

## Купить паспорт здоровья

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				

ЦентрМаг

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 диастолистолическое
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»)	$\geq 180$	$\geq 110$
Изолированная систолическая гипертензия	$\geq 140$	< 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):

ИМТ =  =

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

## продолжение таблицы

## продолжение таблицы

## Проведенные функциональные исследования

## Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

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

Центромаг

**Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации**

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

Центромаг

## Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

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

ЦентрМаг

## Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

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

ЦентрМаг

## Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

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

ЦентрМаг

## Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

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

ЦентрМаг

## Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20__ г.
	
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

## Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20__ г.
	
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

## Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20__ г.
	
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

## Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20__ г.
	
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Для заметок

ЦентрМаг

## Дополнительные отметки

ЦентрМаг