

Приложение № 5
к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 24 февраля 2009 г. № 67н

Медицинская документация
Учетная форма № 025/у-ПЗ
Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 24 февраля 2009 г. № 67н

**Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

1. Ф.И.О. _____

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 поликлиникой _____

7. Телефоны в поликлинике _____

8. Медицинская карта амбулаторного больного № _____

9. Ф.И.О. участкового врача терапевта (врача общей практики

(семейного врача)) _____

Сигнальные отметки

Группа и Rh-принадлежность крови: _____

Лекарственная непереносимость

(указать, на какой препарат)

Аллергическая реакция

(да/нет)

Дополнительная диспансеризация

Наименование	Годы (вписать)			
	2009			
Дата				
Группа состояния здоровья *				
Подпись врача				

*

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 - нуждающиеся 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

№ п/п	Наименование	Годы (вписать)			
		2009			
1	Рост				
2	Вес				
3	Частота сердечных сокращений				
4	Артериальное давление (АД)				
	Прочие показатели:				
	Подпись врача				

Факторы риска развития социально-значимых
заболеваний ***

		2009 *			
1	Наследственность (ССЗ *, СД **, онкологические заболевания)				
2	Курение				
3	Избыточный вес				
4	Гиподинамия				
5	Стресс				
6	Повышенное АД				
7	Нерациональное питание				
	Подпись врача				

* После 2009 г. - вписать.

* ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания.

** СД - сахарный диабет.

*** Отметить: есть, нет, неизвестно.

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 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 (Европейские рекомендации)
Целевой уровень холестерина без КБС	менее 5 ммоль/л

Расчет индекса массы тела (ИМТ):

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{Вес (кг)}}{\text{Рост (в метрах) в квадрате}} =$$

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

Проведенные лабораторные исследования

Наименование показателя	дата	значения	дата	значения	дата	значения	дата	значения
Клинический анализ крови:								
- гемоглобин								
- лейкоциты								
- тромбоциты								
- СОЭ								

продолжение таблицы

Наименование показателя	дата	значения	дата	значения	дата	значения	дата	значения
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								

продолжение таблицы

Наименование показателя	дата	значения	дата	значения	дата	значения	дата	значения
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								

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20_____ г.	Код по МКБ-Х
	Наименование заболевания	

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20_____ г.	Код по МКБ-Х
	Наименование заболевания	

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__ г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__ г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__ г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__ г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20__ г.
	<div>ЦентрМаг</div>
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20__ г.
	<div>ЦентрМаг</div>
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20__ г.
	<div>ЦентрМаг</div>
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20__ г.
	<div>ЦентрМаг</div>
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Для заметок

ЦентрМаг

ЦентрМаг