

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту _____
_____ район _____ город _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)

Группа инвалидности _____

Заключение врачей-специалистов об отсутствии медицинских противопоказаний к обслуживанию, заверенные личной печатью и подписью (с указанием основного и сопутствующего диагноза)

Терапевт _____

Фтизиатр _____

Психиатр _____

(с указанием рекомендуемого типа стационарного учреждения социального обслуживания)

Результаты обследования на официальных бланках с указанием № и даты

1. Флюорография органов грудной клетки (результаты действительны в течении года)
2. Результаты бактериологических исследований на группу возбудителей кишечных инфекций, яйца гельминтов (результат действителен не более 14 дней с момента забора материала на исследование)
3. Результат исследования на дифтерию (результат действителен не более 10 дней со дня выдачи)
4. Результаты исследования крови на гепатит В и С (действительны в течении 3х месяцев)
5. Результаты исследования крови на ВИЧ (действительны в течении 6 мес.)
6. Результаты исследования крови на RW (действительны в течении 3х месяцев)
5. Результаты исследования общего анализа крови, общего анализа мочи (действительны не более 14 дней со дня выдачи)
6. Результат исследования методом ПЦР на COVID-19 (действительно 3 дня до поступления)
7. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту проживания в течение 21 дня до поступления в учреждение
8. Данные о профилактических прививках (при наличии прививочного сертификата)

" ____ " _____ 20 ____ г.

_____ Заведующий поликлиники

М.П.