

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
пенсионера (инвалида) <1>

Выдана _____

(наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)
Фамилия, имя, отчество обследуемого _____

Дата рождения _____
Адрес места жительства (места пребывания) _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)
Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличие осложнений):

терапевта _____

фтизиатра _____

хирурга (онколога) _____

дерматовенеролога _____

врача-психиатра (врачебной комиссии с участием врача-психиатра) <2> _____

сведения о профилактических прививках _____

Подлежит ли устройству в учреждение социального обслуживания _____

(тип учреждения)

Результаты обследования (флюорография или рентгенография органов грудной клетки; для нетранспортабельных - трехкратный анализ мокроты на туберкулез, диаскинтест; анализ кала на кишечную группу и яйца гельминтов; анализ крови на RW, HBS-Ag, ВИЧ; мазок из зева и носа на дифтерию) и справка об отсутствии инфекционных контактов оформляются на отдельных бланках и прикладываются к медицинской карте.

Срок действия результатов обследования:

- флюорография органов грудной клетки (для нетранспортабельных - трехкратный анализ мокроты на туберкулез) - 1 календарный год;
- анализ кала на кишечную группу - 2 недели с момента забора материала для исследований.

Справка об отсутствии инфекционных контактов действительна в течение 3 (трех) дней со дня ее выдачи.

Подписи членов врачебной комиссии с участием врача-психиатра <3>

Председатель врачебной комиссии _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Врач-психиатр _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Врач _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Руководитель
уполномоченной
медицинской организации _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М. П. " _____ " _____ 20__ г.

<1> Оформляется при отсутствии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания.

<2> Если обследуемый подлежит помещению в психоневрологический интернат, необходимо заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, которое должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в ином стационарном учреждении социального обслуживания, а в отношении дееспособного лица - также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

<3> Подписи членов врачебной комиссии с участием врача-психиатра ставятся, если обследуемый подлежит помещению в психоневрологический интернат.