

Формирование ЭМД «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» форма № 025/у

Для формирования ЭМД «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» следует в нижней части МКАБ нажать кнопку «Печать/ЭМД» и выбрать пункт «Лицевая и обратная стороны ф. № 025/у (ЭМД)».

Лицевая и обратная стороны ф. № 025/у (А4)

Лицевая и обратная стороны ф. № 025/у (А5)

Лицевая и обратная стороны ф. № 025/у (ЭМД)

Справка о прохождении флюорографии

Форма № 061/у "Врачебно-контрольная карта физкультурника и спор...

Печать/ЭМД

Действия

Выбор пункта «Лицевая и обратная стороны ф. № 025/у (ЭМД)»

В результате отобразится форма предварительного просмотра ЭМД. Для подписания и отправки ЭМД необходимо нажать кнопку «Подписать и отправить» .

Предварительный просмотр ЭМД

Наименование медицинской организации _____ Код формы по ОКУД _____
Адрес: _____ Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма № 025/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № Ангуль-1**

1. Дата заполнения медицинской карты: число 20, месяц 09, год 2023
2. Фамилия, имя, отчество: _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2. 4. Дата рождения: число 01, месяц 01, год 1980
5. Место регистрации: _____
Место проживания: _____
6. Местность: городская - 1, сельская - 2. Телефон: _____
7. Полис ОМС: серия _____ номер _____, СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации _____
10. Код категории льготы: _____ 11. Документ, дата: Паспорт гражданина Российской Федерации, _____, серия _____, номер _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач
10.11.2023	10.11.2023	_____	_____	_____
23.10.2023	10.11.2023	_____	_____	_____

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.
16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
17. Место работы, должность _____
18. Изменение места работы _____
19. Изменение места регистрации _____
20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

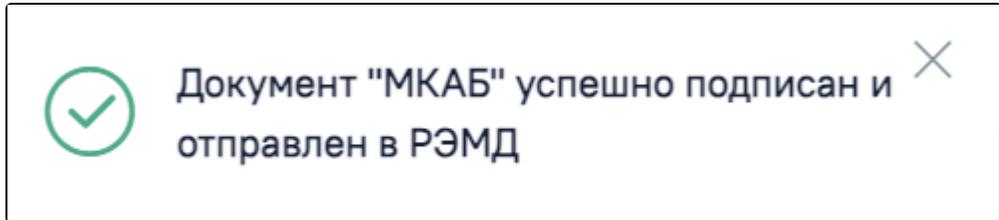
Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач
21.12.2023	_____	_____	_____
21.12.2023	_____	_____	_____
22.11.2023	_____	_____	_____
10.11.2023	_____	_____	_____
09.11.2023	_____	_____	_____
18.10.2023	_____	_____	_____
31.05.2023	_____	_____	_____
19.05.2023	_____	_____	_____
27.04.2023	_____	_____	_____

21. Группа крови II 22. Rh-фактор Rh+ 23. Аллергические реакции _____

Печать | Скачать | Подписать и отправить

Кнопка «Подписать и отправить» на форме предварительного просмотра ЭМД

При отправке ЭМД в РЭМД отобразится сообщение об успешной отправке.



Сообщение об успешной отправке