|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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) |