Приложение № 5  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2014 г. № \_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Медицинская документация  Учетная форма № 030/у |
| Адрес  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Утверждена приказом Минздрава России  от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. № \_\_\_\_\_ |

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

**ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № \_\_\_\_\_**

**1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Дата заполнения карты: число \_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_**

**3. Специальность врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. ФИО врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Дата установления диагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. Диагноз установлен: впервые – 1, повторно – 2.**

**7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением – 1, профилактическом осмотре – 2.**

**8. Дата начала диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_\_\_ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление – 1, выбытие из района обслуживания – 2, смерть – 3.**

**11. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**12. Пол: муж. – 1, жен. – 2 13. Дата рождения: число \_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**14. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**15. Код категории льготы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**16. Контроль посещений:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Даты посещений** | | | | | | | |
| **Назначено явиться** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Явился(лась)** |  |  |  |  |  |  |  |

**оборотная сторона ф. № 030/у**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Даты посещений** | | | | | | | |
| **Назначено явиться** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Явился(лась)** |  |  |  |  |  |  |  |

**17. Сведения об изменении диагноза**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Формулировка диагноза** | **Код по МКБ-10** | **ФИО врача** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**18. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**19. Лечебно-профилактические мероприятия**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Мероприятия** | **Дата**  **начала** | **Дата**  **оконча-**  **ния** | **Отметка**  **о выпол-**  **нении** | **ФИО врача** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |