

МЕДИЧНА КАРТА особи, яка підлягає поміщенню до психоневрологічного інтернату системи соціального захисту населення

1. Прізвище, ім'я та по батькові _____

2. Стать: чол.; жін.. (підкреслити)

3. Дата народження _____
(число, місяць, рік)

4. Місце прописки: _____

5. Оглянутий лікарською комісією _____
(назва ЛПЗ)

за участю лікаря-психіатра _____
(прізвище, ім'я та по батькові, місце роботи, посада)

6. Дані огляду спеціалістами (вказати дату та висновок про показання та протипоказання для влаштування в інтернат; при захворюваннях – про наявність і відсутність показань для стаціонарного лікування):

Терапевт _____

Флюорографічне обстеження (обов'язково додавати знімок) _____

Фтизіатр _____

RW _____

Дерматовенеролог _____

Невролог _____

Офтальмолог _____

Стоматолог _____

Хірург _____

ЛОР _____

Онколог _____

Гінеколог _____

Уролог _____

Інші спеціалісти (за показаннями): _____

(вписати)

Нарколог _____

Психіатр _____

7. Діагноз основний _____

7.1. Супутні діагнози _____

8. Висновок лікарської комісії за участю лікаря-психіатра:

Громадянин (ка) _____

(прізвище, ім'я та по батькові)

(необхідне підкреслите)

виявляє (не виявляє) ознаки психічного розладу, який обумовлює неспроможність самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, що забезпечує його (її) життєдіяльність та за психічним станом має необхідність утримання у психоневрологічному інтернату органу соціального захисту населення. Протипоказань щодо прийому немає (має). Наявність підстав для звернення до суду щодо рішення питання дієздатності особи з психічними розладами відсутня (існує).

Виписка із медичної картки амбулаторного (стаціонарного) хворого (ф.№027/о) додається.

Голова комісії

(посада)

Терапевт

Невролог

Офтальмолог

Хірург

Гінеколог

Психіатр

/п. і. по б./

Дата « _____ » _____ р.

м. печатки закладу