|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства охорони здоров’я України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 14 лютого 2012 року | | | | | | | | № | | | 110 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров’я | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первинної облікової документації | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **№ 027/о** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров’я, де заповнюється форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ЗАТВЕРДЖЕНО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Наказ МОЗ України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код за ЄДРПОУ | | | | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | № | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ВИПИСКА**  **із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| У | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров’я, куди направляється виписка) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Прізвище, ім’я, по батькові хворого | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Дата народження | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Місце проживання хворого: область\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| місто(село)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вулиця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, будинок \_\_\_\_\_\_\_, кв.\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Місце роботи (посада) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| захворювання | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | |
| направлення в стаціонар | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | |
| б) у стаціонарі: надходження | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | |
| виписки або смерті (підкреслити) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Продовження форми № 027/о

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при | | | | | | | |
| направленні, при виписці |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 8. Лікувальні і трудові рекомендації | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_року | |  | | | Лікуючий лікар |  | |
|  | | |  | | | | (прізвище, підпис) |