		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а 2010 жылғы "23"қарашадағы №907 бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ТОО "Батыс АвиГип"		Медицинская документация Форма № 025/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

АМБУЛАТОРЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚАРТАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

№ 605
немесе коды(или код)

гр 3

Тегі,аты,әкесінің аты (Фамилия, имя, отчетство) **Питерскова Ирина Павловна**

Жанысы: ер,әйел (астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский (подчеркнуть)

Туған күні (Дата рождения) 04.08.1969 Телефон 8 747 278 98 96
күні,айы,жылы(день,месяц,год) үйінің,қызмет тел (домашний,служебный)

Наукастың мекенжайы (Адрес больного): облыс(область) ЗКО елді мекен (населенный пункт)

Ауданы(район) көшесі(орамы) (улица(переулок)) Х. Чурина

үй № (дом №) 30/1 корпус пәтер(квартира) № 27

Қызмет,жұмыс орны (Место службы,работы) ТОО "Unicom.DR" бөлімше(отделение),цех Прачечная
(өндірістің атауы мен сипаттамасы)(наименование и характер производства)

Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) работник_прачечной

"Емхананы тандаумен келісемін" "С выбором поликлиники согласен"

Пациенттің қолы Подпись пациента

Министерство здравоохранения РК

(субъект здравоохранения)

ЖШС «Батыс Авиа медициналық тексеруден өтуі»
ТОО «Батыс Авиа медосмотр пункті»
«25» 01 2018 ж./г

Медицинская карта предварительных, периодических и дополнительных медицинских осмотров
№ 605

1.Фамилия Питерскова
2.Имя Ирина
3.Отчество Павловна
4.Пол: **М** **Ж**
(нужное подчеркнуть)
5. Дата рождения 04.08.1969
(число, месяц, год)
6.Адрес постоянного места жительства:
область ул Х Чурина 30/1-27
район
населенный пункт
улица дом корпус квартира
7.Адрес регистрации по месту пребывания: область
район
населенный пункт
улица дом корпус квартира
8.Дата проведения медицинского осмотра 25.01.2018
9.Вид медицинского осмотра: предварительный, периодический (очередной, внеочередной) (нужное подчеркнут
10.Место работы: ТОО "Unicom.DR"
10.1 Отрасль промышленности
10.2 Предприятие ТОО "Unicom.DR"
10.3 Цех, участок Прачечная
11. Профессия или должность в настоящее время работник_прачечной
12. Общий стаж работы 5 лет 5
(указывается число лет)
13. Стаж работы в профессии 1 год
(указывается число лет)
14. Условия труда в настоящее время

Наименование производственного фактора	Уровни фактора на рабочем месте	Стаж работы с фактором (со слов)
Производственный шум, СМС, Хлор		

15. Профессиональный маршрут до начала работы в данной профессии

Месяц и год начала и окончания работы	Длительность работы	Предприятие	Профессия

16. Дата последнего медосмотра (обследования)
17. Заболевания, выявленные с момента последнего медосмотра (указать диагнозы заболеваний, в т.ч. профессиональных, в соответствии с амбулаторной картой работника)

18. Результаты осмотра врачей специалистов в соответствии с Перечнем вредных производственных факторов, профессий при которых обязательны предварительные и периодические медицинские осмотры (данные осмотра врачей специалистов по определенной схеме в виде вкладышей вклеиваются в Карту)

18.1 Осмотр терапевта _____
18.2 Осмотр невропатолога _____
18.3 Осмотр дерматовенеролога _____
18.4 Осмотр хирурга _____
18.5 Осмотр офтальмолога _____
18.6 Осмотр оториноларинголога _____
18.7 Осмотр аллерголога _____
18.8 Осмотр психиатра _____
18.9 Осмотр гинеколога _____
18.10 Осмотр профпатолога _____
18.11 Осмотр других специалистов _____

Результаты лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с Перечнем вредных производственных факторов, профессий при которых обязательны предварительные и периодические медицинские осмотры

Анализы крови _____
Анализы мочи _____
Рентгеновские исследования _____
Спирография _____
Динамометрия _____
Паллестезиометрия _____
Исследования вестибулярного аппарата _____
Аудиометрия _____
ЭКГ _____
РВГ _____
Холодовая проба _____
Другие исследования _____
20.Заключение: _____
20.1 Диагнозы заболеваний, в т.ч. предварительные диагнозы профессиональных:

_____

20.2 Заключение о трудоспособности: _____
при предварительном медосмотре: годен, не годен (нужное подчеркнуть)
при периодическом медосмотре: трудоспособен в своей профессии, временный перевод на другую работу сроком на ____ мес., постоянный перевод на другую работу (нужное подчеркнуть)
21. Рекомендации:
обследование и лечение в поликлинике; обследование и лечение в стационаре; направить в медицинскую организацию, оказывающую высокоспециализированную медицинскую помощь; направление на санаторно-курортное лечение (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи _____
Подпись председателя комиссии _____

АНКЕТНЫЙ СКРИНИНГ

Жилищные условия: коммунальная квартира, отдельная квартира, частный дом.

Рост_____, вес_____

ИМТ_____
Курение: да, нет, иногда. **Стаж курения**:_____

Сколько сигарет в день выкуривает: _____

Общее число пачек: _____

Сколько лет курит: _____
Употребление алкоголя: да, нет, некреплёные вина, креплённые вина, пиво, крепкие напитки.
Частота употребления алкоголя: каждый день, каждую неделю, 1 раз в месяц, только по праздникам.
Средняя доза алкоголя: 50 мл, 100 мл, 200 мл, 1 л.
Наличие у родителей до 55 лет: инфаркта, артериальной гипертании, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, ИБС, инсульта, ОНМ.
Кашель: отсутствует, покашливания, приступы кашля 5-10 раз в сутки, приступы кашля более 10 раз в сутки.
Мокрота: отсутствует, при незначительной физической нагрузке, при ходьбе или подъёме по лестнице на 3 этаж, при ходьбе 500 м или подъёме ниже 3 этажа, при незначительной физической нагрузке, в покое.
Боли в сердце: да, нет, в покое, при физической нагрузке, приступообразные, кратковременные, давящие, отдающие в левую руку.
Повышение АД: да, нет. Уровни АД:_____
Отмечается ли снижение слуха: да, нет, днём, ночью.
Беспокоит онемение пальцев, кистей, рук: да, нет.
Боли в суставах: да, нет, днём, ночью.
Боли в шейном, пояснично-крестцовом отделе позвоночника: да, нет.

НЕВРОЛОГ

"_____"_____20_____г.

Жалобы:_____

Анамнез (ЧМТ)_____
Неврологический статус: ЧМН

Сух. рефлексы_____в/к D S

Коленные DS, ахиловы DS_____

В позе Ромберга (устойчив, неустойчив) ПНП_____
Поясничный отдел: Лордоз: (усилен, сглажен), болезненность, ограничение объёма движений вперёд, назад, вправо, влево. Кифоз, болезненность ПВТ, симптомы напряжения
Чувствительность сохранена, расстройство чувствительности: (по корешковому типу, полиневритическому типу)
Кисти: влажные, тёплые, мраморность, цианоз, пахидермия (II, III, IV, V)
Гиперкератоз, гипотрофия, гипергидроз, гипотермия
Ds: впервые_____

повторно_____

Дообследование:_____

Заключительный диагноз:_____
Рекомендации: оздоровление в профилактории, сан – курортное лечение, наблюдение невролога, дообследование в ЦПП, КЭК.
Годен в профессии:_____
Не годен к работе в контакте с вибрацией, на высоте, действующим электрооборудованием, физической нагрузкой.

Согласно приказу №_____ пункта_____

Ф.И.О. врача_____ **Подпись**_____

ХИРУРГ

"_____"_____20____г.

Жалобы:_____

Анамнез: операция, травмы: (бытовая, производственная).

_____

Объективно: грудная клетка_____
Кифоз,сколиоз, лордоз (в поясничном, грудном отделах позвоночника)
Живот: мягкий, б/б, с-мы раздражения брюшины (с-м Щеткина – Блюмберга + -).
Грыжи: пупочная, паховая.
Суставы: нормальные, отёчные, диформированые
Объём движений в суставах: в полном объёме, ограничен.
Сосуды и/к: а) вены
б) артерии

Ds: впервые_____

_____

повторно_____

_____

Рекомендации:
Дообследование в Национальном центре гигиены труда и профзаболеваний с документами
Наблюдение у хирурга по м/ж.
Госпитализация в хирургическое отделение
Приём препаратов
Доследование у специалистов_____

Годен в профессии:_____
Не годен к работе в кантакте с физическими перегрузками.

Согласно приказу №_____пункта_____

Ф.И.О. врача_____ **Подпись**_____

ГИНЕКОЛОГ

"25" I 20 18 г.
Жалобы: нет

_____

Анамнез: б/о.

_____

Молочные железы: молочные б/б

Ds: впервые здорова

повторно_____
Рекомендации:
Лечение и наблюдение у гинеколога по м/ж
Госпитализация в гинекологическое отделение. Приём препаратов
Сан – курортное лечение, на ВЭК
Заключение профпригодности: годна в профессии: годна

Не годна_____

Согласно приказу №_____ пункта_____

Ф.И.О. врача Грязова М К **Подпись**

ЛОР – сурдолог

"2" 8 01 2018 г.

Жалобы: нет

Носовое дыхание: ~~достаточно~~, затруднено, частично затруднено.
Слизистая: розовая, ~~гиперемированная~~, гипертрофированная.
Перегородка носа отклонена: вправо, влево.
Глотка: слизистая розовая, отёчна, раздражена.
Небные миндалины: небольшие, увеличенность 1, 2, 3, степени.
Гортань: вход свободен, слизистая розовая, гиперимированы, отёчна.
Голосовые складки: бледные, гиперемированы, отёчны, деформированы.
Отоскопия: б/п, AD, AS без патологии, серая, втянутая.
Рубцы: утолщены, гиперемированы,перфорация.
Дата и заключение аудиометрии норма
Аудиометрия: норма, двусторонняя, лев./прав., тугоухость, признаки воздействия шума на орган слуха.
Вестибулярный аппарат: б/п, вестибулопатия

Ds: впервые

повторно

Заключительный диагноз: Здорова
Рекомендации:
Наблюдение у ЛОР - врача по м/ж

Госпитализация в ЛОР отделении
Приём препаратов
Дообследование у специалистов
Дообследование в ЦПП с документами
Годен в профессии: рабочий - прочность
Не годен к работе в шуме, на высоте, в пыли, в респираторе.
Согласно приказу № пункта

Ф.И.О. врача **Подпись**

УРОЛОГ

“_____”_____20____г.

Жалобы:_____

Объективный статус:_____

_____

Ds: впервые_____

_____

повторно_____

Рекомендации:

Дообследование по м/ж, дообследование в ЦПП

Госпитализация в хирургическое отделение

Приём препаратов

Дообследование у специалистов _____

Годен в профессии:_____

Не годен _____

Согласно приказу №_____ пункта_____

Ф.И.О. врача_____ **Подпись**_____

ДЕРМАТОЛОГ

“ 25 ” 01 20 18 г.

Жалобы: нет

_____

Кожные покровы: чистые: да, нет.

Ds: впервые_____

_____

повторно_____

Рекомендации:

Дообследование у специалистов:

_____

Дообследование в ЦПП с документами

Годен в профессии: годен

Не годен _____

Согласно приказу №_____ пункта_____

Ф.И.О. врача_____ **Подпись**_____

ОКУЛИСТ

"25" 01 18 г.

Жалобы: нет

OD

Visus 0,2/0,2 (-)2,00 / 0,8 / 0,8

ВГД OD

OS **мм. рт. ст.** **Цветоощущение** ben

Поля зрения:

OD **N** **OS**

Скиаскопия:

OS **OD**

	OD	OS
Передний отрезок		
Хрусталик		
Глазное дно		

Ds: впервые Миопия слабая

повторно

Рекомендации:

Дообследование по м/ж

Дообследование в ЦПП

Годен в профессии:

Не годен

Согласно приказу № пункта

Ф.И.О. врача **Подпись**

ТЕРАПЕВТ

"25" 01 20 18 г.

Жалобы: нет

Кожа: чистая, **лимфоузлы:** б/о, увеличены, **слизистые:** б/о, бледная.

Щитовидная железа: б/о, увеличена, подвижная, **язык:** влажный, чистый обложен.

Тоны сердца: ясные, приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, сист., шум.

PS:– ритмичный, аритмичный, правильный, малый, скорый, синхронный.

ЧД 20

АД 130/90 мм. рт. ст.

Дыхание: везикулярное, жёсткое, ослабленное, **хрипы:** (нет, да) сухие.

влажные: на всём протяжении; в верхних, средних, нижних отделах; справа, слева

Живот: мягкий, б/б

Печень, почки, селезёнка: не пальпируются, **с-м Ортнера** (+-)

с-м Пастернацкого (+-), отёков нет.

Ds: впервые

повторно

Дообследования: контроль АД 5 дней, глазное дно, ЭКГ (с физической нагрузкой), ВЭМ, ЭХО, ЭКГ, ОАК, ОАМ, биохимия (мочевина, креатинин, билирубин, сахар крови), УЗИ щитовидной железы, почек, органов брюшной полости, ФГДС, углублённое обследование в условиях ЦПП.

Ф.И.О. врача **Подпись**

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

“_____” _____20____г.

ОАК _____

_____

ЗКГ_____

_____

ОАМ_____

_____

1. **РВГ: в/к**

п_____л_____

2. **Динамометрия:**

п_____л_____

3. **Паллестезиометрия:**

	63 Гц	125 Гц	250 Гц
справа			
слева			

4. **Спирография:** норма, лёгкие нарушения, умеренные нарушения, значительные нарушения, рестриктивные, обструктивные, смешанные, требуют уточнения ФВДЛ (ошибка при снятии)

ЖЕЛ_____%

ОФВ_____%

5. **Рентгеновское исследование:**

_____

6._____

7._____

28 01 18

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

“_____”_____20____г.

ОАК _____

_____

ЗКГ_____

_____

ОАМ_____

_____

1. **РВГ: в/к**

п_____л_____

2. **Динамометрия:**

п_____л_____

3. **Паллестезиометрия:**

	63 Гц	125 Гц	250 Гц
справа			
слева			

4. **Спирография:** норма, лёгкие нарушения, умеренные нарушения, значительные нарушения, рестриктивные, обструктивные, смешанные, требуют уточнения ФВДЛ (ошибка при снятии)

ЖЕЛ_____%

ОФВ_____%

5. **Рентгеновское исследование:**

_____

6._____

7._____

28 01 18

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

"21" 01 20 18 г.

Заключительный диагноз: [illegible]

остеохондроз пояс. ф. ст. рецидив (-)

Профпригодность:

годен в профессии дояк тыши прогечно

не годен в контакте

согласно приказу № 128 пункта

Разбор на ВЭК: по рекомендации (отоларинголог, окулист, хирург, невролог, терапевт)

Рекомендации:

- консультации: эндокринолога, сосудистого хирурга, онколога, кардиолога, фтизиатра;
- диспансерное наблюдение у терапевта по м/ж, плановое дообследование по м/ж;
- наблюдение гинеколога, хирурга,невролога,окулиста,отоларинголога в медицинской организации по м/ж;
- плановое оперативное лечение в хирургическом, ЛОР-отделении;
- оздоровление в профилактории, сан-курортное лечение (терапевт, хирург, невролог, гинеколог, ЛОР);
- сезонная витаминнопрофилактика;
- обследование в ЦПП с необходимыми документами (выписка из а/к, юридически оформленная копия трудовой книжки, страховой полис, сан. гиг. характеристика, паспорт, направление);
- сообщение в ДГСЭН о предварительном диагнозе профзаболевания

Председатель комиссии _____ Ф.И.О.

подпись

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КЭК

"_____" _____ 20____ г. протокол № _____

Ф.И.О. _____

Диагноз: _____

Председатель комиссии _____ Ф.И.О.

подпись

ТОО «WESTA» г. Уральск 2014. Заказ № 1008. Тир. 2000 экз.

Приложение 3
к Правилам проведения
обязательных медицинских осмотров

Форма

Вкладной лист медицинских осмотров
№ 605

Ф.И.О. Питерскова Ирина Павловна

1. Дата проведения медицинского осмотра: 25.01.2018 0:00:00

2. Наименование предприятия: ТОО "Unicom.DR"

3. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отдел, отделение и т.д.) Прачечная

4. Профессия или должность в настоящее время: работник_прачечной

5. Общий стаж работы: 5 лет 5
(указывается число лет)

6. Стаж работы в профессии: 1 год
(указывается число лет)

7. Условия труда в настоящее время

Наименование вредного и опасного производственного фактора	Стаж работы с фактором (со слов)
Производственный шум, СМС, Хлор	+

8. Профессиональный маршрут до начала работы в данной профессии

Месяц и год начала и окончания работы	Длительность работы	Предприятие	Профессия
2010-2015	Продавец		

9. Итоги предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

№№ п/п	Осмотры (специалисты)	Дата выполнения	Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано)
	мед		Б/ годен
	окулист		Б/ годен
	итоги		годен
	дерматовенер	25.01.2018	годен
	гинеколог	25/1/18 г	годна
	операт	—	годна
	терапевт	—	годен
	прочитано		годен

№№ п/п	Исследования (анализы)	Дата выполнения	Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано)

10. Заключение о трудоспособности:

при предварительном медосмотре: годен, не годен (нужное подчеркнуть)

при периодическом медосмотре: трудоспособен в своей профессии, временный перевод на другую работу сроком на _____ месяцев постоянный перевод на другую работу (нужное подчеркнуть).

11. Рекомендации:

обследование и лечение в поликлинике; обследование и лечение в стационаре; направить в медицинскую организацию, оказывающую высокоспециализированную медицинскую помощь; направление на санаторно-курортное лечение (нужное подчеркнуть).

Дата выдачи 28-01-18

Подпись председателя комиссии _____

19. Алдын ала және мерзімдік медициналық тексеріп-қараудың міндетті зиянды өндірістік факторлардың кәсіптердің тізбесіне сәйкес дәрігерлер-мамандардың тексеріп-қарауының қорытындылары (Результаты осмотра врачей специалистов в соответствии с перечнем вредных производственных факторов, профессий при которых обязательны предварительные и периодические медицинские осмотры)

Қан талдауы (Анализ крови)

Зәр талдауы (Анализ мочи) ТПN3

Рентгенттік зерттеп-қарауы (Рентгеновские исследования) 17 08 12

Спирография АИЛ 286 N63

Динамометрия

Паллестезиометрия

Вестибула аппаратын зерттеп-карау (Исследование вестибулярного аппарата)

Аудиометрия

ЭКГ ритм синусный ЧСС - 80 уд. мин

РВГ

Салкындық сынамасы (Холодовая проба)

Басқа зерттеп-қарауы (Другие исследования)

20. Қорытынды (Заключение):

20.1. Аурулар диагнозы, с.і. кәсіптік аурулардың алдын ала диагноздары (Диагноз заболеваний, в т.ч. профессиональных)

20.2. Еңбекке жарамдылығы туралы қорытынды (Заключение о трудоспособности):

- алдын ала мед. тексеріп-қараганда: жарамды, жарамсыз (керегін сызу) (При предварительном медосмотре: годен, не годен (нужное подчеркнуть)

- мерзімдік мед.тексеріп-караганда: өз мамандығына жарамды, басқа жұмысқа_____айға уақытша ауыстыру, басқа жұмысқа тұрақты ауыстыру (керегін сызу) № (При периодическом медосмотре: трудоспособен в своей профессии, временный перевод на другую работу сроком на_____мес, постоянный перевод на другую работу (нужное подчеркнуть)

21. Ұсыныстар: (Рекомендации):

Емханадан зерттеп-караудан өтіп, емделу; ауруханадан зерттеп-караудан өтіп, емделу; жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымға жолдау; санаториялық-курорттық емге жолдау (керегін сызу) (Обследования и лечение в поликлинике; обследование и лечение в стационаре; направить в медицинскую организацию, оказывающую высокоспециализированную медицинскую помощь; направление на санаторно-курортное лечение (нужное подчеркнуть)

Берген күні (Дата выдачи) 28 01. 18 г

Комиссия торағасының қолы (Подпись председателя комиссии)