20

КНИГА
учета материальных ценностей

_____
учреждение

_____
структурное подразделение

_____
материально-ответственное лицо

Наименование материала ______________________________ код ______

Порядк. номер записи	Дата записи	Документ		От кого получено (кому отпущено)	Приход	Расход	Остаток	Контроль (подпись и дата)
		дата	номер					

ЖУРНАЛ №____
учета перевязок

больного	№ пала-ты	Дата назначения	Название врача	число																													
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

ЖУРНАЛ
учета лекарственных средств

ПРИХОД				РАСХОД				
дата получения	откуда № аптеки	коли-чест-во	подпись получив-шего	дата выдачи	фамилия, имя, отчество	коли-чест-во	оста-ток	[illegible]

ЖУРНАЛ

контроля качества готовой продукции (бракеража)

ГБУСО ВО «Комплексный центр социального обслуживания населения Юрьев-Польского района»
Отделение милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с. Небылое

Начат 23.12. 2025.

Окончен _____ 20__ г.

блюда делия)	Дата и время изготов-ления продукта	Время снятия бракеража	Органолептическая оценка, включая оценку степени готовности продукта		Разрешение на раздачу (реализацию) продукции (время)	Ответственный исполнитель (Ф.И.О., должность изготовителя продукции)	Подпись изгото-вителя продукции	Ф.И.О. лица, проводившего бракераж (органолепти-ческую оценку)	Подпись членов бракеражной комиссии
			оценка	степень готовности					

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N ____

Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____ _____

Дата рождения: "___" _____ ____ г. Пол: муж. - 1, жен. - 2 Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ N _____

Номер телефона: _____Адрес электронной почты: _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____ район _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская - 1, сельская - 2

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____ район _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская - 1, сельская - 2

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: число _____ месяц _____ год _____

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу

Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

Код меры социальной поддержки _____

Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:

фамилия, имя, отчество (при наличии), номер контактного телефона _____

Занятость: работает - 1, проходит военную и приравненную к ней службу - 2; пенсионер - 3, обучающийся - 4, не работает - 5, прочее - 6

Группа инвалидности Место работы, учебы _____

Признан нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи: не признан - 1; признан - 2

Лист проведения гигиенических ванн

Лист осмотра на педикулез

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ

ление________________________________ Палата________________ № ист. болезни___________

милия, имя, отчество____

ежим____

Диета____

Дата назначения	Назначение	Дата отмены	Примечание

Дата	Состояние здоровья, течение болезни, диагноз	Назначения

КАРТА

медицинских осмотров за 202___ г.

Наименование	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
Пол				
Общее состояние				
Поведение				
Критика				
Интеллект				
Память				
Слух				
Зрение				
Движение				
Питание				
Телосложение				
Костно-мышечная система				
Кожные покровы				
Периферические лимфоузлы				
Отёки				
Зев				
Грудная клетка				
Дыхание в 1 мин.				
Тоны сердца				
Ритм ЧСС в 1 мин.				
АД				
Шумы сердца				
Живот				
Болезненность при пальпации				
Печень				
Селезенка				
Стул				
Мочеиспускание				
С-м Пастернацкого				
Нервная система				
Эндокринная система				
Трудовые рекомендации				

Врач_____