

ФОП Куліда М.Є.
18000, м. Черкаси, вул. Святотроїська,
бульв. 55, каб. 6/н
Код за ЄДРПОУ 2898108483
ліцензія на провадження господарської
діяльності з медичної практики - наказ
МОЗ України від 04.06.2021 № 1115
38.007.329.6703; http://aleksmed.ch.ua

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової
документації № 027/10

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
29.12.2020 № 369

ВИПИСКА

із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (підкреслити)

В

(найменування і адреса закладу, куди направляється виписка)

1. Прізвище, ім'я по батькові хворого Бутко Марія Філіпівна

2. Дата народження 27 07 2019

3. Домашня адреса м. Черкаси вул. С.Смирнова 57 кв 68

4. Місце роботи і рід занять цг

5. Дати: а) в амбулаторії: захворювання

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

направлення в стаціонар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

б) в стаціонарі: надходження

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

виписки або смерті (підкреслити)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення): Спастичний церебральний параліз з важким руховим порушенням у вигляді спастичної тетрапарезу, затримки росту висхідного (С400) локалізованого (органічного) симптоматичного епілепсія, епілептичний синдром (С40,2)

7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці дитина народилася з ДН: Генетична м'язова слабкість, інтелектуальні ураження, епілепсія, припадочки, черепно-мозковий судинний синдром, шкоропечення, с-м, вторинне кардіоміопія, Діагноз з народженням інтелектуальний у м'язово-скелетній, кардіологія. Рецидивно змінюється та великою припадочним м'язово-скелетним не професійним характером: епілептичний синдром.

Лікування та трудові рекомендації мв, масаж, гімнастика, сгас, дитини не покращився, затримка росту висхідного розриву, 30.12.2020 - організоване соціально догляд за дитиною з неврологічного ДН: спастичний церебральний параліз з важким руховим порушенням у вигляді спастичної тетрапарезу, затримки росту висхідного, локалізованого (органічного) симптоматичного епілепсія, епілептичний с-м.

Підпис особи, яка заповнила довідку

ФІЗИЧНА
ОСОБА-ПІДПРИЕМЦЬ
КУЛІДА М.Є.
БЕЗ ПЕЧАТКИ
М.П.

Підпис керівника закладу охорони здоров'я

24.02.2023р