sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, duomenys	Forma Nr. 025/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120

AMBULATORINĖ ASMENS SVEIKATOS ISTORIJA

_____

(vardas, pavardė, gimimo data)

Šeimos (apylinkės) gydytojo vardas, pavardė_____

_____

Pradėta _____ m.

AMBULATORINĖ ASMENS SVEIKATOS ISTORIJA

A. k. | lytis | | | gimimo data | | | | | | | | |
metai | mėnuo | diena

Vardas, pavardė _____

Gimimo data _____ Lytis: moteris, vyras (pabraukti)

Gyvenamoji vieta _____

Telefono numeris, el. pašto adresas _____

Darbingumo lygis, specialieji poreikiai ir pan. _____

_____

_____

Kraujo grupė _____ rezus_____ perpylimai_____

_____

_____

Nuolat stebimas dėl ligos (TLK-10-AM kodas) _____ | | | . | | |

_____

_____

_____

_____

Chirurginis gydymas _____

_____

_____

_____

_____

Kiti svarbūs įrašai ((implantuotas elektrokardiostimuliatorius, galūnių protezai, epilepsija, hemofilija, diabetas ir t.t.) _

_____

_____

_____

Persirgtos ligos (jeigu sirgo, žymėti ☒): miokardo infarktas ☐, insultas ☐, infekcinis hepatitas A ☐, B ☐, C ☐, tuberkuliozė ☐, kraujo ligos ☐, inkstų ligos ☐, alergija ☐, nurodyti, kam _____

_____

Artimų giminaičių ligos ar mirties priežastys _____

_____

_____

GALUTINĖS (PATIKSLINTOS) DIAGNOZĖS

Data	Diagnozė	TLK-10-AM kodas	Pirmą kartą nustatyta liga žymima + ženklu	Gydytojo vardas, pavardė

INFORMACIJA APIE PROFILAKTINIUS SVEIKATOS PATIKRINIMUS

Data	Profilaktiniai patikrinimai, prevencinės programos	Sveikatos tikrinimų išvados

Gydytojo (kitų specialistų) įrašai

Data, laikas	Paciento nusiskundimai, anamnezė, objektyvūs duomenys, diagnozė ir gydymas	Paskyrimai (tyrimai, vaistai), nedarbingumo pažymėjimo Nr., nedarbingumo trukmė, gydytojo spaudas ir parašas
1	2	3