|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |