Приложение № 5  
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |
| --- | --- |
| Код формы по ОКУД |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации  ГБУЗ ГП №00 ДПО № 00 |  | Код организации по ОКПО | 00000000 |
|  |  | Медицинская документация | |
| Адрес |  | Учетная форма № 030/у | |
|  |  | Утверждена приказом Минздрава России | |
| СПб, пр. , д. 00, к.0. |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н | |

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ №** | **123456** |

**1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Бронхиальная астма | **Код по МКБ-10** | J45.0 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Дата заполнения карты: число** | 10 | **месяц** | ноября | **год** | 2018 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Специальность врача** | аллерголог | **4. Ф.И.О. врача** | Петрова Ирина Николаевна |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. Дата установления диагноза** | 14.04.2006г. | **6. Диагноз установлен: впервые – 1,** повторно – 2**.** |

**7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением – 1, профилактическом осмотре – 2.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Дата начала диспансерного наблюдения** | 14.04.2006г. | **9. Дата прекращения диспансерного наблюдения** |  |

**10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление – 1, выбытие из района обслуживания – 2,  
смерть – 3.**

**11. Фамилия, имя, отчество пациента** Иванов Иван Иванович

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **12. Пол: муж. – 1, жен. – 2** | **13. Дата рождения: число** | 00 | **месяц** | бря | **год** | 2000 |

|  |  |
| --- | --- |
| **14. Место регистрации: субъект Российской Федерации** | г. Санкт-Петербург |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **район** | ский | **город** | Санкт-Петербург | **населенный пункт** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **улица** | пр. Калинина | **дом** | 00 | **квартира** | 00 | **тел.** | +7-000-000-00-00 |

|  |  |
| --- | --- |
| **15. Код категории льготы** |  |

**16. Контроль посещений:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Даты посещений** | | | | | | | |  |  |  |  |
| **Назначено явиться** | 07.06г. | 02.07г. | 09.09г. | 10.10г. | 09.11г. | 10.12г. | 05.13г. | 10.13г. | 04.14г. | 04.15г. | 04.16г. |
| **Явился(лась)** | 11.06г. |  | 03.10г. | 03.11г. | 10.11г. | 11.12г. | 04.13г. | 10.13г. | 04.14г. | 04.15г. | 09.15г. |

**оборотная сторона ф. № 030/у**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Даты посещений** | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| **Назначено явиться** | 11.15г. | | 04.16г. | | 05.16г | | 10.16г | | 12.17г | | 12.16г | | 02.17г | | 05.17г | | 04.17г | | 09.17г | | 12.17г | |
| **Явился(лась)** | 11.15г. | | 02.16г. | | 04.16г | | 08.16г | | 11.16г | | 12.16г | | 02.17г | | 03.17г | | 03.17г | | 09.17г | | 09.17г | |
| **Даты посещений** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Назначено явиться** | | 12.17г. | | 03.18г. | | 05.18г | | 06.18г | | 11.18г | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Явился(лась)** | | 12.17г. | | 03.18г. | | 05.18г | | 09.18г | | 11.18г | |  | |  | |  | |  | |  | |

**17. Сведения об изменении диагноза**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Формулировка диагноза** | **Код по МКБ-10** | **Ф.И.О. врача** |
| - | - | - | - |

**18. Сопутствующие заболевания** Аллергический ринит /J30.1/, поллиноз, аллергический риноконъюктивит, атопический

дерматит /L20.8/, аллергическая крапивница /L50.0/, пигментый невус /D22/

**19. Лечебно-профилактические мероприятия**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Мероприятия** | **Дата начала** | **Дата окончания** | **Отметка о выпол нении** | **Ф.И.О. врача** |
| 1 | Лечение в СПб ГКУЗ «Детский санаторий «Березка» | июнь 2008г | июнь 2008г. |  | Петрова И.Н. |
| 2 | Обследование в СПб ГБУЗ ДГБ № 1 отд.аллергологии | 12.09.2016г | 21.09.2016г. |  | Сидоров В.М. |
| 3 | Обследование в СПб ГБУЗ ДГБ № 1 отд.аллергологии | 18.09.2017г | 26.09.2017г. |  | Кузмина М.М |
| 4 | Обследование в СПб ГБУЗ ДГБ № 1 отд.аллергологии | 0.08.2018г | 15.08.2018г. |  | Сидоров В.М. |

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