

Приложение № 3
к приказу Минздрава ЧР
от «21» 07 2023 г. № 232

Наименование медицинской организации: _____

Извещение № _____ (взамен № _____ от _____)	
о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки	
1. Ф.И.О. или код больного _____	
2. Пол: м 1 <input type="checkbox"/> , ж 2 <input type="checkbox"/>	
3. Профессия _____	4. Дата рождения <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
5. Адрес фактического проживания больного: населенный пункт _____ район _____, улица _____, дом _____ корп. _____	
6. Житель: города 1 <input type="checkbox"/> , села 2 <input type="checkbox"/>	
7. Социальная группа: рабочий 1 <input type="checkbox"/> , служащий 2 <input type="checkbox"/> , неработающий 3 <input type="checkbox"/> , учащийся 4 <input type="checkbox"/> , пенсионер 5 <input type="checkbox"/> , инвалид 6 <input type="checkbox"/> , другая (указать) 7 <input type="checkbox"/>	
Категория больного: житель данного субъекта РФ 1 <input type="checkbox"/> , другого субъекта РФ 2 <input type="checkbox"/> , СНГ 3 <input type="checkbox"/> ,	
БОМЖ 4 <input type="checkbox"/> , контингент УИН 5 <input type="checkbox"/> , СИЗО 6 <input type="checkbox"/> , других ведомств (указать какое) 7, _____ иностранный гражданин 8, _____ другое 9	
9. Место работы и должность (для декретиров. контингента) _____	
10. Детское учреждение (для детей) _____	
11. Диагноз _____	Рейнфекция да 1 <input type="checkbox"/> нет 2 <input type="checkbox"/>
Код МКБ-10 [_____]	
12. Путь передачи: половой 1 <input type="checkbox"/> , в т.ч. при сексуальном насилии 2 <input type="checkbox"/> , бытовой 3 <input type="checkbox"/> .	
13. Наличие беременности: I триместр - 1 <input type="checkbox"/> , II триместр - 2 <input type="checkbox"/> , III триместр - 3 <input type="checkbox"/> .	
14. Лабораторное подтверждение: бактериоскопически 1 <input type="checkbox"/> , серологически 2 <input type="checkbox"/> , бактериологически 3 <input type="checkbox"/> , другое (указать) 4 _____	
15. Место выявления заболевания: КВУ 1 <input type="checkbox"/> , в т.ч. в КАОЛ 2 <input type="checkbox"/> , в стационаре 3 <input type="checkbox"/> (профиль койки) _____, в амбулаторно-поликлиническом учреждении 4 <input type="checkbox"/> (специалист) _____, в женской консультации 5 <input type="checkbox"/> , другое 6 <input type="checkbox"/> (вписать) _____	
16. Обстоятельства выявления: самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому) _____, в т.ч. по контакту 1 <input type="checkbox"/> , активное выявление: как контакт больного 2 <input type="checkbox"/> , донор 3 <input type="checkbox"/> , при периодических медицинских осмотрах 4 <input type="checkbox"/> , при поступлении на работу 5 <input type="checkbox"/> , во время родов 6 <input type="checkbox"/> , прочее 7 <input type="checkbox"/> (указать) _____	
17. Дата установления диагноза <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Ф.И.О. врача, установившего диагноз _____ Подпись и печать врача _____	