

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. № 274н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и адрес
осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный
номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация
Учетная форма № 076/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. № 274н

Санаторно-курортная карта для детей № _____

« ____ » _____ 20 ____ года

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

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20 ____ г. Пол: муж. – 1, жен. – 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом ____ строение/корпус ____ квартира _____ тел. _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом ____ строение/корпус ____ квартира _____ тел. _____

Образовательная организации: тип: _____ № _____ структурное подразделение _____

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования « ____ » _____ 20 ____ г.

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

Код субъекта Российской Федерации _____

Климат в месте проживания пациента (код) _____

Климатические факторы в месте проживания _____

Код меры социальной поддержки _____

Сопровождение: да – 1, нет – 2 _____

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде набора социальных услуг:

серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.

Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

Нуждаемость в условиях доступной среды: да – 1, нет – 2 _____

линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту

Обратный талон

Наименование санаторно-курортной организации _____

Основной государственный регистрационный номер санаторно-курортной организации _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Период санаторно-курортного лечения: с « ____ » _____ 20 ____ г. по « ____ » _____ 20 ____ г.

Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

Основное заболевание _____

код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ) _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

Внешняя причина (при травмах, отравлениях) _____ код по МКБ _____

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____ код по МКБ _____

Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

Жалобы _____

Анамнез заболевания (включая данные о предшествующем лечении, в том числе санаторно-курортном) _____

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции: _____

Проведенные профилактические прививки:

наименование вакцинации: _____ дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

наименование вакцинации: _____ дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

наименование вакцинации: _____ дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Результаты обследований в целях выявления туберкулеза

наименование исследования _____ дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты проведения исследований) _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____ код по МКБ _____

Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

Осмотр на педикулез и чесотку _____

Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Название санаторно-курортной организации _____

Лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации – 1, амбулаторно – 2

Продолжительность курса лечения _____ дней

Путевка № _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, заполнившего карту _____

Заведующий отделением/председатель врачебной комиссии _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) подпись)

М.П. (при наличии)

линия отреза

Проведено лечение _____

(виды лечения, количество процедур, их переносимость, даты проведения санаторно-курортного лечения)

Эпикриз (включая данные обследования) _____

Результат санаторно-курортного лечения: значительное улучшение – 1, улучшение – 2, без перемен – 3, ухудшение – 4

Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: да – 1, нет – 2

Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

Контакт с пациентами, больными инфекционными заболеваниями _____

Лечащий врач, должность врача-специалиста _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) подпись)

Главный врач санаторно-курортной организации _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) подпись)

М.П. (при наличии)