

300 мм

Код формы по ОКУД.....
Код учреждения по ОКПО.....

Минздрав РФ	Медицинская документация
наименование учреждения	Форма № 044/у
	Утвержд. Минздравом РФ 04.10.80
	№ 1030

КАРТА

больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

Карта стационарного (амб.) больного № _____ Лечащий врач _____

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ пол

М	
Ж	

(подчеркнуть)

Из какого кабинета направлен больной _____

Диагноз _____

подчеркнуть заболевание, по поводу которого

больной направлен на физиотерапию

Жалобы больного _____

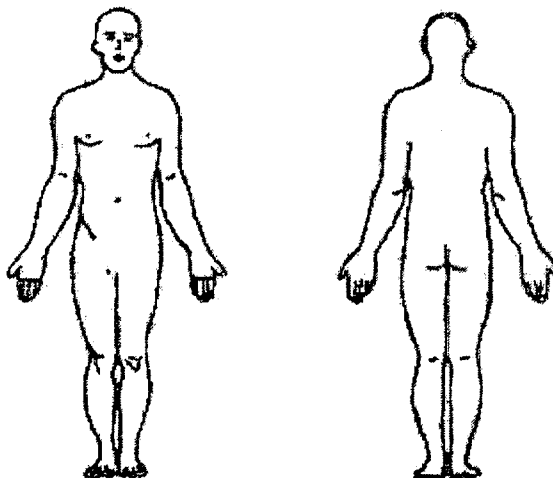
Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (подчеркнуть)	Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка

Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть)

Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные) _____

Эпикриз:

Врач-физиотерапевт



Сергей АБ

[illegible]

1.44 - 100
смет.

Вместе.

~~ЦУЗ «Отделенческая больница на станции Брянск 2» ОАО «РЖД»~~
~~ЦУЗ «Ред-Меридиан» г. Брянск~~
~~комбинат № 2 по ст. Брянск~~

СВОДКА
ежедневной работы
физиотерапевтического кабинета за
текущий месяц

Начат 1 апреля 20 14.

Окончен

[illegible]

Лист № 1000 шт.

ЧУЗ «РЖД-Медицина» г.Брянск»

Ультразвуковое исследование щитовидной железы № _____

Дата _____ Ф. И. О. _____ Год рождения _____

Щитовидная железа расположена обычно, смещена _____

Контуры (не)ровные _____

Правая доля: длина _____ ширина _____ толщ. _____
_____ см³

Структуры паренхимы (не) равномерна, гетерогенна, обычной, повышенной
эхогенности _____

Очаговые зоны (не)определяются _____

Левая доля: длина _____ ширина _____ толщ. _____
_____ см³

Структуры паренхимы (не) равномерна, гетерогенна, обычной, повышенной
эхогенности _____

Очаговые зоны (не)определяются _____

Перешеек: толщина _____ мм _____ эхоструктура _____

Дополнения и примечания _____

Заключения и рекомендации _____

Суммарный объём щитовидной железы = _____ см³
№ () _____

Подпись врача _____

Типография «Поликарт», 64-43-85

Лист № 1000 шт.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094Н

Наименование (штамп) медицинской организации _____

Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии, наименование
органа государственной власти, выдавшего лицензию) _____

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии) пациента _____

_____ Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____

Руб. Коп. Rp

Руб. Коп. Rp

Руб. Коп. Rp

Подпись и
печать лечащего врача _____
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течении 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

**ЧУЗ «РЖД-Медицина»
г. Брянск»
Бактериологическая лаборатория**

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

Направление на исследование смыслов на УПМ

от « » _____ 201 г.

Наименование объекта _____

Цель исследования _____

Дополнительные сведения _____

Вид упаковки _____

[illegible]

НУЗ «Отделенческая больница
на от. Брянск-2»
ОАО «РЖД»
Бактериологическая лаборатория

Медицинская документация
Форма № 32/У
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

Направление на исследование воздуха

от « » 201 г.

Наименование объекта _____

Цель исследования _____

Дополнительные сведения

Вид упаковки _____

[illegible]

Врач бактериолог

3. Того экземпляря ЩУЗ РЖД-Медицина
отделенческая железнодорожная
больница на ст. Брянск-2
ОАО "РЖД"
сериологическая лаборатория
г. Брянск
Бактериологическая ЛБ

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

от « » 2011 г.

Цель исследования _____

Дополнительные сведения

Вид упаковки _____

Такој разлик
банка

Приготовил	Проверил	Отпустил

ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Брянск»
Приёмное отделение

ЖУРНАЛ
ежемесячных осмотров лифтов

Начат 9.09. 2005 г.

Окончен _____ 20 ____ г.

[illegible]

В ватсоне

50

Министерство культуры

Министерство культуры

Министерство культуры
Министерство культуры
Министерство культуры
Министерство культуры

Контрольный талон к справке №

Дата выдачи

Фамилия, имя, отчество

Дата рождения

Домашний адрес

Наименование учебного заведения, детского дошкольного учреждения

Дополнительные сведения

Составитель

Составитель

Составитель

Примечание: Контроль за талоном осуществляется для учета выдачи справок

СПРАВКА

Справка о наличии в семье ребенка, находящегося в детском дошкольном учреждении, для учета выдачи справок

Фамилия, имя, отчество

Дата рождения: мес. год

Двойная фамилия

Наличие в семье

М.П.

ЧЗЗ „РКД-Медицина“ г. Брени
Бактериологическа лаборатория

ЖУРНАЛ

учета анализов на
стерильност крови и
гемокультуру крови

карат _____ 20... 17

окретен _____ 20... 17

В твърдения неплет
всего → 160 е франк
прокуратура (3 журнала)

[illegible]

Высев 7 – 10 дней

Чувствительность

~~также сражается
журналист~~ 90 ~~в нажмет~~

[illegible]

W. J. H. J.