

Брестская центральная поликлиника
(наименование организации здравоохранения)
(структурного (обособленного) подразделения)

Приложение
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
05.12.2023 № 188
Форма 025/у-23

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА
ДЛЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**
№ _____

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____

Число, месяц, год рождения ____ г.

Идентификационный номер пациента: _____

Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть).

Место жительства (место пребывания): область _____

район _____ населенный пункт _____

улица/проспект/переулок/проезд _____

дом _____, корпус _____, квартира _____

Адрес фактического проживания: область _____

район _____ населенный пункт _____

улица/проспект/переулок/проезд _____

дом _____, корпус _____, квартира _____

Место работы (учебы), должность служащего _____

Телефон: домашний _____, мобильный _____

Категория граждан, имеющих льготы на медицинское обслуживание (указать льготу)

_____ 20__ г.

(дата оформления медицинской карты пациента)

ЛИСТ
учета доз рентгенологических исследований

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента

№ п/п	Дата проведения рентгенологического исследования	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание
1	2	3	4	5

ЛИСТ
учета заключительных диагнозов

Число, месяц, год установления заключительного диагноза	Заключительные диагнозы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Фамилия, инициалы (инициал собственного имени) медицинского работника	Подпись медицинского работника
1	2	3	4

ЛИСТ
учета временной нетрудоспособности

Период временной нетрудоспособности	Заключительный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Общее число дней временной нетрудоспособности
1	2	3

Данные прохождения профилактических онкологических обследований

Данные опроса (нужное подчеркнуть)			20__	20__	20__	20__
1. Изменились ли за последние месяцы цвет и размеры пигментных (родимых) пятен?	ДА или НЕТ?	Кожа				
2. Есть ли на коже, губах, слизистой полости рта и языке язвы, трещины, разрастания, уплотнения, шелушение?	ДА или НЕТ?	Губы, язык и слизистая рта				
3. Имеются ли затруднения при проглатывании жидкой или твердой пищи?	ДА или НЕТ?	Пищевод				
4. Отмечаете ли в настоящее время общую слабость, постоянные отрыжки и рвоты (чувство тяжести и боли в поджелудочной области, запоры, поносы)?	ДА или НЕТ?	Желудок				
5. Отмечаете ли примесь крови в моче, кале или дегтеобразный стул?	ДА или НЕТ?	Прямая кишка				
6. Отмечаете ли в настоящее время кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке, осиплость голоса?	ДА или НЕТ?	Легкие				
7. Имеются ли уплотнения в молочных железах, язвы, трещины в области соска, кровянистые выделения из соска?	ДА или НЕТ?	Молочная железа				
8. Имеются ли кровянистые выделения из влагалища, не связанные с менструацией?	ДА или НЕТ?	Матка				
9. Другие жалобы	ДА или НЕТ?	Лимфатичес- кие узлы				
		Подпись врача				

Осмотр гинеколога (первичный)

" _____ " _____ 20 ____ г.
(дата первичного осмотра)

Жалобы

Осмотрена: на чесотку _____, на педикулез _____

Опрошена на тениоз _____

Анамнез

Последняя менструация _____. Менструации с _____ лет, регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, по _____ дней, через _____ дней.

Половая жизнь с _____ лет, исходы предыдущих беременностей: роды срочные _____, преждевременные _____, аборт(ы) _____, выкидыши _____, родились дети с уродствами _____. Планирует беременность: да / нет.

Гинекологические заболевания и операции _____

Контрацепция: ВМС, ОК, другие _____

Объективные данные. АД _____ PS _____ ИМТ _____ (рост - _____ вес - _____)

Кожные покровы бледные, розовые, чистые. Язык чистый, влажный (сухой), обложен налётом.

Живот при пальпации мягкий, (не) вздут, безболезненный, болезненный.

Молочные железы (МЖ) равновеликие, правая/левая меньше. Кожа МЖ не изменена/

изменена, соски чистые, не втянуты, втянут правый/левый. При пальпации : МЖ мягкие, диффузно изменены, _____

отделяемого из сосков нет/есть. Периферические лимфоузлы не пальпируются/ .пальпируются

Щитовидная железа: _____

Гинекологический осмотр. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому, мужскому типу.

Уретра, БЖ, парауретральные ходы не изменены, изменены, инфильтрованы

Осмотр в зеркалах. Влагалище: свободное/узкое, опущение передней / задней стенки влагалища.

Слизистая: розовая, гиперемирована, прочее _____

Шейка матки: конической, цилиндрической формы, гипертрофирована, деформирована

старыми разрывами. Слизистая чистая, розовая, эрозирована, гиперемирована, полип в цервикальном канале, удалена при операции, прочее _____

Вагинальный (бимануальный) осмотр.

Влагалище: свободное, шейка матки _____ см, плотная, наружный зев закрыт. Тело матки: не

увеличено, увеличено до _____ недель беременности, плотное, мягковатое, бугристое,

болезненное, безболезненное, отклонено кпереди, кзади, смещено вправо / влево, подвижное,

ограничено в подвижности, удалено при операции, пальпируется опухолевидное образование,

прочее _____

Придатки: не пальпируются, увеличены справа, слева, в спайках, болезненные, удалены при операции, опухолевидное образование, прочее _____

Своды: свободны, укорочены, болезненность заднего свода, выпячивание заднего свода, прочее _____

Выделения: слизисто-серозные, гнойные, пенистые, творожисто-хлопьевидные, кровянистые, умеренные, обильные, незначительные, прочее _____

Пальцевое исследование прямой кишки: патологии нет, геморроидальные узлы, инфильтрат, образование в малом тазу, прочее _____

Диагноз _____

Рекомендации: _____

Лист временной нетрудоспособности серия _____ номер _____ Срок с "___" 20__ г. по "___" 20__ г. Режим _____

Повторный осмотр "___" 20__ г.

Врач-гинеколог _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Согласие на проведение простых медицинских вмешательств получено _____

(подпись) (инициалы, фамилия)

С 8 по 16 страницу чистые листы