Пациент

РЗОК No: 02 здравен район: 02

ЕГН(ЛНЧ) на пациента

Идентификационен номер

☐ ЛНЧ дата на раждане: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ код на държава: BG

Ани Георгиева Михайлова

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) гр.Бургас ☐ неблаг условия

Ул./Ж.к.:

Лекар

02041340002

регистрационен номер на лечебното заведение

0300000603

УИН на лекаря

УИН на заместващия/нает лекар

☐ нает ☐ заместващ

17 д-р КАТЯ КОЧЕВА ДИНЕВА

код специалност ... име и фамилия

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ No. 000901 дата 27.03.2013 час 09 14

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЛЕКАР СПЕЦИАЛИСТ

КЪМ НАПРАВЛЕНИЕ(бл.3, бл.3А, бл.6) вид бл. ☐ No ☐☐☐☐☐☐ тип 1 от дата ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

от ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ регистрационен номер на лечебното заведение ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ УИН на лекаря 00 код спец ☐ заместващ ☐ нает ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ УИН на заместващия/нает лекар

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ПЪРВИЧНО ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ СИМП No. 000669 дата 01.03.2013

Посещение за:

- [X] консултация
- [ ] профилактика
  - [ ] детско здравеопазване
  - [ ] майчино здравеопазване
  - [ ] ЗЗОЛ над 18г.
- г.с.: ☐☐ ☐ рискова група
- [ ] диспансерен преглед
- [ ] ВСД ☐ болнична ☐ извънболнична
- [ ] рецепта на хоспитализирано ЗЗОЛ
- [ ] експертиза на работоспособността
- [ ] по искане на ТЕЛК

Вид преглед

- [X] амбулаторен
  - [ ] първичен
  - [X] вторичен
- ☐ домашен
  - ☐ първичен
  - ☐ вторичен
- ☐ инцидентно посещение

Имунизации код ☐☐ код ☐☐ код ☐☐ проба Манту ☐☐

Издадени документи

☐ медицински направления консултация или провеждане съвместно лечение

код специалност ☐☐ напр. No ☐☐☐☐☐☐ код специалност ☐☐ напр. No ☐☐☐☐☐☐

☐ медицински направления за ВСД и назначени ВСД

код специалност ☐☐ напр. No ☐☐☐☐☐☐ код ВСД ☐☐.☐☐

☐ направления за МДД

Направление No. ☐☐☐☐☐☐ Кодове на назначени изследвания: код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐

Направление No. ☐☐☐☐☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐

Направление No. ☐☐☐☐☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐

Направление No. ☐☐☐☐☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐

Направление No. ☐☐☐☐☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐

☐ талон за МЕ No. ☐☐☐☐☐☐

☐ направление за хоспитализация ☐ талон за ТЕЛК

☐ болничен лист No. ☐☐ дни МКБ ☐☐☐.☐☐

от до ☐ първичен ☐ продължение

☐ рецепта ☐ рецептурна книжка No. ☐☐☐☐☐☐

☐ бързо известие ☐ етапна епикриза

Информиран съм за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати. Декларирам, че към момента на прегледа не съм хоспитализиран:

пациент ... лекар ...

(родител,настойник/приемен родител) (подпис) (подпис и личен печат)

Основна диагноза МКБ E03.1 ☐☐☐.☐☐

Вроден хипотиреоидизъм без гуша

Придружаващи заболявания и усложнения

Атрофия на зрителния нерв при болести, класифицирани другаде	МКБ H48.0 ☐☐☐.☐☐
Миопия	МКБ H52.1 ☐☐☐.☐☐
Вродено плоско стъпало [pes planus]	МКБ Q66.5 ☐☐☐.☐☐
Митрален (клапен) пролапс	МКБ I34.1 ☐☐☐.☐☐

Анамнеза

Дете с увредено общо с-ние с установен хипотиреоидизъм непосредствено след раждането,лесна уморяемост и нарушено зрение

Обективно състояние

Пулмо-везик.дишане без хрипове.Кор-ритмична сърд.дейност,ясни сърд.тонове ,клик на върха ЕКГ-син.ритъм Корем мек.Хепар ет лиен -неувел.Свръхподвижни стави Плоскостъпие.

Изследвания

Терапия

ХДР симптоматично

Код на извършени специализирани или високоспец. дейности/ код на назначени/изпълнени процедури за физикална и рехабилитац.медицина

☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐

☐ Желая да бъда диспансеризиран/да продължа диспансерно наблюдение при лекар-специалист

пациент ...

(родител, настойник/приемен родител) (подпис)

Съставено и отпечатано с ПП на БУСОФТ, тел: 056/ 810 958