|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации |  | Код формы по ОКУД |  |
|  |
|  |  | Код организации по ОКПО |  |
|  |  |  |
| Адрес |  |  | Медицинская документация |
|  |  | Учетная форма N 030/у |
|  |  | Утверждена приказом Минздрава России  |
|  |  | от 15.12.2014 N 834н |

|  |
| --- |
| КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА |
| ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ N |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. N 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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N****п/п** | **Мероприятия** | **Дата начала** | **Дата окончания** | **Отметка о выполнении** | ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |