КОПИЯ заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе С.В. Мордерик

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Учетная форма №025/у-ГС

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
Диагностическая поликлиника Клиники
672000, г. Чита, ул. Бабушкина, 44
тел: (3022) 28-35-55
E-mail: diagnost_chita@mail.ru

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

1. Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

2. Пол: муж., жен.

3. Дата рождения: *(число) (месяц) (год)*

4. Адрес: _____

ул. _____ дом _____ корп. _____ кв. _____

5. Страховой полис: серия _____ №_____

_____

(наименование страховой медицинской организации)

6. Наблюдается в поликлинике _____

7. Телефон поликлиники _____

8. Медицинская карта амбулаторного больного № _____

9. Ф. И. О. врача-терапевта участкового

_____

Сигнальные отметки

Группа и Rh-принадлежность крови: _____

Лекарственная непереносимость _____

(указать, на какой препарат)

Аллергическая реакция _____ (да / нет)

Диспансеризация

Наименование	**Годы (вписать)**					
Дата						
Группа состояния здоровья*						
Врач	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)
	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)

КОПИЯ
заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе С.В. Мошнякова

Примечания:

* I группа – практически здоров; II группа – риск развития заболевания, нуждается в проведении профилактических мероприятий; III группа – нуждается в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечении в амбулаторных условиях; IV группа – нуждается в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях; V группа – имеет показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (медицинская документация направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения).

Показатели состояния здоровья

№	Показатель	Годы (вписать)			
1	Рост				
2	Вес				
3	Частота сердечных сокращений				
4	Артериальное давление (АД)				
	Прочие показатели:				
	Врач	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)
		_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)

Факторы риска развития социально значимых заболеваний*

№	Показатели	Годы			
1	Наследственность: ССЗ*, СД**, онкологические заболевания. Отметить: есть, нет, неизвестно				
2	Курение				
3	Избыточный вес				
4	Гиподинамия				
5	Стресс				
6	Повышенное артериальное				

КОПИЯ заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе С.В. Мошкирева

	давление				
7	Нерациональное питание				
	Врач				
		_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)
		_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)	_____ (расшифровка подписи)

Примечания:

* ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания.

**– СД – сахарный диабет.

Классификация артериальной гипертензии

Показатели	АД систолическое	АД диастолическое
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	120-129	80-84
Высокое нормальное	130-139	85-89
Артериальная гипертензия (АГ)		
АГ I степени («мягкая»)	140-159	90-99
АГ II степени («умеренная»)	160-179	100-109
АГ III степени («тяжелая»)	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая гипертензия	≥ 140	< 90

Норма сахара крови натощак	6,1 ммоль/л
Целевой уровень холестерина без коронарной болезни сердца	менее 5 ммоль/л

Расчет индекса массы тела (ИМТ):

ИМТ = Вес (кг) / Рост (метр) в квадрате

норма	18,5-24,9
предожирение	25-29,9
ожирение I степени	30-34,9
ожирение II степени	35-39,9
ожирение III степени	40 и более

КОПИЯ заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе С.В. Мокеева

Проведенные лабораторные исследования

Наименование показателя	Дата	Значения	Дата	Значения	Дата	Значения	Дата	Значения
Клинический анализ крови:								
гемоглобин								
лейкоциты								
тромбоциты								
СОЭ								
Биохимический анализ крови:								
исследование сахара крови								
билирубин								
общий белок сыворотки крови								
исследование уровня холестерина крови								
амилаза								
креатинин								
исследование уровня липопротеидов низкой плотности								
исследование уровня триглицеридов сыворотки крови								
мочевая кислота								
Клинический анализ мочи								
белок								
сахар								
лейкоциты								
эритроциты								
Онкомаркер специфический СА-125								
Онкомаркер специфический PSA								
Цитология мазка из цервикального канала								

Проведенные функциональные исследования

Наименование показателя	Дата	Значения	Дата	Значения	Дата	Значения	Дата	Значения
Электрокардиография								
Флюорография								
Маммография								

КОПИЯ заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе С.В. Мамергикова

Заболевания, выявленные в ходе диспансеризации

Дата установления	Наименование заболевания	Код по МКБ-10

Заключение (рекомендации) врача – акушера-гинеколога

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

Заключение (рекомендации) врача-невролога

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

Заключение (рекомендации) врача-офтальмолога

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

КОПИЯ заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе С.В. Мошкина

Заключение (рекомендации) врача-хирурга

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

Заключение (рекомендации) врача-уролога

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

Заключение (рекомендации) врача-психиатра

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

КОПИЯ заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе

Заключение (рекомендации) врач – психиатра-нарколога С. В. Мошерникова

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

Заключение (рекомендации) врача-терапевта

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

Заключение (рекомендации) врачебной комиссии о наличии (отсутствии) заболевания, препятствующего прохождению государственной гражданской службы Российской Федерации или муниципальной службы

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись