
наименование учреждения
печать организации

ВЫПИСКА

из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

**В Государственное Автономное Учреждение Социального Обслуживания
Краснодарского края «Краевой комплексный центр реабилитации
инвалидов «Медуница», ст. Передовая, ул. Ленина дом
1А**

название и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Место работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____

б) по стационару: поступления _____
выбытия _____

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

6. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение,
состояние при направлении, при выписке

ОАК _____

ОАМ _____

ЭКГ _____

ФГ _____

Данные рентгеновского обследования (при наличии) _____

Обследование гинеколога (для женщин) _____

Информация об эпидемиологическом окружении

Заклучение об отсутствии (наличии) противопоказаний к медицинской реабилитации: _____

согласно приказа МЗ КК от 22.12.2014 г. № 1042 с изменениями от 20.10.2020 № 1481.

Противопоказания для направления на медицинскую реабилитацию:

1. Отсутствие мотивированности пациента для проведения реабилитационного лечения.
2. Грубый психоорганический синдром или деменция, исключающие продуктивный контакт с окружающими.
3. Отсутствие подтверждающих диагнозов обследований (нейровизуализации, рентгенограмм и т.д.)
4. Прогрессирующее течение заболевания, по поводу которого планируется реабилитационное лечение.
5. Состояние декомпенсации соматических функций, требующих их протезирования (ИВЛ, ГДФ и т.д.) или мониторинговой коррекции в условиях реанимационного отделения (инотропная поддержка).
6. Клинико-лабораторные признаки инфекционно-воспалительного процесса (менингит, туберкулез, пневмония, пролежни, диарея, цистит).
7. Лихорадка неясного генеза.
8. Наличие инфекционных послеоперационных осложнений.
9. Хронические заболевания в стадии декомпенсации.
10. Недостаточности кровообращения II Б-III ст. (ХСН ФК IV).
11. Прогностически неблагоприятные нарушения сердечного ритма и проводимости:
 - постоянная форма мерцательной аритмии с недостаточностью кровообращения выше II А стадии;
 - политопная, частая, групповая и ранняя экстрасистолия (3 - 5-й градации по Лауну);
 - атриовентрикулярная блокада II - III степени, слабость синусового узла с эпизодами выраженной бради- и тахикардии.
12. Артериальная гипертензия, вторичная гипертензия медикаментозно неконтролируемая, злокачественное течение.
13. Аневризма аорты (без оперативного лечения).
14. Не выключенная из кровотока, верифицированная ангиографически аневризма или мальформация сосудов головного мозга.
15. Наличие окклюзий артерий, нестабильных атеросклеротических бляшек, двусторонних стенозов артерий более 60% (по данным дуплексного сканирования и ультразвуковой доплерографии магистральных артерий головы).
16. Облитерирующий тромбангиит (энтертериит) с склонностью к генерализации, при сопутствующем мигрирующем тромбофлебите, при наличии свежих изъязвлений, гангрены.
17. Рецидивирующие и/или недавние (до 6 мес.) тромбоэмболические осложнения.
18. Дыхательная недостаточность III степени.
19. Кахексия.
20. Кровотечения, кровохарканье.
21. Анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л).
23. Эпилепсия (некомпенсированная, с частыми приступами).
24. Центральная форма миастении.
25. Боковой амиотрофический склероз (выраженные клинические признаки, бульбарная форма).
26. Хронический остеомиелит.
27. Гиперплазия предстательной железы 3 стадии с задержкой мочеиспускания.
28. Онкологические заболевания 3 - 4 стадии.
29. Психические расстройства и заболевания.
30. Выраженные неврозы (ипохондрический, депрессивный, маниакальный синдромы, фобии).
31. Наркотическая, алкогольная зависимости.
32. Венерические заболевания.

Лечащий врач _____

(Ф.И.О., подпись)

Заведующий поликлиникой _____

(Ф.И.О., подпись)

М.П.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Форма

Заключение

уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (необходимое подчеркнуть), _____ куда _____ представляется _____ заключение _____

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

(гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено (нужно подчеркнуть):

а) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;

б) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;

в) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

Председатель врачебной комиссии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)