

[Купить паспорт здоровья](#)

Медицинская документация
Учетная форма № 025 /у-ГС

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

ЦентрМаг

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 (врача общей практики (семейного врача) _____
Сигнальные отметки

Группа и Rh-принадлежность крови: _____

Лекарственная непереносимость _____
(указать, на какой препарат)

Аллергическая реакция _____
(да/нет)

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Наименование	Годы (вписать)					
	20____ г.	20____ г.	20____ г.	20____ г.	20____ г.	20____ г.
Дата						
Группа состояния здоровья <*>						
Врач	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

№ п/п	Показатель	Годы (вписать)				
		20____ г.	20____ г.	20____ г.	20____ г.	20____ г.
1	Рост					
2	Вес					
3	Частота сердечных сокращений					
4	Артериальное давление (АД)					
5	Прочие показатели:					
	Врач	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

- <*> 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 лечения 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).

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <*>

№ п/п	Показатель	20____г. <*>	20____г. <*>	20____г. <*>	20____г. <*>	20____г. <*>
1	Наследственность: ССЗ <***>, СД <***>, онкологические заболевания. Отметить: есть, нет, неизвестно.					
2	Курение					
3	Избыточный вес					
4	Гиподинамия					
5	Стресс					
6	Повышенное артериальное давление					
7	Нерациональное питание					
	Врач	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

<*> После 2010 г. - вписать.

<***> 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):

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{вес(кг)}}{\text{рост (в метрах)}^2} =$$

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								
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								

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ) АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

[illegible]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ) НЕВРОЛОГА

[illegible]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ) ОФТАЛЬМОЛОГА

[illegible]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ) ХИРУРГА

[illegible]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ) УРОЛОГА

[illegible]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ) ПСИХИАТРА

[illegible]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ) ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА

[illegible]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ) ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

[illegible]

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись

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