



наименование ЛПУ  
штамп организации

Медицинская документация  
Форма № 027/у

**ВЫПИСКА**  
**из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного**  
(подчеркнуть)

**В ФГБУЗ Медицинский центр «РЕШМА» ФМБА России**

(название учреждения, куда направляется выписка)

1. Фамилия, имя, отчество больного:

2. Дата рождения:

3. Домашний адрес:

4. Место работы (учебы), род занятий:

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания

направления в стационар

б) по стационару: поступления и выписки

6. Диагноз основной:

7. Диагноз сопутствующий:

8. Краткий анамнез жизни (перенесенные заболевания, операции, травмы, данные раннего развития (для детей))

9. Краткий анамнез заболевания:

10. Данные диагностических исследований (Rg, КТ, МРТ и др)

11. ОАК от \_\_\_\_\_: эритро. – \_\_\_\_ Т/л, Hb – \_\_\_\_ г/л, Ht – \_\_\_\_%, MCH (ЦП) – \_\_\_\_, тромбо. –  
10<sup>9</sup>/л, нейтр. – \_\_%, лимф. – \_\_%, мон. – \_\_%, эоз. – \_\_, баз. – \_\_%. СОЭ – \_\_\_\_ мм/ч.

ОАМ от \_\_\_\_\_: цвет – \_\_\_\_, pH \_\_\_\_\_, уд. вес – \_\_\_\_, прозрачность \_\_\_\_\_,  
белок – \_\_\_\_, сахар – \_\_\_\_, в осадке лейкоц. – \_\_\_\_, эритроц. – \_\_\_\_, эп. клетки – \_\_\_\_, слизь – \_\_\_\_, бакт. – \_\_%

12. ЭКГ от \_\_\_\_\_

14. Осмотр дерматолога от: \_\_\_\_\_ Диагноз: \_\_\_\_\_

15. Смыв на энтеробиоз (для детей) от: \_\_\_\_\_ Результат: \_\_\_\_\_

16. Сведения о прививках (для детей): \_\_\_\_\_

17. Состояние при направлении (данные осмотра): \_\_\_\_\_

18. Сведения о контактах с инфекционными больными: \_\_\_\_\_

19. Лечебные рекомендации: \_\_\_\_\_

"....." \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
М.П.

## ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ

Мне предоставлена от врача \_\_\_\_\_ в понятной для меня форме информация относительно моего ребёнка \_\_\_\_\_ заболевания, прогноза, существующих методах лечения, показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях и исходах. Я информирован(а) о природных факторах МЦ «Решма». Мне была предоставлена возможность задать интересующие вопросы о здоровье моего ребёнка и получить на них ответы в доступной для меня форме.

Я даю информированное добровольное согласие на проведение следующих процедур в МЦ «Решма» моему ребёнку \_\_\_\_\_

1. Опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические и биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в т.ч. электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахиметрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в т.ч. флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
15. Различные виды физиотерапевтических процедур.
16. Консультации специалистов: ЛОР-врача, невролога, пульмонолога, врача ЛФК, дерматолога, психолога, физиотерапевта, хирурга, окулиста, стоматолога (с санацией) детского гинеколога (с проведением тематических бесед с девочками).

В случае повреждения ребенком ценного имущества детского отделения родители или иные законные представители ребенка обязаны возместить медицинскому центру причиненный материальный ущерб в размере действительной стоимости утраченного или поврежденного имущества согласно утвержденному прейскуранту цен.

Информацию о здоровье моего ребёнка предоставлять:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_