

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 N 076/y

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. N 274н

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА ДЛЯ ДЕТЕЙ N

"__" _____ 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 организация: тип _____ N _____
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 _____

оборотная сторона ф. N 076/у

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

Наименование санаторно-курортной организации

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

Продолжительность курса лечения _____ дней

Путевка N _____

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)