

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Престарелого (инвалида), оформляющегося в дом-интернат

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту _____
район _____ город _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевта _____

Фтизиатра _____

Флюорограмма и результаты _____

Хирурга _____

Онколога _____

Дермато-венеролога _____

Окулиста _____

Стоматолога _____

Психиатра (заключение психоневрологического диспансера ,а при его отсутствии районной больницы)-КЭК _____

Нарколога _____

Гинеколога _____

Флюороснимок с описанием _____

Результат анализа на кишечную группу _____

Результат анализа мазков из носа и зева на дифтерию _____

Анализ кала на яйца _____

гельминтов _____

Результаты анализа крови на RV _____

Результаты крови на маркеры вирусных гепатитов _____

Результаты мазка на венерические заболевания _____

Прививочный сертификат _____

Заключение КЭК:

1. О нуждаемости в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию

2. О рекомендуемом типе дома-интерната (общего или психоневрологическом);

3. наличие или отсутствие оснований постановки вопроса перед судом о признании его (ее) недееспособным. –для лиц,страдающим психическим расстройством здоровья

Председатель КЭК _____ (подпись) _____ Ф.И.О.

Врач-психиатр _____ (подпись) _____ Ф.И.О.

_____ (подпись) _____

Главный врач поликлиники _____ (подпись) _____ Ф.И.О

М.П.