

Приложение N 9
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. N 274н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и адрес
осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный
номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация
Учетная форма N 076/у

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. N 274н

Санаторно-курортная карта для детей N _____
"__" _____ 20__ года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Без
настоящей карты путевка недействительна.

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____
Дата рождения: "__" _____ 20__ г. Пол: муж. - 1, жен. - 2
Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____
улица _____ дом __ строение/корпус __ квартира __ тел. _____
Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____
улица _____ дом __ строение/корпус __ квартира __ тел. _____
Образовательная организация: тип _____ N _____
структурное подразделение _____
Полис обязательного медицинского страхования: _____
дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования
"__" _____ 20__ г. _____
данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом
или определенной застрахованному лицу _____
Код субъекта Российской Федерации _____
Климат в месте проживания пациента (код) _____
Климатические факторы в месте проживания _____
Код меры социальной поддержки _____
Сопровождение: да - 1, нет - 2
Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде
набора социальных услуг:
серия _____ номер _____ дата выдачи "__" _____ 20__ г.
Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____
Нуждаемость в условиях доступной среды: да - 1, нет - 2

линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую
санаторно-курортную карту

Обратный талон

Наименование санаторно-курортной организации _____
Основной государственный регистрационный номер санаторно-курортной
организации _____
Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____
Период санаторно-курортного лечения: с "__" _____ 20__ г.
по "__" _____ 20__ г.
Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

Основное заболевание _____
код по Международной статистической классификации болезней и проблем,
связанных со здоровьем (далее - МКБ) _____
Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____
Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____
Внешняя причина (при травмах, отравлениях) _____ код по МКБ _____
Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____ код по МКБ _____
Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:
Основное заболевание _____ код по МКБ _____
Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

оборотная сторона ф. N 076/у

Жалобы _____

Анамнез заболевания (включая данные о предшествующем лечении, в том числе санаторно-курортном) _____

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия),
аллергические реакции: _____

Проведенные профилактические прививки:

наименование вакцинации: _____ дата: "___" _____ 20__ г.

наименование вакцинации: _____ дата: "___" _____ 20__ г.

наименование вакцинации: _____ дата: "___" _____ 20__ г.

Результаты обследований в целях выявления туберкулеза

наименование исследования _____ дата: "___" _____ 20__ г.

Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других
исследований (даты проведения исследований) _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____ код по МКБ _____

Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

Осмотр на педикулез и чесотку _____

Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наименование санаторно-курортной организации _____

Лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации - 1,
амбулаторно - 2

Продолжительность курса лечения _____ дней

Путевка N _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, заполнившего карту _____

Заведующий отделением/председатель
врачебной комиссии _____

фамилия, имя, отчество подпись
(при наличии)

М.П. (при наличии)

линия отреза

Проведено лечение _____

(виды лечения, количество процедур, их переносимость, даты проведения
санаторно-курортного лечения)

Эпикриз (включая данные обследования) _____

Результат санаторно-курортного лечения: значительное улучшение - 1,
улучшение - 2, без перемен - 3, ухудшение - 4

Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: да - 1, нет - 2

Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

Контакт с пациентами, больными инфекционными заболеваниями _____

Лечащий врач, должность врача-специалиста _____

(фамилия, имя, отчество подпись

(при наличии)

Главный врач санаторно-курортной организации _____

(фамилия, имя, отчество подпись

(при наличии)

М.П. (при наличии)