

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

_____ 2023 року № _____

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса)
закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 511/о

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України

Код за ЄДРПОУ | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | № | | | | |

**Довідка № _____
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)

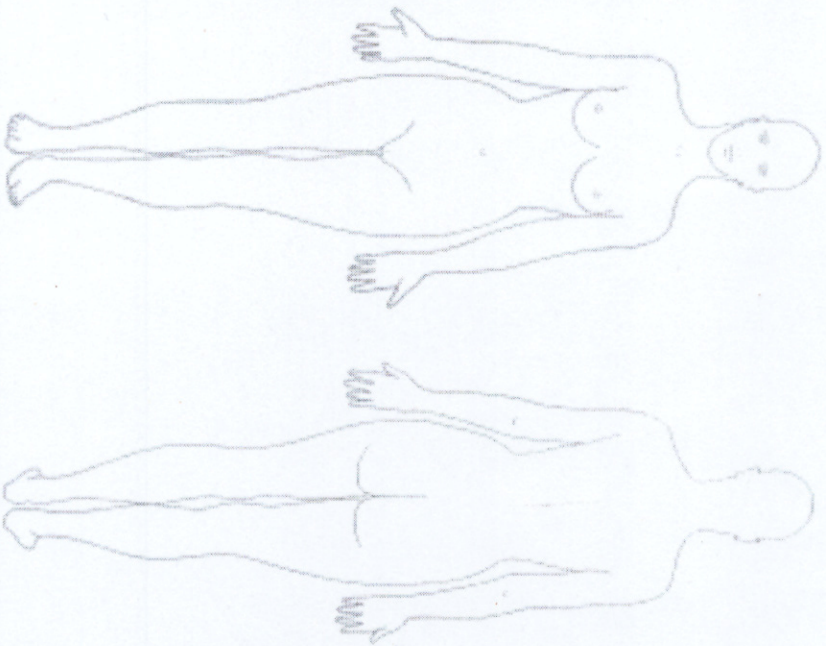
СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

3

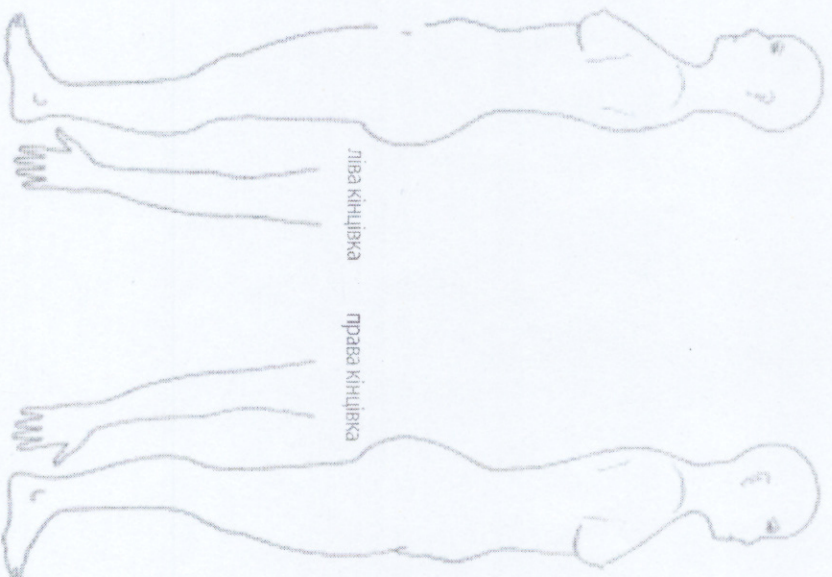
Продовження форми № 511/о

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

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) провів(ла) огляд:

Підпис _____

М.П. (за наявності)

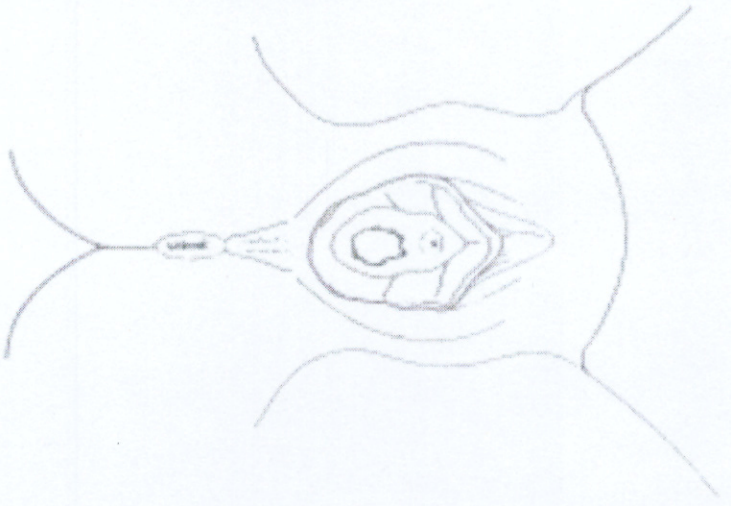
СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

4

Продовження форми № 511/о

(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:

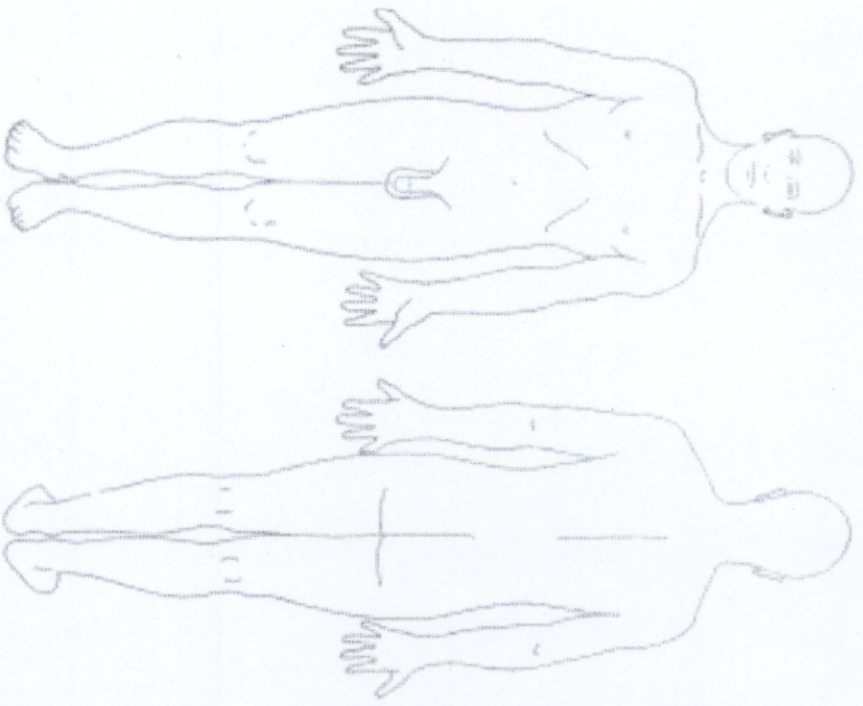
М.П. (за наявності)

Підпис

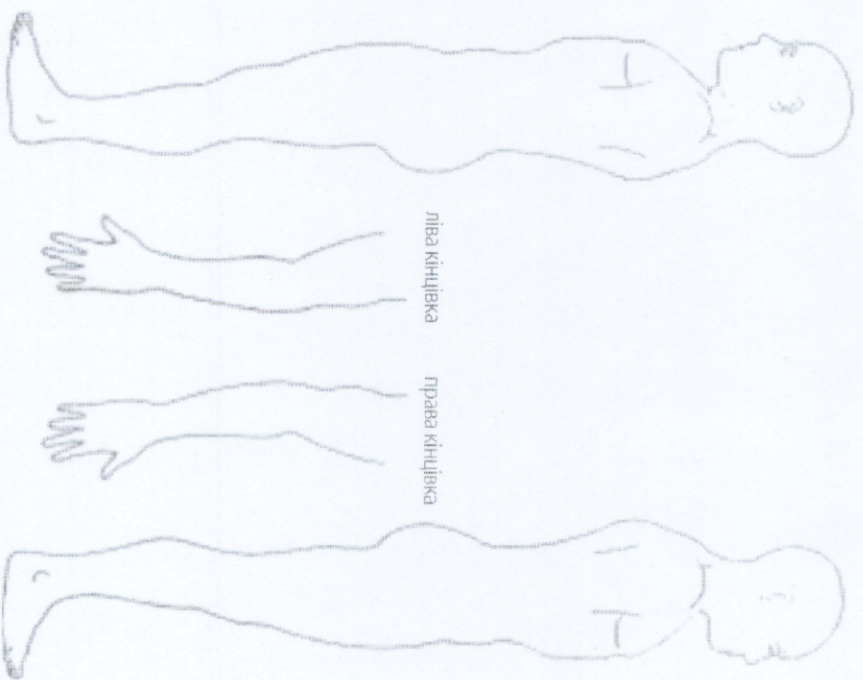
СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

Продовження форми № 511/о

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

 М.П. (за наявності)

Підпис _____

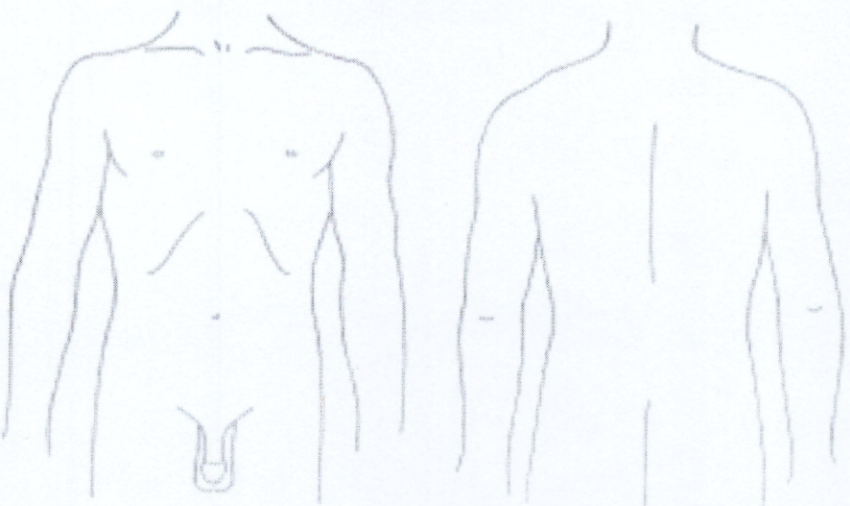
СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

6

Продовження форми № 511/о

(Зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ураження)

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:

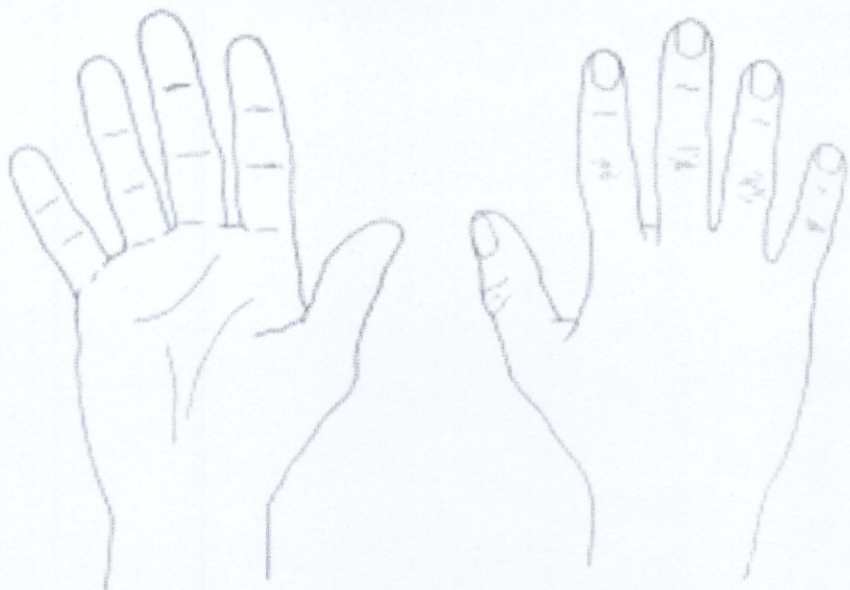
М.П. (за наявності) Підпис _____

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(Зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкодження)

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 _____

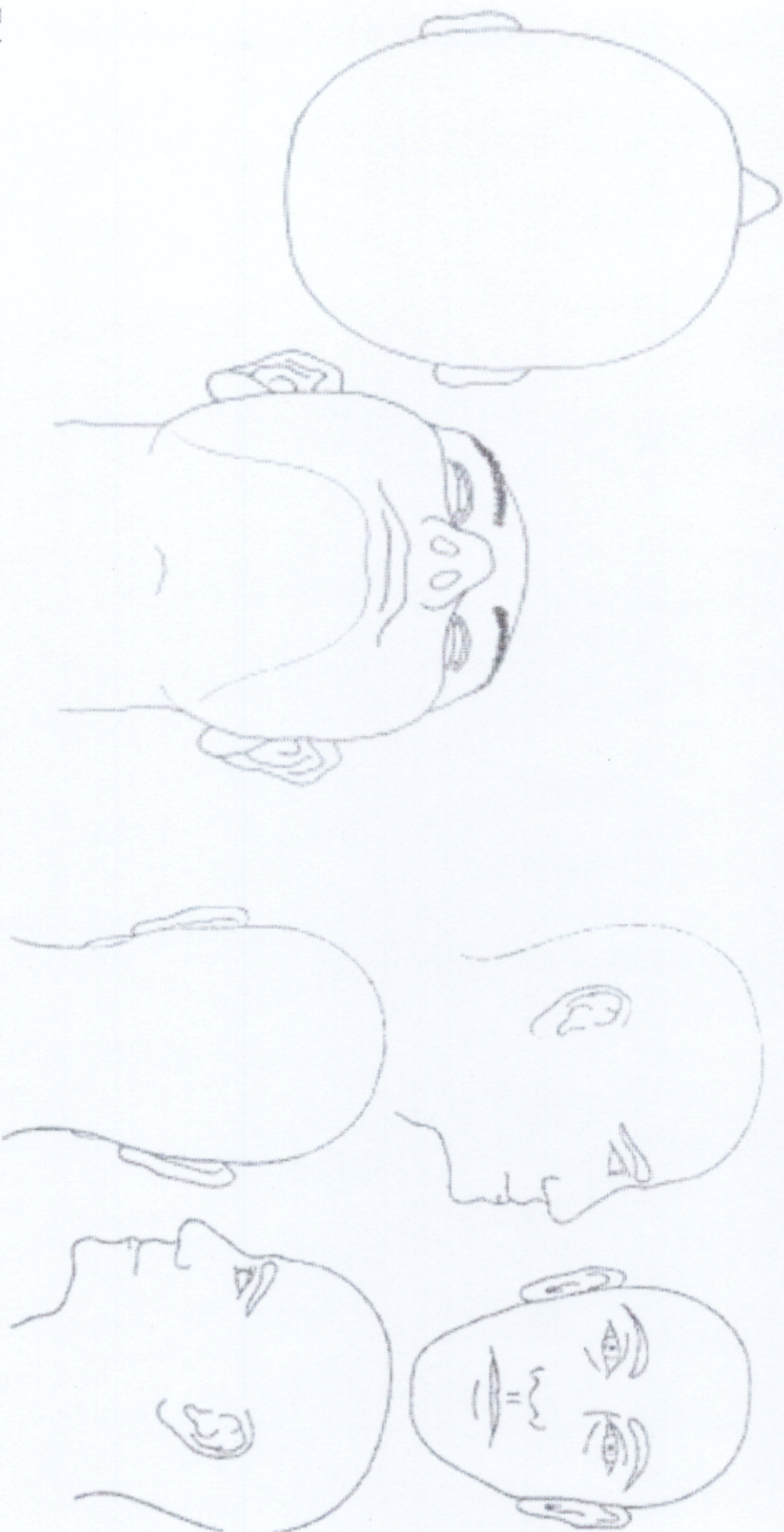
М.П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(зазначити 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) провів(ла) огляд:

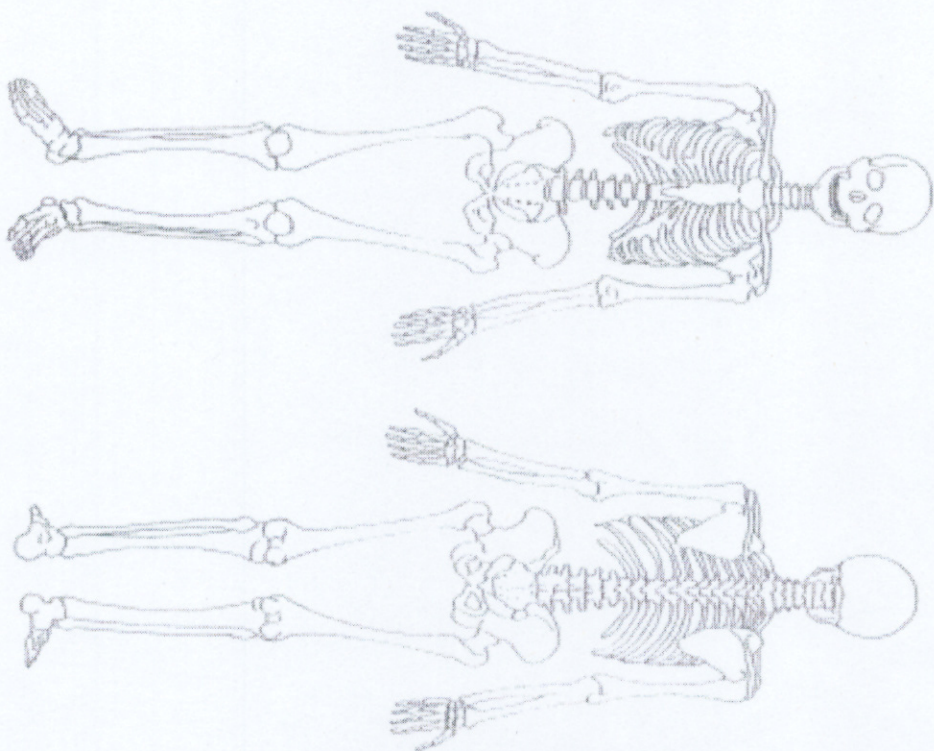
Підпис _____

М.П. (за наявності)

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(вказати 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)

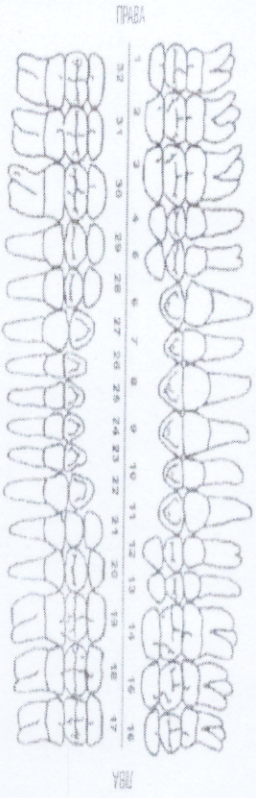
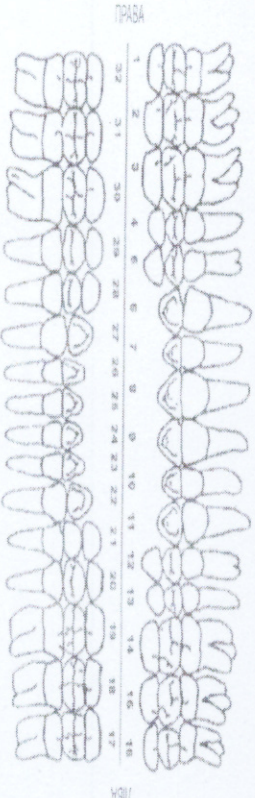
СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

10

Продовження форми № 511/о

(Зазначити на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням уражених)

СХЕМА ЗУБІВ

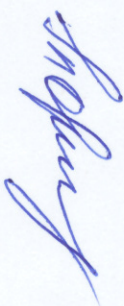
	<p>Обведіть необхідну характеристику наявних зубних протезів</p> <p>Верхня щелепа</p> <p>Повністю знімається Частково знімається Місток</p> <p>Нижня щелепа</p> <p>Повністю знімається Частково знімається Місток</p> <p>Зубний наліт</p> <p>Незначний Середній Тяжкого ступеня</p> <p>Відмітьте на цій схемі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

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

М.П. (за наявності)

Підпис

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Тетяна ОРАБІНА