

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ _____ _____		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації N 511/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України	
Код за ЄДРПОУ _____		_____ N _____	
Довідка N _____ про фіксацію тілесних ушкоджень			
1. Дата видачі довідки _____ (число, місяць, рік)		2. Час видачі довідки _____ (години, хвилини)	
3. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи _____			
4. Дата народження _____ (число, місяць, рік)		5. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2 ☐	
6. Місце проживання (перебування) _____			
7. Скарги особи _____ _____ _____			
8. Обставини отримання тілесних ушкоджень (у тому числі факт заподіяння тілесних ушкоджень працівниками правоохоронних органів), гострі симптоми та їх тривалість (за наявності) _____ _____ _____			
9. Діагноз _____ _____ _____			
10. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд: _____ Підпис _____ М. П. (за наявності)			

11. Опис тілесних ушкоджень:

1) СИНЦІ [1] (підкреслити колір, зазначити кількість, форму, позначити локалізацію на схемі, контури/краї, розміри (довжина та ширина у сантиметрах)

БАГРОВО-СИНЮШНІ, ЗЕЛЕНУВАТІ [1.2] ЖОВТУВАТІ [1.3]
СИНЮШНІ [1.1]

2) САДНА [2] (підкреслити характер, зазначити кількість, форму, позначити локалізацію на схемі, контури/краї, розміри (довжина та ширина у сантиметрах)

ЗАПАДАЮЧІ [2.1] НА РІВНІ ШКІРИ [2.2] ВИЩЕ РІВНЯ ШКІРИ [2.3]

3) РАНИ [3] (підкреслити характер, зазначити кількість, форму, позначити локалізацію на схемі, контури/краї, розміри (довжина та ширина у сантиметрах)

ЗАБИТІ, РВАНІ [3.1] РІЗАНІ, КОЛОТІ, КОЛОТО- ВОГНЕПАЛЬНІ [3.3]
РІЗАНІ [3.2]

4) АМПУТАЦІЇ [4] (зазначити характер відділення, позначити локалізацію на схемі)

5) ОПІКИ [5] (зазначити форму, кількість, позначити локалізацію на схемі, контури/краї, розміри (довжина та ширина у сантиметрах)

6) ПЕРЕЛОМИ/ВИВИХИ [6] (вказати локалізацію і позначити на схемі)

7) РУБЦІ [7] (вказати локалізацію і позначити на схемі, розміри (довжина та ширина у сантиметрах)

12. Результати додаткових досліджень та обстежень (у разі проведення):

Рентгенологічне обстеження: _____

Ультразвукове дослідження: _____

Комп'ютерна томографія: _____

Магнітно-резонансна томографія: _____

Біопсія: _____

Інші дослідження та обстеження: _____

Додаткова інформація: _____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд: _____ Підпис _____

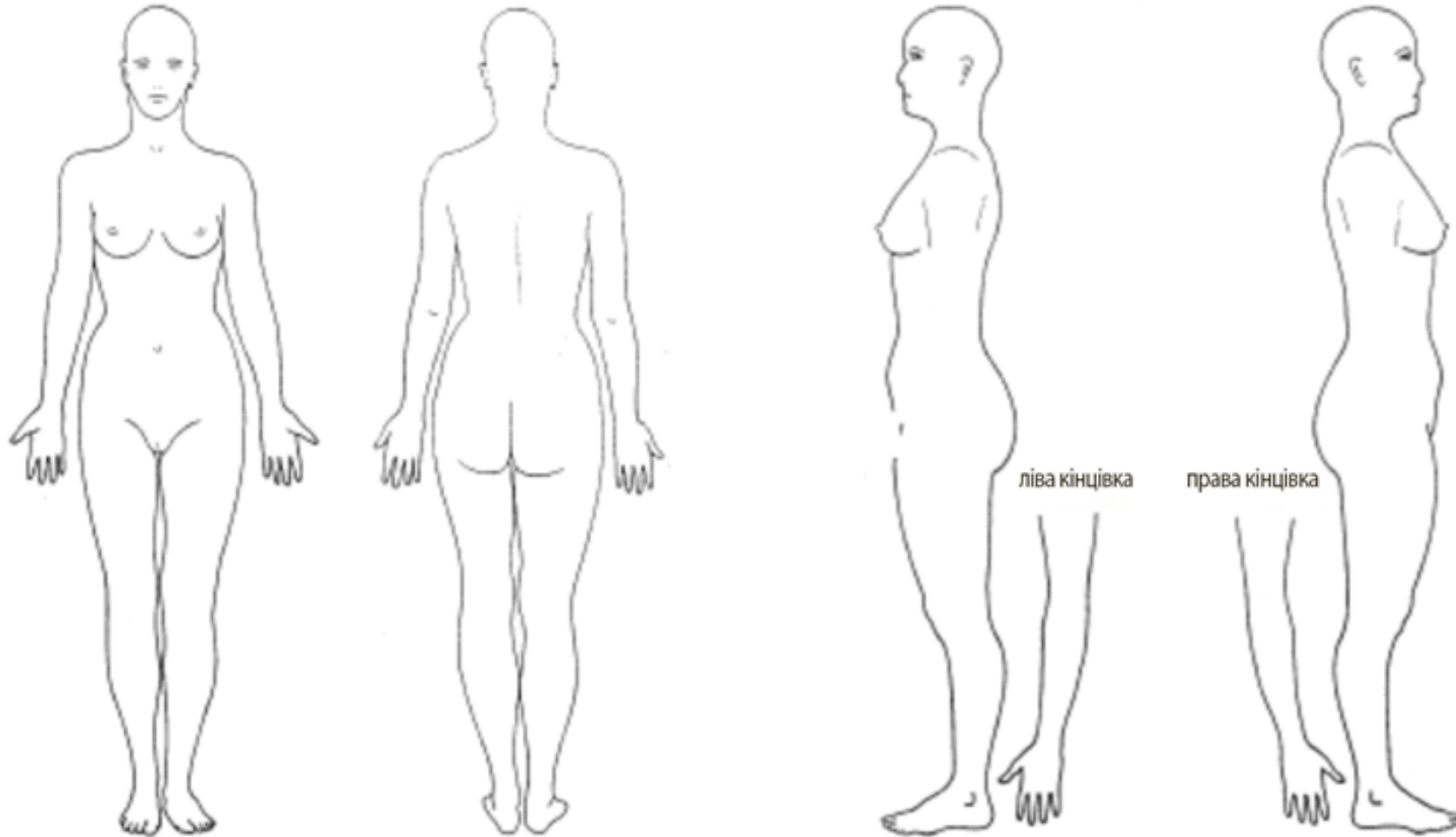
М. П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(заповнюється щодо жінок, зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)

ЗАГАЛЬНИЙ ВИД ТІЛА ЖІНКИ СПЕРЕДУ І ЗЗАДУ

ЗАГАЛЬНИЙ ВИД ТІЛА ЖІНКИ ЗБОКУ



Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд:

_____ Підпис _____

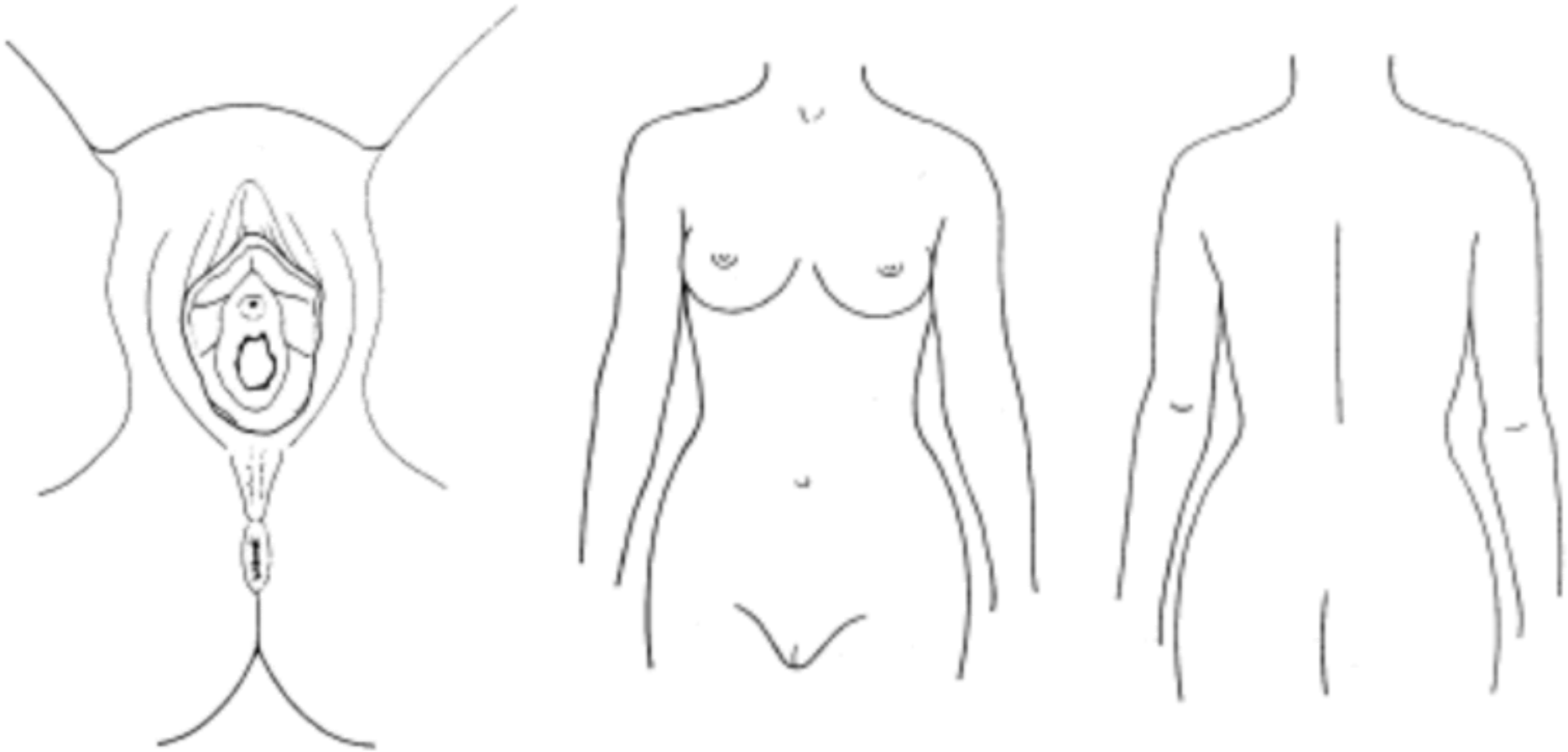
М. П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(заповнюється щодо жінок, зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)

ПРОМЕЖИНА - ЖІНКА

ГРУДНА КЛІТКА ТА ЖИВІТ ЖІНКИ - ВИД СПЕРЕДУ І ЗЗАДУ



Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд:

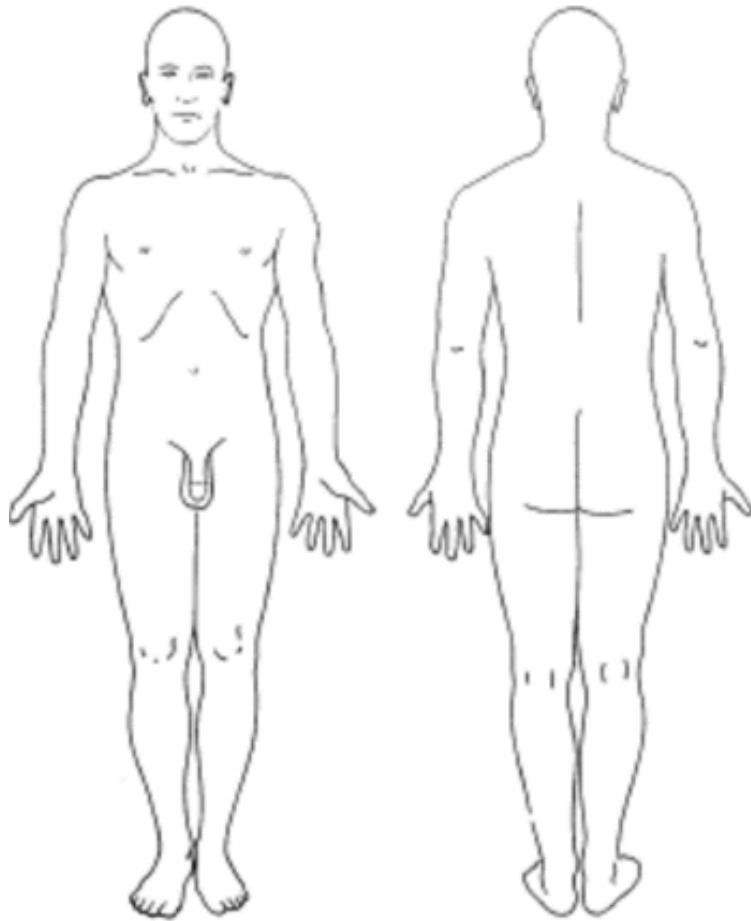
_____ Підпис _____

М. П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(заповнюється щодо чоловіків, зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)

**ЗАГАЛЬНИЙ ВИД ТІЛА ЧОЛОВІКА СПЕРЕДУ І ЗЗАДУ
(ВЕНТРАЛЬНИЙ І ДОРСАЛЬНИЙ)**



ЗАГАЛЬНИЙ ВИД ТІЛА ЧОЛОВІКА ЗБОКУ



Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд:

_____ Підпис _____
М. П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(вказати на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)

**ГРУДНА КЛІТКА ТА ЖИВІТ ЧОЛОВІКА - ВИД СПЕРЕДУ І
ЗЗАДУ (заповнюється щодо чоловіків)**



СТОПИ - ЛІВА ТА ПРАВА ПІДОШОВНІ ПОВЕРХНІ



Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд:

_____ Підпис _____

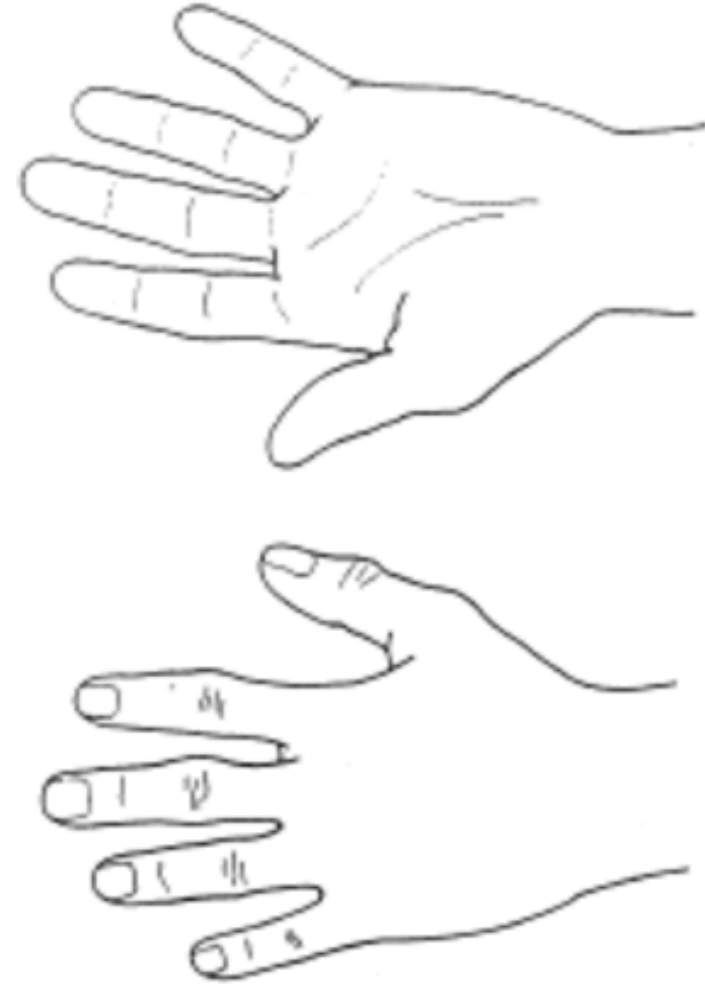
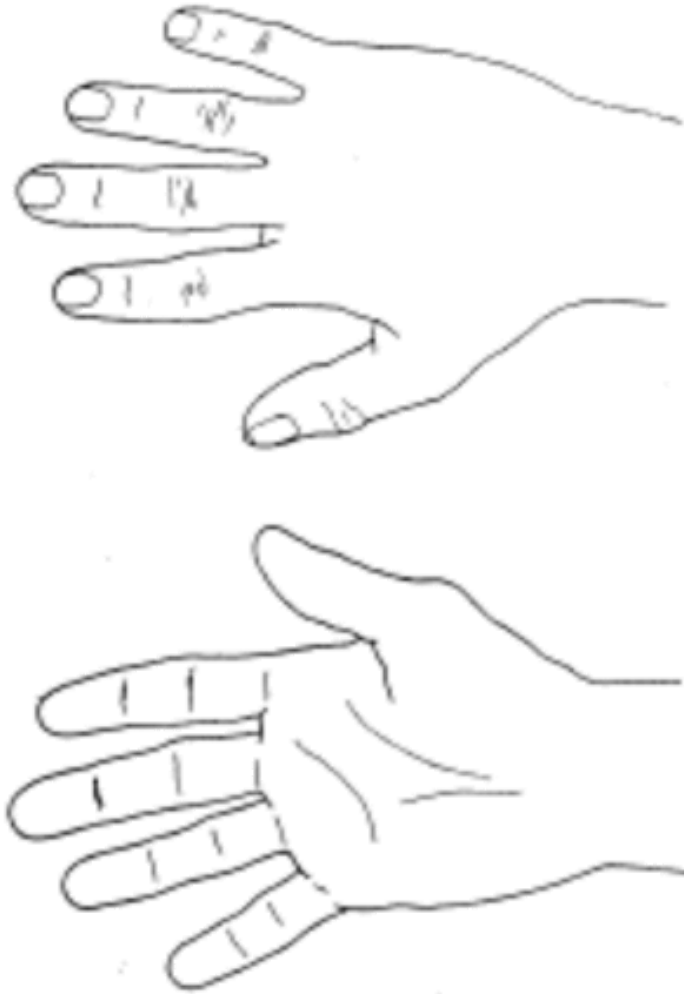
М. П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)

ПРАВА РУКА - ДОЛОНЯ ТА ТИЛЬНА СТОРОНА

ЛІВА РУКА - ДОЛОНЯ ТА ТИЛЬНА СТОРОНА



Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд:

_____ Підпис _____

М. П. (за наявності)

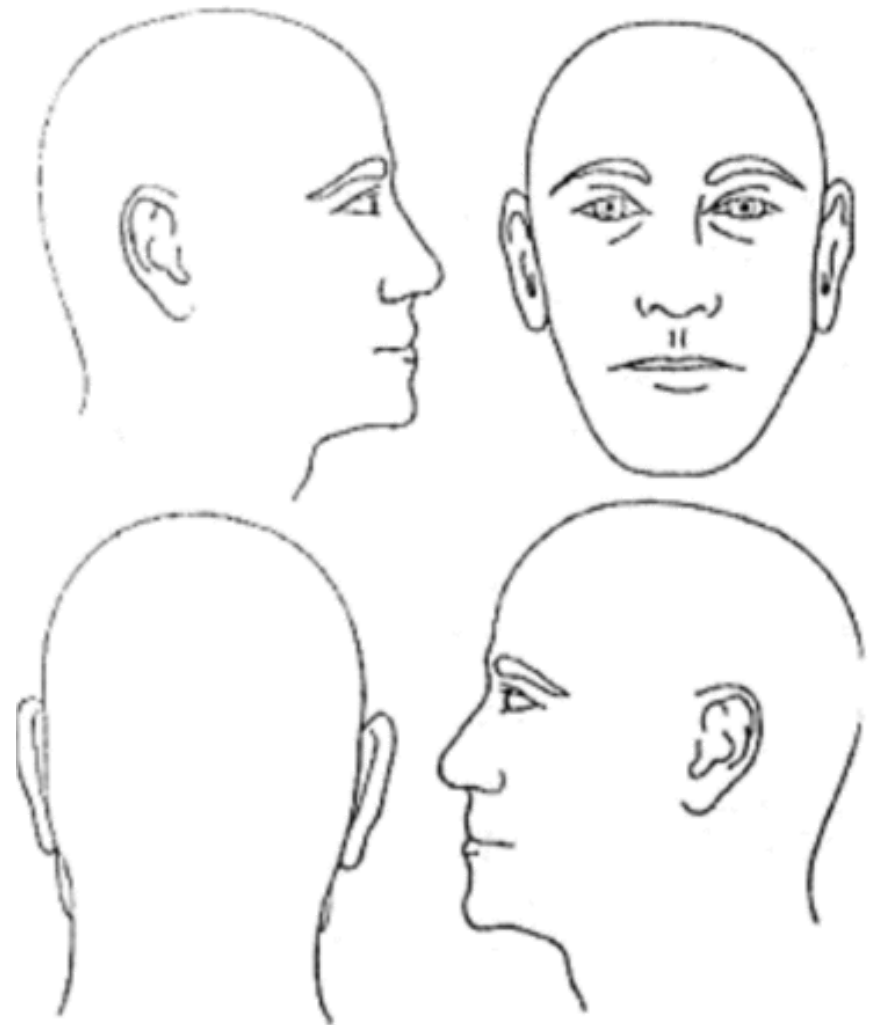
СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(вказати на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)

**ГОЛОВА - ПЛАСТИЧНА ТА СКЕЛЕТНА АНАТОМІЯ - ВИД
ЗВЕРХУ ТА ШИЇ ЗНИЗУ**



**ГОЛОВА - ПЛАСТИЧНА ТА СКЕЛЕТНА АНАТОМІЯ - ВИД З
ЧОТИРЬОХ СТОРІН**



Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд:

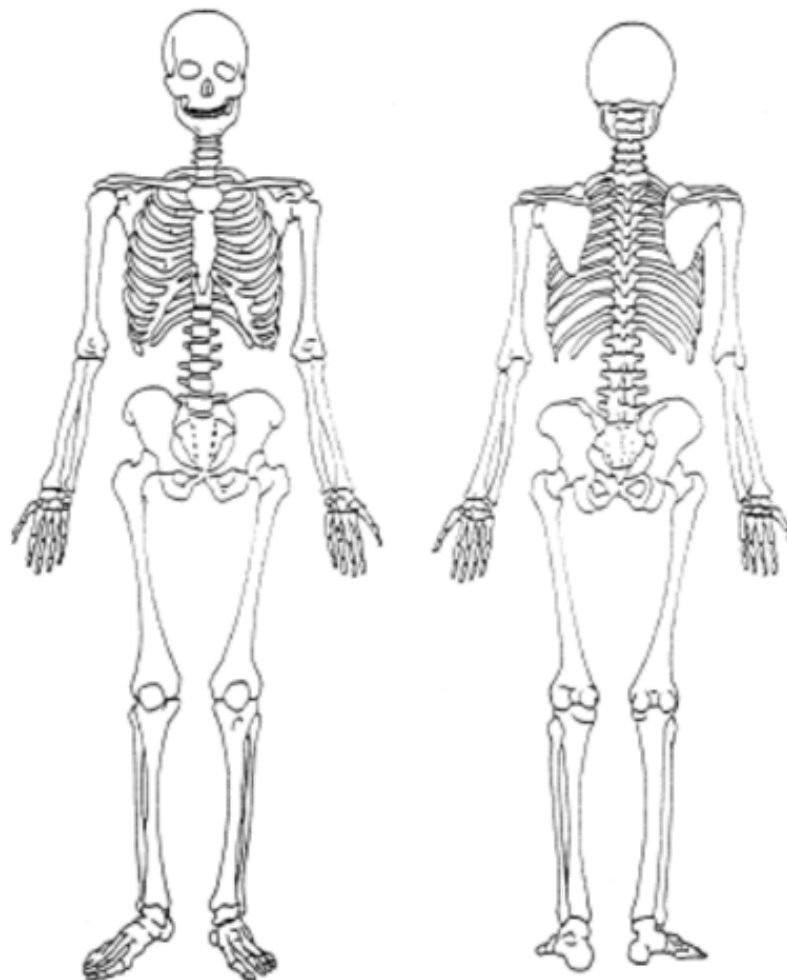
_____ Підпис _____

М. П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)

СКЕЛЕТ - ВИД СПЕРЕДУ ТА ЗЗАДУ



Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд:

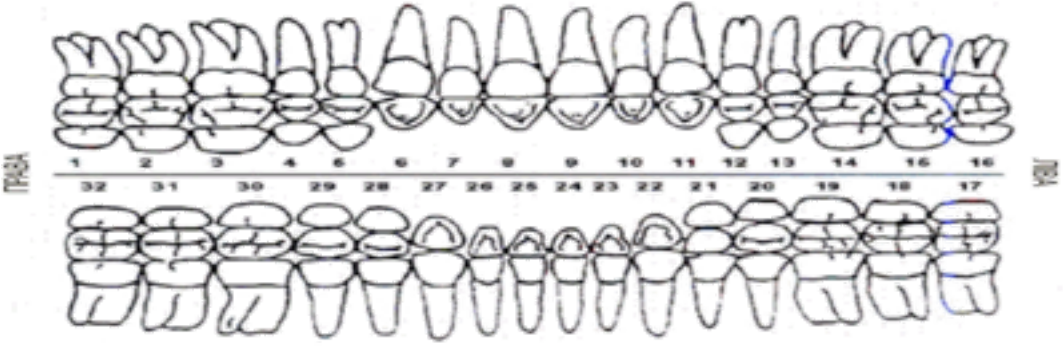
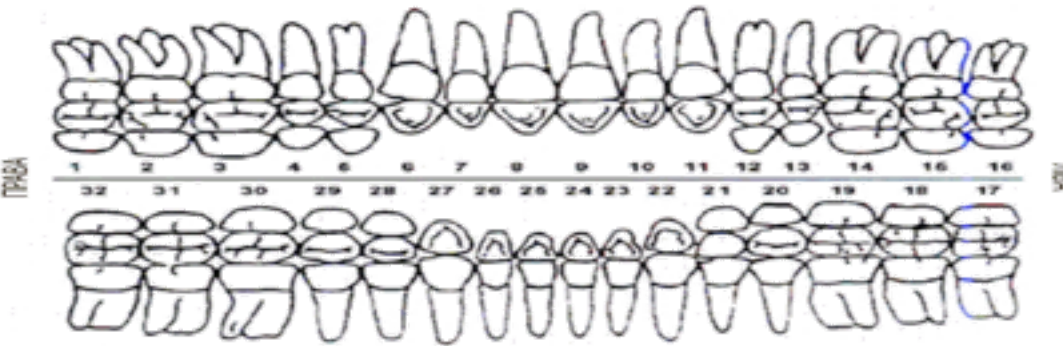
_____ Підпис _____

М. П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)

СХЕМА ЗУБІВ

	Обведіть необхідну характеристику наявних зубних протезів Верхня щелепа Повністю знімається Частково знімається Місток Нижня щелепа Повністю знімається Частково знімається Місток Зубний наліт Незначний Середній Тяжкого ступеня Відмітьте на цій схемі всі пломби та зуби, яких не вистачає
	Прикус Нормальний Ортогнатія Прогнатія Стан періодонта Відмінний Середній Незадовільний Зубний камінь Незначний Середньої тяжкості Тяжкої ступені Відмітьте на цій схемі всі випадки карієсу (обведіть карієс та позначте "X" зуби, яких немає)

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис та печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) огляд:

_____ Підпис _____

М. П. (за наявності)

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Тетяна ОРАБІНА

