Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров’я ______________________________ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров’я, де заповнена форма ______________________________ Код за ЄДРПОУ | | | | | | | | |		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації № 003-15/о **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ | | | | | | | | | **№** | | | | | | |

КАРТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) пацієнта ______________________________

Діагноз: ______________________________

Нотатки:

		Час	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Номер карти стаціон. хворого ______	Показники	АТ сист. (мм рт.ст)																								
		АТ діас. (мм рт.ст)																								
Дата заповнення:																										
		ЧСС (в 1 хв)																								
		SpO_2 (%)																								
Вік пацієнта:		Темп. тіла (°C)																								
		ЦВТ (мм вод.ст)																								
Доба перебування у ВАІТ / ВІТ/спецВІТ:		ЧД (в 1 хв)																								
Терапія																										

Додаткові параметри дихання*:		
Потік O_2 (л/хв)		ПТКВ -
FiO_2 (%)		
Режим		
ДО (мл)		
ХОД (мл)		

Всього	Маса тіла	
	Зріст	
	Ідеальна маса тіла	
	Група крові	
	Резус - фактор	

Важкість стану за APACHE II**	
Ступінь тяж. ПОН за SOFA**	

Баланс рідини	
Введено (мл)	
Виділення (мл)	
Добовий баланс	

1.

2.

Втрати																									
Сеча																									
Зонд																									

Лікарі (Власне ім’я, прізвище та підпис)

1.

2.

АСУД "ДОК ПРОФ 3"
Міністерство охорони здоров`я України
Підписання КЕП Стрілка Василь Євгенійович
[illegible]AA9288358EC00304000000E7FB2B00DB55C400
Мітка часу: 11.09.2025 12:19:29
Підписання КЕП Стрілка Василь Євгенійович
[illegible]AA9288358EC00304000000E7FB2B00DB55C400
Мітка часу: 12.09.2025 12:17:49

Заходи по догляду

Час	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Положення у ліжку																								
Головний кінець ліжка																								

Призначення лабораторних та інструментальних обстежень

Клінічний аналіз крові																								
Кислотно-лужний стан крові																								
Коагулограма																								
Клінічний аналіз сечі																								
ЕКГ																								
УЗД																								
Rö-графія																								
Бактеріологічне дослідження																								
Час	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

*заповнюється при потребі пацієнта в інсуфіляції зволоженого кисню, неінвазивній вентиляції легень, штучній вентиляції легень

** заповнюється для пацієнтів від 18 років.

Лікарі Власне ім’я, прізвище та підпис
1.
2.

Сестри/брати медичні Власне ім’я, прізвище та підпис
1.
2.

Директор Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій **Василь СТРІЛКА**