Главному врачу Детского поликлинического объединения (ДПО) №

**или**

Городской поликлиники (ГП) № Санкт-Петербурга,

*(адрес поликлиники)*

**Копии (без приложений):**

 Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1

**или**

 Комитет по здравоохранению Ленинградской области

 191024, г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 113

 Отдел по здравоохранению Вашего района

*(почтовый адрес)*

 Медицинская страховая компания, в которой юноша застрахован

*(почтовый адрес)*

От *(ФИО пациента)*

Адрес для ответа:

**З А Я В Л Е Н И Е**

Я, *(ФИО пациента* год рождения*)* ставлю Вас в известность, что имею следующие жалобы на состояние здоровья: *подробно описать жалобы на состояние здоровья.*

Я обследован в *(указать медицинское учреждение).*Мне поставлены следующие диагнозы: *(указать диагнозы)* и даны рекомендации *(указать рекомендации)****.***

Я нуждаюсь в лечении и наблюдении по месту жительства.

На основании вышеизложенного и руководствуясь ст. ст. 22, 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

Прошу:

1) поставить меня на диспансерный учет к врачу-специалисту *(указать специалиста);*

2) оформить и выдать заверенную надлежащим образом копию формы-30 (карты диспансерного наблюдения);

3) письменный ответ выдать на руки или (отправить по вышеуказанному адресу).

*Напоминаю, что, в соответствии с ст. 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (№ 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года), каждый гражданин имеет право получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья.*

Приложения на\_\_\_листах:

Дата Подпись *(пациента или представителя по доверенности)*

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

 Форма № 030/у

 Утверждена Минздравом СССР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030

 наименование учреждения

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

**диспансерного наблюдения**

|  |
| --- |
| Код или № медицинской карты амбулаторного |
| Фамилия врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | больного (истории развития ребенка) \_\_\_\_\_ |
| Дата взятия на учет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | Заболевание, по поводу которого взят под |
| Дата снятия с учета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Причина снятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | Диагноз установлен впервые в жизни \_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  дата |  |
| Заболевание выявлено: при обращении за |
| лечением, при профосмотре (подчеркнуть) |

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М

2. Пол --– 3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ж

5. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия (должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Контроль посещений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Для типографии!

 при изготовлении документа

 Формат А5

 Оборотная сторона ф. № 030/у

Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное

лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Мероприятия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Инструкция по заполнению учетной формы № 030/у

# КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Контрольная карта диспансерного наблюдения заполняется всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями, кроме противотуберкулезных, онкологических, психоневрологических и наркологических учреждений, для которых утверждены специальные карты диспансерного наблюдения. В кожно-венерологических учреждениях карты № 030/у заполняются только на взятых под диспансерное наблюдение больных кожными болезнями и трихомониазом (на больных венерическими и грибковыми кожными болезнями эти формы не заполняются); в онкологических — на больных с предопухолевыми заболеваниями.

Карты заполняются на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний, диагноз заболеваний указывается в правом верхнем углу карты. Там же отмечается дата установления диагноза и способ выявления его: при обращении за лечением, при профилактическом осмотре.

Контрольные карты используются для контроля за посещением больных, для чего в п. 7 отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу.

Специально отведено место для записи возникающих осложнений, сопутствующих заболеваний, изменении диагноза и для записи наиболее важных лечебно-профилактических мероприятий: госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность и т. д.

На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются раздельные контрольные карты.

Карты хранятся в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых под диспансерное наблюдение. Карты рекомендуется хранить по месяцам назначенной явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний), что позволяет вести контроль за систематичностью посещений и принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки.

*Карта используется для составления «Отчета о числе заболеваний» по ф. № 12 .\**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Редакция абзаца по Типовой инструкции к заполнению форм первичной мед. документации от 1983 года: *«Карта используется для составления таблицы 7 раздела II отчета лечебно-профилактического учреждения по ф. № 1» .*