**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

*престарелого, инвалида, оформляющегося в стационарное учреждение социального обслуживания*

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту, юридический адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состояние здоровья (полностью себя обслуживает, нуждается в частичном постороннем уходе, нуждается в полном постороннем уходе).

(нужное подчеркнуть)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

врачей-специалистов с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесённых заболеваниях.

|  |  |
| --- | --- |
| Терапевт |  |
|  |
|  |
|  |
| Хирург |  |
|  |
|  |
|  |
| Дерматовенеролог |  |
|  |
|  |
| Окулист |  |
|  |
|  |
| Стоматолог |  |
|  |
|  |
|  |
| Фтизиатр |  |
|  |
|  |
| Гинеколог  (для женщин) |  |
|  |
|  |
| Психиатр (заключение КЭК с развернутым психостатусом) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Сведения о прививках (с указанием даты прививки, дозы, серии и номера вакцины, производитель) |  |
| Результаты анализов (с указанием номера и даты готовности): | |
| Кишечная группа |  |
| RW |  |
| ВИЧ |  |
| Мазок на BL |  |
| Мазок на ЗППП (гонорея, трихоиониаз) для женщин |  |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| (о возможности/не возможности нахождения в стационарном учреждении социальной защиты, с указанием типа учреждения (общий, психоневрологический), должно быть заверено печатью ВК) **о нуждаемости в полном/ частичном постороннем уходе)** | |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Дата выдачи

М.П.

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество подпись

**Перечень документов необходимых для оформления ребенка на временное пребывание в доме-интернате для прохождения курса реабилитации.**

К заявлению о предоставлении стационарного социального обслуживания прилагаются следующие документы:

1. Медицинская карта, включающая заключения врачей-специалистов:

- невропатолога;

- педиатра;

- заключение врача, у которого ребенок состоит на Диспансерном учете;

- психиатр;

- результаты анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов) с приложением бланков анализов,

- результаты флюорографического обследования органов грудной клетки ребенка и заключение фтизиатра;

2. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства и по месту обучения;

3. Копия сертификата прививок;

4. Копия справки медико-социальной экспертной экспертизы;

5. Копия карты индивидуальной реабилитации инвалида;

6. Копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии);

7. Копии страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

8. Справка с места обучения ребенка (если обучается);

9. Копия свидетельства о рождении ребенка (для граждан, не достигших 14-летнего возраста) или копия паспорта ребенка (для граждан, достигших 14-летнего возраста);

10. Копии паспортов родителей (родителя) ребенка или его законного представителя;

11. Копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя (при отсутствии родителей);

12. Результаты флюорографического обследования органов грудной клетки родителя или законного представителя ребенка.

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

*ребенка - инвалида, оформляющегося в стационарное учреждение социального обслуживания для прохождения курса реабилитации*

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту, юридический адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состояние здоровья (полностью себя обслуживает, нуждается в частичном постороннем уходе, нуждается в полном постороннем уходе).

(нужное подчеркнуть)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

врачей-специалистов с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесённых заболеваниях.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Педиатр |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Невропатолог |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Психиатр |  | |
|  | |
|  | |
| «Д» учет |  | |
|  | |
|  | |
| Фтизиатр |  | |
|  | |
|  | |
| Результаты анализов (с указанием номера и даты готовности): | | |
| Общий анализ крови | |  |
| Общий анализ мочи | |  |
| Кал на яйца глистов | |  |
|  | |  |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| (о необходимости прохождения курса реабилитации в стационарном учреждении социальной защиты, с указанием типа учреждения (общий, психоневрологический), должно быть заверено печатью ВК)) | | |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200 г.

Дата выдачи

М.П.

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество подпись