Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 10 августа 2017 г. N 514н

 Медицинская документация

 Учетная форма N 030-ПО/у-17

 Карта

 профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

 1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть)

 Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 2. Полис обязательного медицинского страхования: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Страховая медицинская организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 3. Страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 4. Адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 5. Категория: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения

родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации; нет категории

(нужное подчеркнуть).

 6. Полное наименование медицинской организации, в которой

несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 7. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой

несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 8. Полное наименование образовательной организации, в которой обучается

несовершеннолетний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 9. Адрес места нахождения образовательной организации, в которой

обучается несовершеннолетний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 10. Дата начала профилактического медицинского осмотра

несовершеннолетнего (далее - профилактический осмотр): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 11. Полное наименование и адрес места нахождения медицинской

организации, проводившей профилактический осмотр: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент

профилактического осмотра: \_\_\_\_\_\_ (число дней) \_\_\_\_\_ (месяцев) \_\_\_\_\_\_\_ лет.

 12.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет: масса (кг) \_\_\_\_\_; рост (см) \_\_\_\_;

окружность головы (см) \_\_\_\_; физическое развитие нормальное, с нарушениями

(дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост -

нужное подчеркнуть).

 12.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет включительно: масса (кг) \_\_\_\_\_\_\_;

рост (см) \_\_\_\_\_\_\_\_\_; нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток

массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть).

 13. Оценка психического развития (состояния):

 13.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет:

 познавательная функция (возраст развития) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 моторная функция (возраст развития) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции

(возраст развития) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 предречевое и речевое развитие (возраст развития) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 13.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет:

 13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

 13.2.2. Интеллект: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

 13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, нарушения) (нужное

подчеркнуть).

 14. Оценка полового развития (с 10 лет):

 14.1. Половая формула мальчика: P \_\_\_ Ax \_\_\_ Fa \_\_\_.

 14.2. Половая формула девочки: P \_\_\_ Ax \_\_\_ Ma \_\_\_\_ Me \_\_\_;

 характеристика менструальной функции: menarhe (лет, месяцев) \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные,

скудные, болезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).

 15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического

осмотра:

 Практически здоров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ [<1>](#P715)).

 15.2. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

 15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное

подчеркнуть).

 15.3. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

 15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное

подчеркнуть).

 15.4. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

 15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное

подчеркнуть).

 15.5. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

 15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное

подчеркнуть).

 15.6. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

 15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное

подчеркнуть).

 15.7. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

 15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III,

IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

 16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего

профилактического осмотра:

 16.1. Практически здоров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

 16.2. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

 16.2.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

 16.2.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено

впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

 16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.2.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в

амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных

условиях (нужное подчеркнуть).

 16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение

назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных

условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное

подчеркнуть).

 16.3. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

 16.3.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

 16.3.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено

впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

 16.3.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.3.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.3.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в

амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных

условиях (нужное подчеркнуть).

 16.3.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение

назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных

условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное

подчеркнуть).

 16.4. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

 16.4.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

 16.4.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено

впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

 16.4.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.4.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.4.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в

амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных

условиях (нужное подчеркнуть).

 16.4.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение

назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных

условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное

подчеркнуть).

 16.5. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

 16.5.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

 16.5.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено

впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

 16.5.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.5.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.5.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в

амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных

условиях (нужное подчеркнуть).

 16.5.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение

назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных

условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное

подчеркнуть).

 16.6. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

 16.6.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

 16.6.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено

впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

 16.6.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.6.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях

дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

 16.6.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в

амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных

условиях (нужное подчеркнуть).

 16.6.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение

назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных

условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное

подчеркнуть).

 16.7. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да":

 с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть);

 установлена впервые (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 дата последнего освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 16.8. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

 16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III,

IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

 17. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня,

питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической

культурой: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 18. Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению,

медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (И.О. Фамилия)

Руководитель

медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (И.О. Фамилия)

 Дата заполнения "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. М.П.