затверджена на 2 7 1 2

Форму N 037-2/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 14 лютого 2012 року N 110)

Код форми за ДКУД	_ _ _ _ _ _ _
Код закладу за ЄДРПОУ	_ _ _ _ _ _ _

Міністерство охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 3 9 / о
Найменування закладу	Затверджена наказом МОЗ України

|_|_|_|_|_|_|_| N |_|_|_|_|

Форму N 039/о виключено

(форма N 039/о у редакції наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 28.01.2004 р. N 47,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 31.10.2012 р. N 855)

Ко
Ко
|_|

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИ

ФОР

Затве

|2|7

ЩОДЕННИК

обліку роботи лікаря стоматолога-ортодонта

за _____ місяць ____ р.

Форму N 039-3/о виключено

(форма N 039-3/о із змінами, внесеними згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2007 р. N 58,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. N 110)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|

Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я
України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N |0|4|0|/|0|

Затверджена наказом МОЗ України

|2|7.|1|2.|9|9|р. N |3|0|2|

КАРТОЧКА

попереднього запису на прийом до лікаря

на "___" _____ р.

Прізвище лікаря _____

кабінет _____

Черговий N	Години прийому	Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Адреса

Код форми за ЗКУ/
Код закладу за ЗКГ

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕН
Найменування закладу		ФОРМА N <u>043</u> Затверджена наказом М <u>27.12.99</u> р.

МЕДИЧНА КАРТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО N ____
____ р.

Форму N 043/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 14 лютого 2012 року N 110)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Затверджен
27.12.

Карта профілактичних флюорографічних досліджень

Заведена | | | | | | | |
(число, місяць, рік)

Форму N 052/о виключено

(форму N 052/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 052/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)

Код форми за ЗКУД | | | | | | | | | |
Код закладу за
ЗКПО | | | | | | | | | |

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу
Райвиськкомат

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N 053/о

Затверджена наказом МОЗ України
27.12.99р. N 302

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу
Райвиськкомат

Лікувальна карта призовника N ____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження | | | | | | | |
(число, місяць, рік)

3. Місце проживання (адреса) призовника

_____ N телефону _____

4. Місце навчання (роботи)

л

ліку
(заповнюється і на пр
після то

і

1. Прізвище, ім'я, по б:

н

і

2. Дата народження | |
(число

я

3. Місце проживання

в

4. Місце навчання (р

і

5. Посада _____

6. Найменування хвороби (висновок медичної комісії
при медогляді в РВК-приписці)

7. Термін явки

Призначено з'явитися _____ місяць ____ р.

Надіслано нагадування про явку _____ місяць ____ р.

З'явився _____ місяць ____ р.

8. Знаходився під наглядом лікаря _____
(дата)

Д _____

Р 5. Посада _____

І _____

З 6. Найменування хвороби
при медогляді в РВК-приписці

У _____

7. Термін явки

Призначено :

Надіслано на

З'явився _____

8. Знаходився під наглядом лікаря _____

стор. 2 ф. N 053/о

9. Анамнез, дані попередніх оглядів і дані медогляду в 15 років

10. Дані об'єктивного обстеження

11. Дані рентгенодіагностики і лабораторного дослідження

12. Діагноз

13. Попередній висновок про стан здоров'я і придатності до
військової служби після того, як призовник знятий з обліку
лікувального закладу

9. Анамнез, дані попередніх оглядів і дані медогляду в 15 років

10. Дані об'єктивного обстеження

11. Дані рентгенодіагностики і лабораторного дослідження

12. Дані лабораторного дослідження

13. Дані інших досліджень

Л

І

Н

І

Я

лікар

лікар

Лікуючий

(підпис)

Головний

(підпис)

Дані медичного нагляду

Дата відвідувань	Дані поточного нагляду	Призначення

14. Яке проведено лікування

В

15.

Р

І

Д

16. Попередній висновок пр

служби після того, як призое

І

з

у

17.

Знятий

з

Печатка лікувального закладу

Код форми :
Код закладу

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

ІМЕННИЙ СПИСОК ПРИЗОВНИКІВ

Іменний список призовників
для систематичного лікування в
(найменування закладу)
Автономна Республіка Крим

область (місто) _____ населений пункт _____ район _____

[illegible]

стор. 2 ф. N 054/o

N п/ п	Прізвище, ім'я, по батькові	Рік народження	Місце проживання (докладна адреса)	Місце роботи (навчання)	Діагноз
1	2	3	4	5	6

"__" _____ р.

Районний воєнний коміс

Примітка: Облікова форма може бути використана і для списку призовників, які не з'яви
 шляхом зміни слова "направлені" на "не з'явилися", в таких випадках слова "районний воє
 "головний лікар".

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Код закладу за
 ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
 ФОРМА N 0|5|5|/|o|

Найменування закладу

Затверджена наказом МОЗ України
2|7|1|2|9|9|р. N 3|0|2|

КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ
дитини (підлітка) з незвичайною реакцією
на вакцинацію (ревакцинацію) БЦЖ

Форму N 055/о виключено

(форму N 055/о виключено згідно з наказом
 Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
 форму N 055/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
 охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
 Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
 виключено згідно з наказом Міністерства
 охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

Код форми :
Код закладу

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

ЖУРНАЛ
реєстрації обстежених на спеціалізованій медичній комісії

Почато "___" _____ р.

Закінчено "___" _____

Форму N 056/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 11 серпня 2014 року N 553)

Код форми :
Код закладу

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

ЛІКАРСЬКО-КОНТРОЛЬНА КАРТА
фізкультурника і спортсмена

Дата

Організація (ДЮСШ, спортколектив) _____ Вид спорту _____
N поліклініки за місцем проживання _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

3. Стать ч.-1, ж.-2 ☐

4. Домашня адреса _____
Телефон _____

5. Місце роботи _____

11. Вживання алкоголю: випиває
не вживає (підкреслити)
Паління: зі скількох років _____
по _____ штук в день

12. Яким видом спорту перекладається _____

13. Скільки часу _____

6. Професія, посада _____

7. Освіта _____ 8. Житлові умови _____

9. Режим харчування _____

10. Перенесені: а) хвороби _____

б) травми _____

в) операції _____

14. Якими іншими видами с _____

15. По яких видах спорту при _____

16. Розряд _____

дат

стор. 2 ф. N 061/о

17. Антропометричні дані

		1-е обстеження Дата огляду		2-е обстеження Дата огляду		3-є обст Дата о	
		вік	оцінка*)	вік	оцінка*)	вік	
Вага							
Зріст стоячи							
Об'єм грудної клітки	вдох						
	видих						
	пауза						
	розмах						
Спірометрія							
Динамометрія	права кисть						
	ліва кисть						
	станова						

18. Дані зовнішнього огляду

Шкіра						
Видимі слизові оболонки						
Лімфатична система						
Жировідкладення						
Мускулатура						
Стан гризових воріт						
Грудна клітка						
Спина						
Стопа						
Ноги						

*) Оцінка для дітей і підлітків до 17 років включно

19. Найближчі дані спортивного анамнезу

	1-е обстеження Дата огляду _____	Дата _____
Короткі дані про тренування і спортивні виступи		

20. Дані обстеження внутрішніх органів

Скарги		
Органи дихання: верхні дихальні шляхи, легені (аускультация)		
Органи кровообігу: серце (границі, аускультация)		
Органи травлення: язик, живіт (пальпація)		

стор. 5 ф. N 061/о

Число, місяць, рік обстеження		
До навантаження		Дихання _____
		Пульс _____
		Характер пульсу _____
		Артеріальний тиск _____
Після навантаження	ПУЛЬС	10 _____
		20 _____
		30 _____
		40 _____
		50 _____
		60 _____
		Тиск _____
		Дихання _____
Характер пульсу		_____
Аускультация		Стоячи _____
		Лежачи _____

21. Висновок

Фізичний розвиток	
Стан здоров'я (функціональний стан)	
Медична група	
Допуск до занять, змагань з...	
Направлений до спеціаліста	
Повторна явка	
Рекомендовано	
Примітка	

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за
ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № <u>0 6 2 / o </u> Затверджена наказом МОЗ України <u>2 7. 1 2. 9 9 p. </u> № <u>3 0 2 </u>
Найменування закладу		

ЛІКАРСЬКО-КОНТРОЛЬНА КАРТА
диспансерного нагляду спортсмена

(лікарсько-фізкультурний диспансер)

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

ДСС _____

Вид спорту _____

Розряд _____

Прізвище тренера _____

Лікар _____

Дата заповнення "___" _____ р.

(заповнюється на спортсменів, які взяті під диспансерний нагляд)

стор. 2 ф. N 062/о

I. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

I. Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

Стать: ч. - 1, ж. - 2 ☐

Домашня адреса _____

Телефон _____

N поліклініки за місцем проживання _____

Освіта _____ Професія _____

Місце роботи _____

Тривалість робочого дня _____

Сімейний стан _____

Житлові умови: _____

Режим харчування: регулярне, нерегулярне _____
_____ раз на день.

Вживання алкоголю: багато, мало, звично, випадково (підкреслити).

Паління: так, ні, з якого віку _____,

кількість цигарок в день _____

2. Перенесені захворювання, операції, травми _____

Захворювання в сім'ї _____

3. Зміни загальних відомостей _____

стор. 3 ф. N 062/о

II. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗУ

1. З якого віку почав займатися спортом і якими видами _____

2. Заняття основним видом спорту (початок занять, систематично, з перервами (більше півроку),
самостійно, під керівництвом тренера _____

3. Динаміка спортивної кваліфікації

Дата	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)
Розряд	_____	_____	_____	_____
Вид спорту	_____	_____	_____	_____

4. Динаміка спортивних результатів _____

5. Тренування в минулому, особливості: круглорічне, сезонне, різнобічне, вузькоспеціальне

6. Участь в змаганнях без достатньої підготовки, ні (підкреслити)

7. Чи були явища перетренування чи перенапруження (коли, причини, ознаки)

8. Спортивні травми (коли, характер, локалізація, тяжкість, лікування, залишкові явища)

9. Самоконтроль в процесі тренування _____

III. НАЙБЛИЖЧІ ДАНІ СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗУ

Дата обстеження

1. Коли і з якими результатами
закінчив попередній спортивний
рік (сезон)

2. Тривалість і характер відпочинку після попереднього року (сезону)	
3. Характеристика тренувань по періодах (коли почав тренування, частота, тривалість і характер тренувань) Чи змінив режим тренувань. Число проведених змагань, їх масштаби і результати): а) підготовчий період б) основний період в) активний відпочинок	
4. Захворювання, спортивні травми, перетренування або фізична перенапруга в цьому спортивному році (сезоні)	
5. Як оцінює спортсмен свою тренуваність в даний період	

стор. 6 ф. N 062/о

НАЙБЛИЖЧІ ДАНІ СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗУ		

Плеча правого	Спокійно		
	Напружено		
Плеча лівого	Спокійно		
	Напружено		
Грудної клітки	Вдох		
	Видих		
	Пауза		
	Розмах		
Стегна правого			
Стегна лівого			
Гомілки правої			
Гомілки лівої			
Плечовий			
Гр. фронтальний			
Гр. сагітальний			
Тазовий			
Динамометрія правої кисті			
Динамометрія лівої кисті			
Динамометрія станова			
Життєва місткість легень			
Загальна оцінка фізичного розвитку і відповідність його вказаному віку			

*) обов'язково для дітей і підлітків

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ДАНІ

Дата	Оцінка*)	Дата	Оцінка*)	Дата	Оцінка*)

*) в віці до 17 років включно

Дата "___" _____ р.

Скарги _____

ЗОВНІШНІЙ ОГЛЯД

Шкіра	
Видимі слизові	
Лімфатична система	
Жировідкладення	
Мускулатура	

Опорно-руховий апарат	

ДАНІ ОБСТЕЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

Органи дихання	Верхні дихальні шляхи		
	Перкусія і аускультация легень		
Органи кровообігу	Серцевий поштовх		
	Границя серця	Права	
		Ліва	
	Аускультация	Стоячи	
		Лежачи	
	Судини		
Органи травлення	Язик		
	Печінка		
	Інші органи травлення		
Сечостатева система			
Ендокринна система			

стор. 10 ф. N 062/о

	Травматолог	
--	-------------	-------------------------------------

стор. 12 ф. N 062/o

ДАНІ РЕНТГЕНОСКОПІЇ (ФЛЮОРОГРАФІЇ)

стор. 13 ф. N 062/o

ДАНІ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

До навантаження: Пульс _____ Артеріальний тиск _____ Дихання _____

Дата		20 присідань			15-секундний біг				3-хвилинний біг				
		Оцінка _____			Оцінка _____				Оцінка _____				
		1'	2'	3'	1'	2'	3'	4'	1'	2'	3'	4'	5'
Після навантаження: Характер пульсу	10												
	20												
	30												
	40												
	50												
	60												
Артеріальний тиск													
Дихання													
Аускультация													

Інші тести визначення працездатності _____

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Дата останнього тренування і загальна оцінка його навантаження:

Оцінка адаптації організму до фізичних навантажень _____

стор. 18, 19 ф. N 062/о

ДАНІ ЕКГ І ІНШИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

стор. 20 ф. N 062/о

ВИСНОВОК ПО ДИСПАНСЕРНОМУ ОБСТЕЖЕННЮ

Дата	
------	--

Оцінка фізичного розвитку	
Оцінка стану здоров'я (функціонального стану і працездатності)	
Діагноз основний	
Діагноз супутній	
Допуск до тренувань	
Загальні вказівки по режиму тренувань	
Допуск до змагань	
Рекомендовані лікувально- профілактичні заходи	
Дата повторного обстеження	
Підпис лікаря	

стор. 21 ф. N 062/о

ВИСНОВОК ПО ДИСПАНСЕРНОМУ ОБСТЕЖЕННЮ	

стор. 1 ф. N 063-1/o

Код форми за УКУД |__|__|__|__|__|__|
Код закладу за ЗКПО |__|__|__|__|__|__|

Міністерство охорони здоров'я України Ministry of Health of Ukraine	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 0063-1/0 Затверджена наказом МОЗ України
Найменування закладу	27.12.99р. № 302
КАРТА ІМУНІЗАЦІЇ IMMuNIZATION CARD	

Тип щепл.	Препарат Vaccine
Проти туберку- льозу (ТВ)	V:
	RV:
Проти поліо-	V:

Прізвище, ім'я, по батькові (Name, Surname)

Дата народження (Date of Birth)

Місце народження (Place of Birth)

Дата видачі та назва ЛПУ, що видала карту (Issued: Date and Place)

мієліту (Polio)

RV:

V - Вакцинація;
RV - Ревакцинація

стор. 3 ф. N 063-1/о

Тип щепл.	Препарат Vaccine	Дата Date	Серія Lot #	Підпис і печатка лікаря (ЛПУ) Signature and stamp
Р. Манту				

Тип щепл.	Препарат Vaccine	Дата Date
Проти дифтерії, кашлюка, правця (Diphtheria, Pertussis, Tetanus)	V:	
	RV:	

Тип щепл.	Препарат Vaccine	Дата Date	Серія Lot #	Підпис і печатка лікаря (ЛПУ) Signature and stamp
Проти кору, краснухи, паротиту (MMR)				

Тип щепл.	Препарат Vaccine	Дата Date
Проти інших інфекцій (Other infections)		

Карта імунізації зберігаєть
пред'являється при вступі
оформленні на роботу, пр
поліклініки, при госпіталі:

Код 4
Код 3

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИ
ФОРМ
Затве
27

МЕДИЧНА КАРТА N _____
хворого венеричним захворюванням

Взятий(а) на облік _____
(число, місяць, рік)
рік)

Дата скл

Форму N 065/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 11 серпня 2014 року N 553)

Код
Код

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИ
ФОРМ
Затве
| 2 | 7.

МЕДИЧНА КАРТА N _____
хворого грибковим захворюванням

Дата заповнення

Форму N 065-1/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 11 серпня 2014 року N 553)

Код
Код

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИ
ФОРМ
Затве
12 17

ЖУРНАЛ
реєстрації медичної допомоги, яка надається на заняттях
фізичної культури і спортивних заходах
за ____ р.

Почато "____" _____ р.

Зак

стор. 2 ф. N 067/о

N п/п	Дата і час реєстрації	Прізвище, ім'я, по батькові	Рік народження	Стать	Домашня адреса	До якої організації є фізкультурні колективу відноситься потерпілий

Код

Код

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИ
Найменування закладу		ФОРМ
		Затве
		<u>2</u> <u>7</u>

ЖУРНАЛ

медичного обслуговування фізкультурних заходів

за ____ р.

Почато "____" _____ ____ р.

Закі

N п/п	Дата і години проведення спортивних заходів	Найменування заходів	Найменування організації	Назва спортивного об'єкта	Число учасники

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 6 9 / o Затверджена наказом МОЗ України 2 7 .1 2.9 9 р. N 3 0 2 	ЖУРНАЛ запису амбулаторних операцій за ____ р. Почато "____" ____ р. Закінчено "____" ____ р.
Найменування закладу			

Форму N 069/o виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 14 лютого 2012 року N 110)

Код форми за ДКУД
|_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЄДРПОУ
|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 070/o _ _ _ _ _ _ _ _ Затверджена наказом МОЗ України _____ N _____
-------------------------------	--	---

Форму N 070/o виключено

(форма N 070/o у редакції наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 30.04.2009 р. N 288,

Код форми за ДКУД
Код закладу за ЄДРПОУ

Міністерство охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 070-2/о Затверджена наказом МОЗ _____ N _____
Найменування закладу	

ЖУРНАЛ
обліку довідок для одержання путівки на санаторно-курортне лі

Почато "___" _____ 20__ року	
------------------------------	--

стор. 2 ф. N 070-2/о

N п/п	П. І. П. особи, якій видана довідка, та повна адреса її проживання	Діагноз захворювання, з приводу якого хворий направляється на санаторно- курортне лікування (код за МКХ-10)	Номер довідки	Рішення лікарсько- консультативної комісії про виділення довідки (дата засідання, N протоколу)	Рекомендоване лікування (санаторно- курортне або амбулаторно- курортне) та місце лікування: курорт або місцевий санаторій	Профіль санаторію
1	2	3	4	5	6	7

(наказ доповнено формою N 070-2/о згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 30.04.2009 р. N 288)

Код форми за ДКУ

Код закладу за ЄД

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУ ФОРМА N <u>0</u> <u>7</u> Затверджена наказом
Найменування закладу		

**ЗВЕДЕНА ВІДОМІСТЬ ОБЛІКУ ЗАХВОРЮВАНЬ
ТА ПРИЧИН СМЕРТІ В ДАНОМУ ЛІКУВАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ
(серед дітей до 14 років включно)**

за ____ квартал ____ рік

Форма N 071/о втратила чинність

(форма N 071/о у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588, втратила чинність згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2012 р. N 214)

Код форми за ДКУ

Код закладу за ЄД

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУ ФОРМА N <u>0</u> <u>7</u> Затверджена наказом
Найменування закладу		

**ЗВЕДЕНА ВІДОМІСТЬ ОБЛІКУ ЗАХВОРЮВАНЬ
ТА ПРИЧИН СМЕРТІ В ДАНОМУ ЛІКУВАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ
(серед дорослого населення 18 років і старші)**

за ____ квартал ____ рік

Форма N 071-1/о втратила чинність

(форма N 071-1/о у редакції наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 01.12.2004 р. N 588,
втратила чинність згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 28.03.2012 р. N 214)

Код фор
Код закл

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ФОРМА N
Найменування закладу		Затверджен <u>1 6. 0 3.</u>

**ЗВЕДЕНА ВІДОМІСТЬ ОБЛІКУ ВПЕРШЕ
ЗАРЕЄСТРОВАНИХ ТРАВМ ТА ОТРУЄНЬ В ДАНОМУ ЛІКУВАЛЬНОМУ**

за _____ квартал _____ рік

Табл. 1000

Форма N 071-2/о втратила чинність
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 16 листопада 2018 року N 2112)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N <u>0 7 2 / о</u> Затверджена наказом МОЗ України <u>2 7. 1 2. 9 9 р.</u> N <u>3 0 2</u>
Найменування закладу		
САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА N _____ "___" _____ ____ р.		

Форму N 072/о виключено

(форму N 072/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 072/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N [0 7 6 / о] Затверджена наказом МОЗ України [2 7 1 2 9 9 р.] N [3 0 2]
Найменування закладу		

САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА ДЛЯ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Дата заповнення |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

Форму N 076/о виключено

(форму N 076/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 076/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2013 р. N 435)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		
--	--	--

Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 077/о Затверджена наказом МОЗ України 27.12.99 р. N 302
ПУТІВКА N ____ в дитячий санаторій _____ (найменування санаторію і медичний профіль) терміном з "____" _____ р. по "____" _____ р.	

Форму N 077/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 29 травня 2013 року N 435)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 078/о Затверджена наказом МОЗ України 27.12.99 р. N 302
Найменування закладу		
НАПРАВЛЕННЯ в санаторій для хворих на туберкульоз		

Форму N 078/о виключено

(форму N 078/о виключено згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253,
форму N 078/о відновлено у зв'язку з скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 29.03.2013 р. N 253 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.04.2013 р. N 324,
виключено згідно з наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 11.08.2014 р. N 553)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|

Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я
України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N |0|7|9|/|о|

Затверджена наказом МОЗ України

|2|7|1|2|9|9|р.| N |3|0|2|

МЕДИЧНА ДОВІДКА
на учня, який від'їжджає в оздоровчий табір

Форму N 079/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 29 травня 2013 року N 435)

Код форми за ДКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|

Код закладу за ЄДРПОУ

|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я
України
Назва закладу

Медична документація

Форма N |0|7|9|-|1|/|о|

Затверджена наказом МОЗ України

|0|2|0|6|2|0|0|5| N |2|4|9|

Медична довідка

про стан здоров'я дитини, яка виїжджає за кордон у туристичну подорож, на відпочинок та оздоровлення

Форму 079/1о скасовано

(наказ доповнено формою 079-1/о згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 02.06.2005 р. N 249,
форму 079-1/о скасовано у зв'язку із скасуванням наказу Міністерства
охорони здоров'я України від 02.06.2005 р. N 249 згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України від 22.09.2006 р. N 639)

Код форми за ЗКУД

|_|_|_|_|_|_|_|

Код закладу за ЗКПО

|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони
здоров'я України

Міністерство охорони
здоров'я України

Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 080/0 Затверджена наказом МОЗ України 27.12.99р. N 302
КОРИНЕЦЬ медичного висновку N _____ на дитину (підлітка)-інваліда з дитинства в віці до 16 років від "___" _____ р.	
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____ _____	
2. Дата народження _ _ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	
3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) _____ _____	
4. Місце проживання батьків (опікуна) _____ _____	
5. Захворювання (патологічний стан) _____ _____	
відповідає розділу _____ пункту _____	
підпункту _____ "Переліку медичних показань" Дійсний до "___" _____ р. Дата переогляду "___" _____ р.	
Головний лікар _____ (П. І. Б)	
(Заступник головного лікаря по мед. частині) _____ (підпис)	
Лікуючий лікар _____ (П. І. Б) (підпис)	
Направлено в районний (міський) відділ соцзабезпечення "___" _____ р. Поштова квитанція (дата)	

Найменування закладу
МЕДИЧН на дитину (підлітка) - (направляється в орга прожив від "___
1. Прізвище, _____ _____
2. Дата народження _ _ _ (число, міся
3. Прізвище, ім'я, по батьк (необхідне _____ _____ _____ _____
4. Місце пр _____ _____ _____
5. Захворюван _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

відповідає розділу _____ пункту

Висновок дійсний до "____" _____ р.

Дата переогляду "___" _____ р.

(Заступник
головного лікаря
по медичній частині) _____
(підпис)

Лікуючий лікар

_____ (П. И. Б.)

_____ (підпис)

Найменування закладу

МЕДИЧНА КАРТА N _____
хворого на туберкульоз

KL

M
Φ
3a
| 2

Дата заповнення |__|__|__

(число, міся

Форму N 081/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 11 серпня 2014 року N 553)

Код форми за ЗКУД |__|__|__|__|__|__|

Код закладу за ЗКПО |__|__|__|__|__|__|

Міністерство охорони здоров'я
України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N |0|8|3|-|1|/|о|

Затверджена наказом МОЗ України

|2|7.|1|2.|9|9|р.| N |3|0|2|

ДОВІДКА N ____
про проходження профілактичного психіатричного огляду

Форму N 083-1/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 31 жовтня 2012 року N 855)

Код форми
Код закладу

Міністерство охорони здоров'я
України

Найменування закладу

ЖУРНАЛ

реєстрацій висновків медичних комісій по огляд
направляються на роботу в порядку організованого на
призову

Почато "___" _____ р.

[illegible]

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 084 / 0	Затверджена наказом МОЗ України
--	---	------------------------------------

Найменування закладу

| 2 | 7 . | 1 | 2 . | 9 | 9 | р . | N | 3 | 0 | 2 |

ЛІКАРСЬКИЙ ВИСНОВОК про переведення вагітної на іншу роботу

Прізвище, ім'я та по батькові вагітної _____

Місце роботи і посада _____

Вагітність _____ тижнів _____

Підстава для перевodu _____

Рекомендована робота _____

Прізвище, ім'я та по батькові лікаря _____

Підпис _____

Дата видачі "___" _____ р.

Перевод здійснений _____

Посада керівника _____

Підпис _____

Дата видачі "___" _____ р.

УЗГОДЖЕНО
Голова профкому

Підпис _____

Код ф

Код з

Міністерство охорони
здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИЧ-
ФОРМА

Затверд:

| 2 | 7 . | 1

КАРТА ДІЛЬНИЧНОЇ МЕДСЕСТРИ

протитуберкульозного диспансеру, протитуберкульоз відділення (кабінету) лікарні (поліклініки)

почато "___" _____ р.

Форму N 085/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 31 жовтня 2012 року N 855)

Код форми
Код закладу

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 086/о Затверджена наказом МОЗ України
Найменування закладу		27.12.99р. N 302

МЕДИЧНА ДОВІДКА

(лікарський професійно-консультативний висновок)

заповнюється на абітурієнтів, які поступають у вищі учбові заклади, технікуми, середні спеціальні учбові заклади, професійно-технічні, технічні училища; на підлітків, які поступають на роботу

від "___" _____ р.

Форму N 086/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 14 лютого 2012 року N 110)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 087/о Затверджена наказом МОЗ України
Найменування закладу		27.12.99р. N 302

за _____ р.

[illegible]

Причина звернення	Вид наданої допомоги	Дата підготовки матеріалу щодо порушення справи	Результати розгляду	Примітка
8	9	10	11	12

Код форми за ЗКУД | | | | | | | |
 Код закладу за ЗКПО
 | | | | | | | |

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 093//о Затверджена наказом МОЗ України 31.03.94р. N 45
Найменування закладу		

НАПРАВЛЕННЯ на обов'язковий попередній медичний огляд

працівника

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Рік народження _____

Оформлення за професією (посадою) _____

Характеристика робочого місця _____

Додаток 1 п. п. _____ до наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.

Додаток 2 п. п. _____ до наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.

Підпис уповноваженої _____
власником особи (підпис)

Дата "___" _____ р.

Висновок медичної комісії

Придатний (непридатний) до роботи за професією (посадою), у контакті з небезпечними та шкідливими виробничими факторами, речовинами (згідно з положенням N _____ пп. наказу МОЗ України (у несприятливих умовах праці) згідно додатка пп. _____ наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.

Місце печатки лікувально-
профілактичного закладу (ЛПЗ)

Заступник головного лікаря МСЧ

(ЛПЗ, поліклініки профогляду) _____

Лікар-терапевт цехової
(територіальної, лікарняної дільниці) _____

Зав. відділенням профілактики або
поліклініки профілактичних наглядів _____

Дата "___" _____ р.

ПЛАН

диспансерного нагляду та його виконання

Частота нагляду		Огляд лікарями інших спеціальностей		Назва і частота лабораторних, інструментальних і функціональних досліджень		Основні лікувальні заходи	
Призначено	З'явився	Призначено	Виконано	Призначено	Виконано	Призначено	Вик

(дата)	(дата)	(дата)	(дата)	(дата)	(дата)	(дата)	(д
1	2	3	4	5	6	7	
Підпис лікаря _____				Дата "___" _____ р			

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 0 9 4 - 1 / o Затверджена наказом МОЗ України 0 4.0 8.9 8 р. N 2 3 6
Найменування закладу		

ДОВІДКА
про термін тимчасової непрацездатності для
подання до страхової організації
(довідка видається лікувальним закладом для відшкодування шкоди,
заподіяної внаслідок дорожньо-транспортної пригоди)

Видана _____ р. народження,

(прізвище, ім'я та по батькові)

проживаючого(ої) за адресою _____

в тому, що він(вона) дійсно знаходився(лась) на лікуванні у _____

_____ відділенні/поліклініці _____

(назва медичного закладу)

з "___" _____ р. по "___" _____ р.

з "___" _____ р. по "___" _____ р.

Направлений(а) на МСЕК "___" _____ р. _____

(в разі потреби направлення)

Довідка видана на підставі _____

"___" _____ р. Головний лікар _____

(підпис)

(П. І. Б. розбірливо)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № <u>111/о</u> Затверджена наказом МОЗ України <u>27.12.99р.</u> № <u>302</u>
Найменування закладу		

ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА ВАГІТНОЇ І ПОРОДІЛЛІ	
Група крові _____	Реакція Вассермана I "___" _____ р. II "___" _____ р.
Резус-приналежність вагітної _____	Результат дослідження на гонококи _____
її чоловіка _____	Обстеження на токсоплазмоз
1. Взята на облік _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	РЗК (за показаннями) _____
_____	Шкірна проба _____ РЗК _____
Прізвище, ім'я, по батькові _____	

Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

Сімейний стан: шлюб зареєстрований - 1, не зареєстрований - 2, одинока - 3
□

Домашня адреса, телефон _____

Освіта: початкова, середня, вища (підкреслити)

Місце роботи, телефон _____

Професія або посада _____ умови праці _____

Прізвище і місце роботи чоловіка, телефон _____

2. Діагноз: вагітність (яка за N) _____ Пологи _____

Ускладнення даної вагітності _____

Екстрагенітальні захворювання (діагноз) _____

3. Результат вагітності: аборт, пологи в строк, передчасні (підкреслити)
_____ тижнів. Дата _____

Особливості пологів _____

Дитина: жива, мертва, маса (вага) _____ г, зріст _____ см

Виписалася, переведена до лікарні, померла в пологовому будинку (підкреслити)

Діагноз _____

стор. 2 ф. N 111/о

4. Анамнез

Перенесені захворювання: загальні _____

Гінекологічні _____

Операції _____

Статеве життя з _____ років. Здоров'я чоловіка _____

Менструація з _____ років і особливості _____

Остання менструація з _____ по _____ р.

Перше ворушіння плоду "___" _____ р.

РЕЗУЛЬТАТ ПОПЕРЕДНІХ ВАГІТНОСТЕЙ

N п/ п	Рік	Чим закінчилася вагітність, при якому терміні				Дитина народилася жива, мертва, маса (вага)	Дитина жива, померла, в якому віці	Особливості перебігу попередніх вагітностей
		абортами		пологами				
		штуч- ними	мимо- вільними	перед- часними	в строк			

5. Перше обстеження вагітної

Зріст _____ см. Маса (вага) _____ кг. Особливості будови тіла _____

Стан молочних залоз _____

Серцево-судинної системи _____

Артеріальний тиск: на правій руці _____ на лівій _____

Інші органи _____

Розміри таза: Д. Sp. _____ Д. Cr. _____ Д. troch. _____ С. ext. _____
C. diag. _____ C. vera _____

Зовнішнє акушерське дослідження: висота дна матки _____ см

Окружність живота _____ см. Положення плоду, позиція, вид _____

Передлежання _____

Серцебиття плоду _____

ВАГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

|
|

ПРИЗНАЧЕННЯ

Зовнішні статеві органи	
Шийка матки	
Тіло матки	
Придатки	
Особливості	
Діагноз: строк вагітності тижнів	
Передбачуваний строк пологів	
Підпис лікаря	Дата

стор. 3 ф. N 111/о

6. Перебіг вагітності						
Дата						
Скарги						
Загальний стан						
Маса (вага)						
на правій руці						
АТ -						
на лівій руці						
Набряки						
Окружність живота						
Висота стояння дна матки						
Положення плоду						
Передлежача частина						
Серцебиття плоду						
Ворушіння плоду						
Строк вагітності (в тижнях)						

Патологічні відхилення (діагноз)						
Листок непрацездатності						
Призначення:						
Госпіталізація						
Введення стафілококового анатоксину						
Дата наступного відвідування						
Підпис						
Огляд терапевта						
Огляд стоматолога						

стор. 4 ф. N 111/о

7. Підготовка до пологів							
Фізкультура		Ультрафіолетове опромінення		Школа матерів		Психопрофілактична підготовка	
Дата	Строк вагітності	Дата	Строк	Дата	Строк	Дата	Строк

			вагітності		вагітності		вагітності

8. Патронажні відвідування

Дата						
Строк вагітності						
Скарги						
Загальний стан (набряки)						
на правій руці						
АТ -						
на лівій руці						
Положення плоду						
Серцебиття плоду						
Рекомендації						

Підпис _____

стор. 5 ф. N 111/о

9. Листок для підклеювання аналізів, обмінної карти і інших документів

стор. 6 ф. N 111/о

10. Допологова відпустка з "__" _____ р. по "__" _____ р.

Листок непрацездатності N _____

Пологи "__" _____ р. в строк, раніше, пізніше на _____ днів (підкр.)

Пологи відбулися в _____

Післяпологова відпустка на _____ днів з "__" _____ р.

по "__" _____ р. Листок непрацездатності N _____

11. Спостереження за породілею

Дата	Скарги	Дані обстеження	Поради, призначення

Підпис лікаря _____			
Підпис зав. консультацією _____			

Код форми за ЗКУД |
Код закладу за ЗКПО |

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТ ФОРМА N 112 / Затверджена наказом МС 2 7. 1 2. 9 9 р.
Найменування закладу		
ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ДИТИНИ		
Група крові _____		
Резус-приналежність _____		

Форму N 112/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 11 серпня 2014 року N 553)

Код форми за ЗКУД |
Код закладу за ЗКПО |

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТ ФОРМА N 116 / Затверджена наказом МС 2 7. 1 2. 9 9 р.
Найменування закладу		
ЗОШИТ обліку роботи вдома дільничної (патронажної) медичної сестри (а за _____ р.		

[illegible]

Код закладу за ЗКПО |__|__|__

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>/</td><td>о</td></tr></table>	1	2	2	/	о					
1	2	2	/	о							
Найменування закладу	Затверджена наказом МОЗ України <table border="1"><tr><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td><td>9</td><td>4</td><td>р.</td><td>N</td><td>4</td><td>:</td></tr></table>	3	1	0	3	9	4	р.	N	4	:
3	1	0	3	9	4	р.	N	4	:		

(Прізвище, ім'я та по батькові фахівця)

фахівця)

(Назва санепідемстанції)

" ____ " _____ р. _____

СПИСОК
осіб, які підлягають періодичному медичному огляду
_____ у ____ році
(назва закладу)

[illegible]

Підпис представника власника _____
(прізвище, ім'я та по батькові)

Примітка: Графи 9, 10 і 11 заповнюються лікувально-профілактичним закладом після одержання (закладу, організації).

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>/</td><td>о</td></tr></table>	1	2	3	/	о					
1	2	3	/	о							
Найменування закладу	Затверджена наказом МОЗ України <table border="1"><tr><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td><td>9</td><td>4</td><td>р.</td><td>N</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	3	1	0	3	9	4	р.	N	4	5
3	1	0	3	9	4	р.	N	4	5		

КАРТКА
особи, яка підлягає медичному огляду*

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Стать: ч. - 1, ж. - 2 ☐

КАРТКА

особи, яка підлягає медичному огляду*

3. Рік народження |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

4. Адреса _____

5. Місце роботи _____

6. Цех, дільниця _____

7. Професія (посада) _____

8. Підстава для попереднього і періодичного медогляду**

9. Підлягає огляду _____ раз _____ на _____

10. Дата огляду _____

11. Спеціалістами _____

12. Клінічні обстеження _____

* Заповнюється на контингент, який підлягає періодичним оглядам нетериторіальними поліклініками. Висновки кожного медичного огляду заносяться в окремі картки, які як додаток зберігаються разом з медичною картою амбулаторного хворого (ф. N 025/о).

** Вказати шкідливість згідно з додатками N 1, 2 наказу Міністерства охорони здоров'я від 29.09.89 р. N 555.

Пункти 1 - 11 заповнюються медичною сестрою або фельдшером здоровпункту згідно із списком осіб, які підлягають медичному огляду.

стор. 2 ф. N 123/о

ВИСНОВОК ПОПЕРЕДНЬОГО (ПЕРІОДИЧНОГО) МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ*

1. Дані огляду спеціалістами (вказати дату і висновок).

1.1. Терапевт _____

1.2. Хірург _____

1.3. Невропатолог _____

1.4. Окуліст _____

1.5. Отоларинголог _____

1.6. Гінеколог _____

1.7. Дерматолог _____

1.8. Інші спеціалісти _____

(вписати)

2. Дані рентгенологічного (флюорографічного) обстеження

3. Дані клінічних (лабораторних) досліджень _____

4. Дані ЕКГ _____

5. Діагноз основний _____

5.1. Супутні діагнози _____

6. Лікарський висновок про професійну придатність _____

6.1. Придатний до праці _____

6.2. Не придатний до праці _____

7. Направляється для поглибленого обстеження, лікування, медичної реабілітації

в _____

(найменування лікувально-профілактичного закладу)

Підпис лікаря _____

(прізвище, ініціали)

Дата "___" _____ р.

* Якщо попередній медичний огляд проводиться централізовано поліклінікою (відділенням) профілактичних оглядів, заповнена карта разом з висновком медичної комісії про придатність до роботи видається на руки особі, яка оглядається, для передачі у лікувально-профілактичний заклад, що обслуговує підприємство.

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|

Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я
України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N |1|2|7|/|o|

Затверджена наказом МОЗ України

|2|0.|1|0.|9|9|р.|N|2|5|2|

Серія _____ N _____

МЕДИЧНА ДОВІДКА
для отримання дозволу (ліцензії) на об'єкт дозвільної системи

1. Прізвище, ім'я та по батькові _____

2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

3. Адреса _____

4. Медичний огляд проведено з метою вирішення питання про наявність або відсутність медичних протипоказань для отримання ліцензії (дозволу) на:

(об'єкт дозвільної системи)

5. Висновок лікарсько-консультативної комісії: _____

6. Медична довідка дійсна до: _____

Місце
для
фотокартки

Голова ЛКК _____
(розбірливо)

Члени ЛКК _____
(розбірливо)

М. П.
лікувально-профілактичного
закладу

Дата "___" _____ р.

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я
України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
ФОРМА N **1|2|7|-|1|/|о|**
Затверджена наказом МОЗ України
2|0.|1|0.|9|9|р.| N **2|5|2|**

ЖУРНАЛ
реєстрації виданих (отриманих) бланків медичних довідок для отримання дозволу
(ліцензії) на об'єкт дозвільної системи

N п/п	Дата отримання	Звідки отримані	Кількість	Серія та номер	Підпис особи, що отримала бланки
1	2	3	4	5	6

Дата видачі	Кому видані	Серія та номер	Підпис особи, що видала бланки	Підпис особи, що отримала бланки	Залишок
7	8	9	10	11	12

Міністерство охорони здоров'я України		М Ф За [1
Найменування закладу		

ЖУРНАЛ
обліку роботи кабінету інфекційних захворювань

[illegible]

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО
|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 129/0
Найменування закладу	Затверджена наказом МОЗ України 27.12.99 р. № 302
ПРОТОКОЛ медичного огляду для встановлення факту вживання психоактивної речовини та стану сп'яніння	

"__" _____ р.

Форму N 129/о відмінено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 26 жовтня 2009 року N 774)

К
|
К
|

Міністерство охорони здоров'я України		Мі Фі За <u>2</u>
Найменування закладу		

ЖУРНАЛ
реєстрації медичних оглядів для встановлення факту вживання психоактивної ре

Почато "__" _____ р. Закін

Форму N 129-1/о відмінено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 26 жовтня 2009 року N 774)

К
|
К
|

Міністерство охорони здоров'я України		Мі Фі За <u>2</u>
Найменування закладу		

КАРТА ОБЛІКУ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ N |_|_|_|_|_|_|_|_|
медична карта амбулаторного хворого N |_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Стать: ч. - 1, ж. - 2 ☐

4. Адреса: район _____ місто - 1, село - 2 ☐ вул. _____

5. Місце роботи (навчання) _____ цех _____ тел. сл _____

6. Професія (посада) _____ 7. Прикріпле

7.1. Для щорічної диспансеризації (номер/назва лікарської дільниці) _____ 7.2. Для пе
шкідливості, інша підстава _____ раз у рік _____

8. Прикріплений в іншій установі (назва, відомство)

Дата проведення медичного огляду по плану (вписати)	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)	_ _ _ _ _ _ _ (число, місяць, рік)
Огляд проведено (число, місяць, рік)				
Терапевтом	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Педіатром	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

стор. 2 ф. N 131/o

Обстеження проведено _____
(число, місяць, рік)

Флюорографія	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Туберкулінові проби	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Мамографія	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
ЕКГ	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Цитологічні дослідження мазків	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Обстеження в оглядовому кабінеті	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Мікрореакція з кардіоліпіновим антигеном	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Реакція Вассермана	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Дослідження мазків на гонококи	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Аналіз крові	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Аналіз сечі	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Інші дослідження	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Група здоров'я: _____

Підпис лікаря _____

Вперше виявлені при диспансеризації захворювання і фактори ризику

____ р. _____
 ____ р. _____
 ____ р. _____
 ____ р. _____
 ____ р. _____
 ____ р. _____

Записи в карті можуть бути використані тільки безпосередньо в лікувально-профілактичному диспансеризації та складанні звітів встановленої форми.

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 1 3 2 / o Затверджена наказом МОЗ України 2 7 1 2 9 9 p. N 3 0 2
Найменування закладу		
КАРТОЧКА хворого цукровим діабетом		

Дата видачі "___" _____ р.

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Адреса _____
3. Телефон: домашній _____
службовий _____
4. Поліклініка N _____
району, телефон _____

М. П.

Головний лікар (підпис) _____

До відома осіб, які надають першу медичну допомогу:

У випадку втрати свідомості власником карточки необхідно терміново визвати бригаду швидкої допомоги або доставити в найближчий лікувально-профілактичний заклад.

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 1 3 4 / o Затверджена наказом МОЗ України 2 7 1 2 9 9 р. N 3 0 2
Найменування закладу		

Карта алергологічного дослідження

Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

Дата |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

Форму N 134/о виключено
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 31 жовтня 2012 року N 855)

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		
Найменування закладу		

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N 135/0

Затверджена наказом МОЗ України

271299р. N 302

ПАСПОРТ
хворого алергічним захворюванням

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження
(число, місяць, рік)

Домашня адреса і телефон _____

Діагноз: _____

Хворий(а) знаходиться під наглядом в алергологічному кабінеті з ____ р.

У хворого(ої) виявлена підвищена чутливість до таких алергенів:

1. Медикаменти і сироватки
2. Харчові продукти
3. Алергічні реакції на укуси та вжалення комах
4. Епідермальні алергени
5. Побутові алергени
6. Харчові алергени

Вживає глюкокортикоїдні гормони (преднізолон, тріамсінолон, дексаметазон, ...) з ____ р.
(доза на добу) _____

Телефон алергологічного кабінету _____

Підпис лікаря-алерголога _____

Дата складання паспорта "____" _____ р.

Код форми за ЗКУД

Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N 139/0

Затверджена наказом МОЗ України

271299р. N 302

ЖУРНАЛ
обліку передрейсових оглядів водіїв і передзмінних оглядів робочих

Почато "____" _____ р. Закінчено "____" _____ р.

N п/ п	Прізвище, ім'я, по батькові	Табельний номер	Скарги	Пульс	t° тіла	Артер. тиск	Проба на наявність алкоголю	Підпис середнього медичного працівника
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Міністерство охорони здоров'я України

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N |1|4|0|/|о|

Найменування закладу

Затверджена наказом МОЗ України

|2|8.|1|1.|9|7|р. N |3|3|9|

Серія ____ N ____

СЕРТИФІКАТ
про проходження профілактичного наркологічного огляду

1. Прізвище, ім'я та по батькові _____

2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

3. Адреса _____

4. Дата проходження огляду _____

5. Результати огляду _____

а) наркологічні протипоказання до виконання _____
(вид професійних обов'язків)б) наркологічні протипоказання до провадження _____
(вид діяльності)6. Результати обстеження, проведеного лікувально-консультативною комісією
(у разі його проведення) _____

7. Сертифікат дійсний до _____

Лікар-нарколог _____ М. П. лікаря-нарколога

М. П. наркологічного закладу

"____" _____ р.

стор. 2 ф. N 140/о

Інструкція про заповнення сертифіката

1. Сертифікат заповнюється лікарями-наркологами територіального наркологічного закладу, що проводять профілактичний наркологічний огляд, а також головою лікувально-консультативної комісії територіального наркологічного закладу у разі її проведення.

2. Всі пункти сертифіката заповнюються розбірливо.

3. Прізвище, ім'я та по батькові обстежуваного вписуються повністю згідно з паспортними даними.

4. Висновок профілактичного огляду, в залежності від його мети, має чітко визначити наявність чи відсутність наркологічних протипоказань до виконання функціональних обов'язків, або провадження конкретних видів діяльності.

5. В кінці сертифіката повинно бути розбірливо вказано прізвище лікаря, стояти його підпис та кругла печатка наркологічного закладу; у разі проведення лікувально-консультативної комісії її висновок підписується головою комісії, завіряється круглою печаткою наркологічного закладу, що проводив профілактичний наркологічний огляд громадянина.

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за
ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Найменування закладу

ФОРМА N **|1|4|0|-|1|/|0|**

Затверджена наказом МОЗ України

|2|8.|1|1.|9|7|р.| N **|3|3|9|**

ЖУРНАЛ
реєстрації виданих (отриманих) бланків сертифікатів
про проходження профілактичного наркологічного огляду

Почато "___" _____ р.

Закінчено "___" _____ р.

Код форми за ЗКУД

Код закладу за

ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА N 1 4 1 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 8. 1 1. 9 7 р. N 3 3 9
СВІДОЦТВО про право на проведення передрейсових (післярейсових) медичних оглядів водіїв транспортних засобів		
1. Прізвище, ім'я, по батькові		
2. Дата народження (число, місяць, рік)		
3. Адреса		
4. Спеціальність		
5. Посада		
6. Пройшов(ла) навчання, склав(ла) залік, має право на проведення передрейсових (післярейсових) медичних оглядів водіїв автотранспортних засобів.		
7. Посвідчення дійсне до		
Керівник закладу (підпис)		

М. П. закладу

Дата "___" _____ р.

стор. 2 ф. N 141/о

Інструкція щодо заповнення свідоцтва

1. Свідоцтво заповнюється керівником закладу, що проводить навчання медичних працівників методам передрейсових (післярейсових) медичних оглядів водіїв автотранспортних засобів.
2. Всі пункти свідоцтва заповнюються розбірливо.
3. Прізвище, ім'я та по батькові медичного працівника, що пройшов навчання та склав залік, вписуються повністю згідно з паспортними даними.
4. В кінці свідоцтва повинно бути розбірливо вписане прізвище керівника закладу, що проводив навчання, стояти його підпис і печатка закладу.

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за
ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Найменування закладу

ФОРМА N **1|4|2|/|о|**

Затверджена наказом МОЗ України

2|8.|1|1.|9|7|р.| N **3|3|9|**

МЕДИЧНА КАРТА

огляду водія (кандидата у водії) транспорту N ____

1. Прізвище, ім'я та по батькові _____

2. Стать: чол. - 1, жін. - 2 (підкреслити) ☐

3. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

4. Місце прописки: район _____
вул. _____ буд. _____ корп. _____ кв. _____ тел. _____

5. Місце роботи _____

6. Професія, посада _____

7. Вид транспорту _____

8. Дата огляду в медичній комісії водіїв транспорту "___" _____ р.

Висновок лікаря	Підпис
Хірург	
Невропатолог	
Терапевт	
Окуліст	
Отоларинголог	
Гінеколог (для жінок)	
Дерматолог	

Місце для фотокартки	М. П. лікувально-профілактичного закладу
----------------------------	---

стор. 2 ф. N 142/о

Інструкція про заповнення медичної карти

- Медична карта заповнюється лікарями медичної комісії водіїв транспорту, що проводять попередній, періодичний чи позачерговий огляд водія (кандидата у водії) транспорту.
- Всі пункти медичної карти заповнюються розбірливо.
- Прізвище, ім'я та по батькові водія вписуються повністю згідно з паспортними даними.

4. Кожен лікар власноруч заносить до медичної карти висновки обстеження водія та ставить свій підпис.

5. У медичну карту наклеюють фотокартку обстежуваного водія. Дані обстеження завіряються печаткою лікувально-профілактичного закладу, при якому створено медичну комісію водіїв транспорту.

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за
ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Найменування закладу

ФОРМА № **143/0**

Затверджена наказом МОЗ України

28.11.97р. № **339**

ПОСВІДЧЕННЯ
водія про проходження медичної підготовки

1. Прізвище, ім'я та по батькові _____

2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

3. Адреса _____

4. Спеціальність _____

5. Посада _____

6. Пройшов(ла) медичну підготовку водія, склав(ла) залік.

7. Посвідчення дійсне до _____

Керівник закладу _____

"__" _____ р.

(підпис)

М. П. закладу

стор. 2 ф. N 143/о

Інструкція про заповнення посвідчення

1. Посвідчення заповнюється керівником закладу, що проводить медичну підготовку водіїв.
2. Всі пункти посвідчення заповнюються розбірливо.
3. Прізвище, ім'я та по батькові водія, що пройшов медичну підготовку та склав залік, вписуються повністю згідно з паспортними даними.
4. В кінці посвідчення повинно бути розбірливо вказано прізвище керівника закладу, стояти його підпис і печатка закладу, що проводив медичну підготовку водія.

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за
ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N **|1|4|3|-|1|/|0|**

Затверджена наказом МОЗ України

|2|8.|1|1.|9|7|р.| N **|3|3|9|**

ЖУРНАЛ

реєстрації виданих (отриманих) бланків медичних посвідчень водія

Почато "___" _____ р.

Закінчено "___" _____ р.

стор. 2 ф. N 143-1/о

N п/п	Дата отримання	Звідки отримані	Кількість	Серія та номер	Підпис особи, що отримала бланки
1	2	3	4	5	6

стор. 3 ф. N 143-1/о

Дата видачі	Кому видані	Серія та номер	Підпис особи, що	Підпис особи, що отримала бланки	Залишок
----------------	-------------	-------------------	---------------------	--	---------

N п/ п	Прізвище, ім'я, по батькові	Дата народження	Вид транспорту	Стаж керування транспортom
1	2	3	4	5

Заповнюється тільки для інвалідів			Висновок	Примітка
група інвалідності	N пенсійного посвідчення	дата видачі пенсійного посвідчення		
6	7	8	9	10

--	--	--	--	--

на звороті ф. N 144/о

Інструкція про заповнення журналу

- 1. Журнал заповнюється головою медичної комісії водіїв транспорту, що проводить попередній, періодичний чи позачерговий огляд водія (кандидата у водіїв) транспорту.
- 2. Всі пункти журналу заповнюються розбірливо.
- 3. Прізвище, ім'я та по батькові водія вписуються повністю згідно з паспортними даними.
- 4. Висновок у журналі має чітко визначити придатність або непридатність водія до керування конкретними видами транспорту, а також строк його чергового огляду у медичній комісії водіїв.

Код фс
Код за

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ФОРМА
Найменування закладу		Затверд. 28.

I. Загальні дані

1.1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

1.2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

1.2. Адреса _____

1.4. Дата проходження огляду"___" _____ ____ р.

1.5. Мета огляду _____

II. Результати обстеження		
2.1. Травматологічний анамнез		2.2.5. Збільшення печінки:
2.1.1. Травма голови після повноліття: так - (3) ні (0)	☐	відсутнє - (0) помітне помірне - (2) значне
2.1.2. Переломи кісток після повноліття: так - (3) ні (0)	☐	2.3. Лабораторне обстеження
2.2. Клінічне обстеження		2.3.1. Активність ГГТ (гамма-глю
2.2.1. Ін'єктування кон'юктиви: відсутнє - (0) помітне - (1) помірне - (2) значне - (3)	☐	Нижня межа норми: (0,17 0,25 - 1,0 Верхня межа норми: (0,6 1,02 - 1,75
2.2.2. Аномальна васкуляризація шкіри: відсутня - (0) помітна - (1) помірна - (2) значна - (3)	☐	Вище норми: (більше,
2.2.3. Тремор рук: відсутній - (0) помітний - (1) помірний - (2) значний - (3)	☐	
2.2.4. Тремор язика:	☐	

відсутній - (0) помірний - (2)	помітний - (1) значний - (3)		
			Загальна сума балів:

2.4. Психологічне тестування				
2.4.1. Як часто опитуваний споживає спиртні напої?	☐	ніколи -	(0)	щоміс
		рідше, ніж раз на місяць -	(1)	щоти
ніколи -	(0)	щомісяця -	(2)	щоде
раз на місяць або рідше -	(1)	щотижня -	(3)	
від двох до чотирьох разів на місяць -	(2)	щоденно або майже щоденно -	(4)	2.4.8. остан приг остан
від двох до трьох разів на тиждень -	(3)			
чотири рази на тиждень і більше -	(4)	2.4.5 Як часто протягом останнього року Він пив більше, ніж було потрібно?	☐	нікол рідше
2.4.2. Скільки опитуваний звичайно випиває спиртного (відповідь класифікуйте в стандартних дозах чистого етилового спирту - етанолу. Виходьте з того, що така стандартна доза містить 10 г етанолу).	☐	ніколи -	(0)	щоміс
		рідше, ніж раз на місяць -	(1)	щоти
		щомісяця -	(2)	щоде
		щотижня -	(3)	
		щоденно або майже щоденно -	(4)	
1 чи 2 стандартні дози -	(0)			2.4.9. завда внасл
3 чи 4 стандартні дози -	(1)	2.4.6. Як часто протягом останнього року йому треба було випити вранці, щоб привести себе до ладу "після вчорашнього"?	☐	
5 чи 6 стандартних доз -	(2)			
7 чи 8 стандартних доз -	(3)			ні -

10 чи більше стандартних доз -	(4)	ніколи -	(0)	так, а
2.4.3. Чи часто Він випиває по 6 "стандартних доз" за один раз?	☐	рідше, ніж раз на місяць -	(1)	так, п
		щомісяця -	(2)	2.4.10. роди
ніколи -	(0)	щотижня -	(3)	інши: те, щ
рідше, ніж раз на місяць -	(1)	щоденно або майже щоденно -	(4)	
щомісяця -	(2)			ні -
щотижня -	(3)	2.4.7. Як часто протягом останнього року Він відчував себе винуватим чи відчував докори совісті після того, як випив?	☐	так, а
щоденно або майже щоденно -	(4)			так, п
2.4.4. Як часто протягом останнього року Він, почавши пити, вже не міг зупинитись?	☐	ніколи -	(0)	
		рідше, ніж раз на місяць -	(1)	Загал

2.5. Дані додаткових обстежень

III. Висновок профілактичного наркологічного огляду

Лікар-нарколог

М. П.

"__" _____

Інструкція про заповнення медичної карти

1. Медична карта заповнюється лікарями-наркологами територіального наркологічного закладу наркологічний огляд.
2. Всі пункти медичної карти заповнюються розбірливо.
3. Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного вписуються повністю згідно з паспортними даними

4. Висновок профілактичного огляду, в залежності від його мети, має чітко визначити наявності протипоказань до виконання функціональних обов'язків, або провадження конкретних видів д
5. В кінці медичної карти повинно бути розбірливо вказано прізвище лікаря, стояти його підпи

Код форми за ЗКУД |_|_|_|_|_|_|_|_|
Код закладу за ЗКПО |_|_|_|_|_|_|_|_|

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 146/о Затверджена наказом МОЗ України 28.11.97р. N 339
Найменування закладу		

ПОСВІДЧЕННЯ
про проходження навчання сучасним методам проведення
профілактичних наркологічних оглядів

1. Прізвище, ім'я та по батькові _____
2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)
3. Диплом про вищу медичну освіту: серія _____ N _____
виданий _____
4. Місце роботи _____
5. Посада _____
6. Пройшов(ла) навчання сучасним методам проведення профілактичних наркологічних оглядів, склав(ла) залік.
7. Посвідчення дійсне до _____

Керівник закладу _____ "___" _____ р.
(підпис)

М. П.

на звороті ф. N 146/о

Інструкція про заповнення посвідчення

1. Посвідчення заповнюється керівником закладу, що проводить навчання лікарів-наркологів сучасним методам профілактичних наркологічних оглядів.
2. Всі пункти посвідчення заповнюються розбірливо.

3. Прізвище, ім'я та по батькові лікаря-нарколога, що пройшов навчання та здав залік, вписуються повністю згідно з паспортними даними.

4. В кінці посвідчення повинно бути розбірливо вказано прізвище керівника закладу, що проводив навчання, стояти його підпис, печатка закладу.
