Приложение № 15

к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Адрес Форма № 076/у

Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н

# Санаторно-курортная карта для детей №

**“ ” 20 года**

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Без настоящей карты путевка недействительна.

1. **Фамилия, имя, отчество ребенка**
2. **Пол** 1. Мужской 2. Женский **3. Дата рождения**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |

1. **Место регистрации: субъект Российской Федерации**  район город населенный пункт улица дом квартира

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Идентификационный номер в системе ОМС**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. Субъект Российской Федерации 7. Ближайший субъект Российской Федерации** |  |  |  |
| (код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)**8. Климат в месте проживания 9. Климатические факторы в месте проживания****10. Код льготы 11. Сопровождение \*\***1. **Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг Номер Серия Дата выдачи**
2. **СНИЛС**
 |

1. **№ истории развития ребенка**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  | **.** | **2** | **0** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Образовательная организация**
2. **Место работы матери (отца)**
3. **Анамнез жизни ребенка**
4. **Наследственность**
5. **Профилактические прививки**



линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту

Обратный талон

1. **Санаторно-курортная организация**
2. **ОГРН СКО**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Фамилия, имя, отчество пациента(ки)**
2. **Период санаторно-курортного лечения: с по**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  |

1. **Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:**
	1. Основное заболевание код по МКБ-10
	2. Сопутствующие заболевания: код по МКБ-10

 код по МКБ-10

* 1. Заболевание, явившееся причиной инвалидности

 код по МКБ-10

1. **Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:**
	1. Основное заболевание код по МКБ-10
	2. Сопутствующие заболевания: код по МКБ-10

 код по МКБ-10

оборотная сторона ф. № 076/у

1. **Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно- курортное**
2. **Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты)**
3. **Диагноз:**
	1. **Основное заболевание** код по МКБ-10
	2. **Сопутствующие заболевания:** код по МКБ-10

 код по МКБ-10

 код по МКБ-10

* 1. **Заболевание, явившееся причиной инвалидности**

 код по МКБ-10

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. **Название санаторно-курортной организации**
2. **Лечение:**

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации 2. Амбулаторно

1. **Продолжительность курса лечения** дней.
2. **Путевка №**
3. **Фамилия, имя, отчество лица, заполнившего карту**
4. **Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии)\***

М.П.

\* для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг

Карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, фамилий, подписей, наличия печати. Срок действия Карты 12 месяцев.



линия отреза

1. **Проведено лечение**

(виды лечения, количество процедур, их переносимость)

1. **Эпикриз** (включая данные обследования)
2. **Результаты лечения:** значительное улучшение улучшение без перемен ухудшение
3. **Наличие обострений, потребовавших отмену процедур** 1. Да 2. Нет
4. **Рекомендации по дальнейшему лечению:**
5. **Контакт с пациентами, больными инфекционными заболеваниями**
6. **Лечащий врач**
7. **Главный врач санаторно-курортной организации**

М.П.