**ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Лечебно-профилактический факультет**

**ДНЕВНИК**

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Помощник врача амбулаторно поликлинического учреждения

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО студента полностью

**Курс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Группа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Куратор практики от кафедры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Куратор практики от медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Наименование мед. организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

адрес, контактные телефоны

**Срок прохождения практики: с « »20 г. по « »20 г.**

**2024**

*Дневник ведется студентом каждый день практики, подробно описывается выполненная работа по разделам*

**Перечень навыков, место проведения, кратность выполнения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | Название навыка | **Место выполнения** | **Кратность****выполнения** |
| **1** | Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме *(Осмотр пациента и выявление основных признаков патологии при анализе объективных данных)* | **ЦСО** | **10** |
| **2** | Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме  | **ЦСО** | **10** |
| **3** | Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания | **ЦСО** | **1** |
| **4** | Умеет выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией) *(Оказание помощи в экстренных случаях до приезда скорой медицинской помощи)* | **ЦСО** | **1** |
| **5** | Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проводить физикальное обследование (осмотр, пальпация, перкуссия) анализировать и интерпретировать полученную информацию *(Осмотр пациента и выявление основных признаков патологии при анализе объективных данных)* | **База практики** | **5** |
| **6** | Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента *(Установление диагностического минимума, необходимого для установления диагноза)* | **База практики** | **5** |
| **7** | Умеет обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам *(Установление диагностического минимума, необходимого для установления диагноза)* | **База практики** | **5** |
| **8** | Умеет анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований *(Интерпретация результатов обследования пациентов на приеме (анализы, ЭКГ и другие функциональные методы, рентгенологическое исследование и т.д.).* | **База практики** | **5** |
| **9** | Умеет интерпретировать данные, полученные при лабораторном и инструментальном обследовании пациента(ОАК, биохимия крови, липидограмма, коагулограмма, ОАМ, ЭКГ, УЗИ сердца, Спирометрия, УЗИ органов брюшной полости, Рентген (СКТ) ОГК) *(Интерпретация результатов обследования пациентов на приеме (анализы, ЭКГ и другие функциональные методы, рентгенологическое исследование и т.д.).* | **База практики** | **10** |
| **10** | Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями *(Составление плана лечения и профилактики для конкретного больного)* | **База практики** | **5** |
| **11** | Умеет назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями *(Составление плана лечения и профилактики для конкретного больного)* | **База практики** | **5** |
| **12** | Умеет выписывать рецепты на обычные лекарственные средства и наркотические *(Выписка рецептов (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства)* | **База практики** | **5** |
| **13** | Умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами *(Использование регламентирующих документов, в том числе по экспертизе трудоспособности; Определение наличия критериев временной нетрудоспособности, критериев выздоровления и восстановления трудоспособности)* | **База практики** | **5** |
| **14** | Умеет оформлять направление на МСЭ *(Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт; Своевременное выявление признаков стойкой утраты трудоспособности, прогнозирование группы инвалидности, оформление документов для направления на МСЭ)* | **База практики** /**Комп. класс** | **1** |
| **15** | Умеет назначать санаторно-курортное лечение пациенту, нуждающемуся в медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями *(Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт)* | **База практики** | **1** |
| **16** | Умеет проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском *(Участие в диспансерном наблюдении больных с ХНИЗ, составление плана вторичной профилактики, оценка эффективности)* | **База практики/Комп. класс** | **5** |
| **17** | Умеет работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну *(Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт)* | **База практики/Комп. класс** | **10** |
| **18** | Умеет заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде *(Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт)* | **База практики/Комп. класс** | **10** |
| **19** | Умеет использовать в профессиональной деятельности информационной системы и информационно-телекоммуникационной сетью "Интернет" *(Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт)* | **База практики/Комп. класс** | **10** |
| **20** | Умеет регистрировать и интерпретировать ЭКГ*(Интерпретация результатов обследования пациентов на приеме (анализы, ЭКГ и другие функциональные методы, рентгенологическое исследование и т.д.).* | **База практики/ЦСО** | **5** |

Отчет о выполнении практических навыков

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | Дата | Форма отчета о выполнении навыка (описание навыка в данной форме) | **Рек-но выполнить** | **Выполнено** |
| **1** |  | Паспорт станции | **10** |  |
| **2** |  | Паспорт станции | **10** |  |
| **3** |  | Паспорт станции | **1** |  |
| **4** |  | Паспорт станции | **1** |  |
| **5** |  | Карта амбулаторного пациента(Прил 1.) | **5** |  |
| **6** |  | Карта амбулаторного пациента(Прил 1.) | **5** |  |
| **7** |  | Карта амбулаторного пациента(Прил 1.) | **5** |  |
| **8** |  | Карта амбулаторного пациента(Прил 1.) | **5** |  |
| **9** |  | Карта амбулаторного пациента(Прил 1.) | **10** |  |
| **10** |  | Карта амбулаторного пациента(Прил 1.) | **5** |  |
| **11** |  | Карта амбулаторного пациента(Прил 1.) | **5** |  |
| **12** |  | Заполнить бланк рецепта 107 у (Прил.7) | **5** |  |
| **13** |  | Карта амбулаторного пациента(Прил 1.) | **5** |  |
| **14** |  | Заполнить направление на МСЭ (Прил.5) | **1** |  |
| **15** |  | Заполнить сан-курортную карту (Прил.4) | **1** |  |
| **16** |  | Заполнить карту диспансерного наблюдения (Прил.2) | **5** |  |
| **17** |  | Карта амбулаторного пациента (Прил.1) | **10** |  |
| **19** |  | Заполнение карты амб. пациента в системе Элмед | **10** |  |
| **19** |  | Работа в системе Элмед | **10** |  |
| **20** |  | Паспорт станции  | **5** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. обучающегося подпись дата*

Руководитель практики

от профильной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель практики

от кафедры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Распечатывается и сдается на кафедру дневник, в котором первые 3 листа.**

**Весь дневник сканируется и размещается на платформе ДО.**

**Приложение 1**

Наименование медицинской организации Код формы по [ОКУД](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=491130) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская документация

 Учетная форма N 025/у

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена приказом Минздрава России

 от 15 декабря 2014 г. N 834н

 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

 ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

 В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N \_\_\_\_\_

1. Дата заполнения медицинской карты: число \_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Местность: городская - 1, сельская - 2.

7. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Код категории льготы \_\_\_\_ 11. Документ \_\_\_\_\_\_\_\_: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата начала диспансерного наблюдения | Дата прекращения диспансерного наблюдения | Диагноз | Код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) | Врач |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 стр. 2 ф. N 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит

в браке - 2, неизвестно - 3.

14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее

- 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.

15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней

службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие -

6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Изменение места работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Изменение места регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата (число, месяц, год) | Заключительные (уточненные) диагнозы | Установленные впервые или повторно (+/-) | Врач |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

21. Группа крови \_\_\_\_ 22. Rh-фактор \_\_\_\_ 23. Аллергические реакции \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 стр. 3 ф. N 025/у

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте,

прочее.

Врач (специальность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез заболевания, жизни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_ Диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
| Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства |
| Врач |

 стр. 4 ф. N 025/у

25. Медицинское наблюдение в динамике:

|  |
| --- |
| Дата |
| Жалобы |
| Данные наблюдения в динамике |
|  |
|  |
|  |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
|  | Врач |

|  |
| --- |
| Дата |
| Жалобы |
| Данные наблюдения в динамике |
|  |
|  |
|  |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
|  | Врач |

26. Этапный эпикриз

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 стр. 8 ф. N 025/у

27. Консультация заведующего отделением

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 стр. 9 ф. N 025/у

28. Заключение врачебной комиссии

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Заключение врачебной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Члены комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 стр. 10 ф. N 025/у

29. Диспансерное наблюдение

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 стр. 11 ф. N 025/у

30. Сведения о госпитализациях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата поступления и выписки | Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях | Заключительный клинический диагноз |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных

условиях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата проведения | Название оперативного вмешательства | Врач |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата проведения | Название рентгенологического исследования | Доза облучения |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 стр. 12 ф. N 025/у

33. Результаты функциональных методов исследования:

 стр. 13 ф. N 025/у

34. Результаты лабораторных методов исследования:

 стр. 14 ф. N 025/у

35. Эпикриз

**Приложение 2**

Наименование медицинской организации Код формы по [ОКУД](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=491130) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

Адрес Учетная форма N 030/у

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена приказом Минздрава России

 от 15 декабря 2014 г. N 834н

 КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА

 ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ N \_\_\_\_\_\_\_

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному

наблюдению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата заполнения карты: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Специальность врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. ФИО врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата установления диагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. Диагноз установлен: впервые

- 1, повторно - 2.

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1, профилактическом

осмотре - 2.

8. Дата начала диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9. Дата прекращения

диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1,

выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.

11. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Пол: муж. - 1, жен. - 2 13. Дата рождения: число \_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Код категории льготы \_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Контроль посещений:

|  |
| --- |
| Даты посещений |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился(лась) |  |  |  |  |  |  |  |

 оборотная сторона ф. N 030/у

|  |
| --- |
| Даты посещений |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился(лась) |  |  |  |  |  |  |  |

17. Сведения об изменении диагноза

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Формулировка диагноза | Код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) | ФИО врача |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

18. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Лечебно-профилактические мероприятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Мероприятия | Дата начала | Дата окончания | Отметка о выполнении | ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Приложение 4**

Наименование медицинской организации Код формы по [ОКУД](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=491130) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Медицинская документация

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Форма N 072/у

 Утверждена приказом Минздрава России

 от 15 декабря 2014 г. N 834н

 Санаторно-курортная карта N \_\_\_\_

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Без

настоящей карты путевка недействительна.

1. Фамилия, имя, отчество пациента(ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┐ ┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

2. Пол 1. Мужской │ │ 2. Женский │ │ 3. Дата рождения │ │ │.│ │ │.│ │ │ │ │

 └─┘ └─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

5. Идентификационный номер в системе ОМС │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌──────────────────────┬─┬───────────────────────────────────────────┬─┬─┬┐

│6. Субъект Российской │ │ 7. Ближайший субъект Российской Федерации │ │ ││

│Федерации └─┘ (код ближайшего субъекта Российской └─┴─┘│

│(код субъекта Российской Федерации к месту проживания) │

│ Федерации) │

│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐│

│8. Климат в месте проживания │ │ │ 9. Климатические факторы в месте │ │ ││

│ └─┴─┘ проживания └─┴─┘│

│ ┌─┬─┬─┐ ┌─┐ │

│10. Код льготы │ │ │ │ 11. Сопровождение <\*\*> │ │ │

│ └─┴─┴─┘ └─┘ │

│ │

│12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг │

│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐│

│Номер Серия Дата выдачи │ │ │.│ │ │.│2│0│ │ ││

│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘│

│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ │

│13. СНИЛС │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ │

└─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┘

14. N медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

---------------------------------------------------------------------------

 линия отреза

 Подлежит возврату в медицинскую организацию,

 выдавшую санаторно-курортную карту

**Обратный талон (Студентом не заполняется)**

1. Санаторно-курортная организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

2. ОГРН СКО │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

3. Фамилия, имя, отчество пациента(ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐

4. Период санаторно-курортного лечения: с │ │ │.│ │ │ по │ │ │.│ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘

5. Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

5.1. Основное заболевание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.2. Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

6.1. Основного заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.2. Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 оборотная сторона ф. 072/у

15. Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение,

в том числе санаторно-курортное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других

исследований (даты)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Диагноз:

17.1. Основного заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17.2. Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=731991) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

18. Название санаторно-курортной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Лечение:

 ┌─┐ ┌─┐

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной │ │ 2. Амбулаторно │ │

организации └─┘ └─┘

20. Продолжительность курса лечения \_\_\_\_\_\_\_ дней.

 ┌────────┐

21. Путевка N │ │

 └────────┘

22. Фамилия, имя, отчество и подпись лица, заполнившего карту

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии) [<\*>](#P2184) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

 --------------------------------

 <\*> Для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг.

Карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, фамилий,

подписей, наличия печати. Срок действия Карты 12 месяцев.

---------------------------------------------------------------------------

 линия отреза

7. Проведено лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (виды лечения, количество процедур, их переносимость)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Эпикриз (включая данные обследования) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┐ ┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

9. Результаты лечения: значи- │ │ улучшение │ │ без │ │ ухудшение │ │

 тельное └─┘ └─┘ перемен └─┘ └─┘

 улучшение

 ┌─┐ ┌─┐

10. Наличие обострений потребовавших отмену процедур 1. Да │ │ 2. Нет │ │

 └─┘ └─┘

11. Рекомендации по дальнейшему лечению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Главный врач санаторно-курортной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

**Приложение 5**

|  |
| --- |
|  |
| (наименование медицинской организации) |
|  |
| (адрес медицинской организации) |
|  |  |  |
|  | (ОГРН медицинской организации) |  |
|  |
| НАПРАВЛЕНИЕНА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ |
| 1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу: N \_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить на дому 3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи  (при нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи)4. Гражданин, находящийся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей), нуждающийся в первичном протезировании  (при нуждаемости в первичном протезировании)5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.1.  Установление группы инвалидности | 5.2.  Установление категории "ребенок-инвалид" | 5.3.  Установление причин инвалидности |
| 5.4.  Установление времени наступления инвалидности | 5.5.  Установление срока инвалидности | 5.6.  Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах |
| 5.7.  Определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации, лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции | 5.8.  Определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации | 5.9.  Определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации |
| 5.10.  Разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) | 5.11.  Разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания |  |

|  |
| --- |
| Раздел I. Данные о гражданине |
| 6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): |
|  |
| 7. Дата рождения (день, месяц, год): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.;возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_8. Пол (нужное отметить): |

|  |  |
| --- | --- |
| 8.1.  Мужской | 8.2.  Женский |

|  |
| --- |
| 9. Гражданство (нужное отметить): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9.1.  Гражданин Российской Федерации | 9.2.  Гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации | 9.3.  Лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации |

|  |
| --- |
| 10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить): |

|  |  |
| --- | --- |
| 10.1.  Гражданин, состоящий на воинском учете | 10.2.  Гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете |
| 10.3.  Гражданин, поступающий на воинский учет | 10.4.  Гражданин, не состоящий на воинском учете |

|  |
| --- |
| 11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):11.1. Государство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.2. Почтовый индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.3. Субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.4. Район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.5. Наименование населенного пункта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.6. Улица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.7. Дом (корпус, строение): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11.8. Квартира: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_12. Лицо без определенного места жительства  (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)13. Гражданин находится (нужное отметить и указать): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 13.1.  В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях | 13.1.1. Адрес медицинской организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 13.1.2. ОГРН медицинской организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13.2.  В организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания | 13.2.1. Адрес организации социального обслуживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13.3.  В исправительном учреждении | 13.3.1. Адрес исправительного учреждения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 13.3.2. ОГРН исправительного учреждения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13.4.  Иная организация | 13.4.1. Адрес организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 13.4.2. ОГРН организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13.5.  По месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации) |

|  |
| --- |
| 14. Контактная информация:14.1. Номера телефонов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_14.2. Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_15. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и полисе обязательного медицинского страхования:СНИЛС: \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ \_\_\_Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16. Документ, удостоверяющий личность:16.1. Наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16.2. Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16.3. Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.17. Сведения о законном или уполномоченном представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.1.1. Дата рождения (день, месяц, год): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.17.2. Документ, удостоверяющий полномочия законного или уполномоченного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.2.1. Наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.2.2. Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.2.3. Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.2.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.17.3. Документ, удостоверяющий личность:17.3.1. Наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.3.2. Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.3.3. Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.3.4. Дата выдачи (день, месяц, год): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.17.4. Контактная информация:17.4.1. Номера телефонов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.4.2. Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ \_\_\_17.6. Сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:17.6.1. Наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.6.2. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.6.3. Основной государственный регистрационный номер (ОГРН): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): |

|  |  |
| --- | --- |
| 18.1.  Первично | 18.2.  Повторно |

|  |
| --- |
| 19. Сведения из согласия на направление и проведение медико-социальной экспертизы:19.1. Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) дал согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.19.2. Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы (нужное отметить): |

|  |  |
| --- | --- |
| 19.2.1.  личным присутствием (очно) | 19.2.2.  без личного присутствия (заочно) |

|  |
| --- |
| 19.3. Предпочтительный способ получения уведомления о проведении медико-социальной экспертизы (нужное отметить): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 19.3.1.  по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений | 19.3.2.  в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением | 19.3.3.  в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" |

|  |
| --- |
| 20. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):20.1. Наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20.1.1.  Первая группа | 20.1.2.  Вторая группа | 20.1.3.  Третья группа | 20.1.4.  Категория "ребенок-инвалид" |

|  |
| --- |
| 20.2. Дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.20.3. Период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20.3.1.  Один год | 20.3.2.  Два года | 20.3.3.  Три года | 20.3.4.  Четыре и более лет |

|  |
| --- |
| 20.4. Причина инвалидности, имеющаяся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20.4.1.  Общее заболевание | 20.4.2.  Трудовое увечье | 20.4.3.  Профессиональное заболевание | 20.4.4.  Инвалидность с детства |
| 20.4.5.  Инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов | 20.4.6.  Военная травма | 20.4.7.  Заболевание получено в период военной службы | 20.4.8.  Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС |
| 20.4.9.  Заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС | 20.4.10.  Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС | 20.4.11.  Заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк" | 20.4.12.  Заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк" |
| 20.4.13.  Заболевание связано с последствиями радиационных воздействий | 20.4.14.  Заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска | 20.4.15.  Заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий | 20.4.16.  Инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), полученного в связи с участием в боевых действиях в составе отрядов самообороны Республики Дагестан в период с августа по сентябрь 1999 г. в ходе контртеррористических операций на территории Республики Дагестан |
| 20.4.17.  Иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20.4.18. Причины инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 20.5. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20.6. Срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20.7. Дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.20.8. Степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены: |
|  |
|  |
|  |
| 21. Сведения о получении образования (при получении образования):21.1. Наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: |
|  |  |
|  |
| 21.2. Курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_21.3. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: |
|  |
|  |
| 22. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности): |
|  |
| 22.1. Основная профессия (специальность, должность): |
|  |
| 22.2. Квалификация (класс, разряд, категория, звание): |
|  |
| 22.3. Стаж работы: |  |
| 22.4. Выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с указанием профессии (специальности, должности): |
|  |
|  |
|  |
| 22.5. Условия и характер выполняемого труда: |  |
|  |
|  |
| 22.6. Место работы (наименование организации): |  |
|  |
|  |
| 22.7. Адрес места работы: |  |
|  |
|  |
| Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина |
|  |
| 23. Наблюдается в медицинской организации с \_\_\_\_ года |
| 24. Анамнез заболевания: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 25. Анамнез жизни: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 26. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев): |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности | Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности | Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности | Диагноз |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 26.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее - ЭЛН)  |
| 26.2. N ЭЛН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 27. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) N \_\_\_\_\_ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы N \_\_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (нужное отметить): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 27.1.  Восстановление нарушенных функций | 27.1.1.  Полное | 27.1.2.  Частичное | 27.1.3.  Положительные результаты отсутствуют |
| 27.2.  Достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций | 27.2.1.  Полное | 27.2.2.  Частичное | 27.2.3.  Положительные результаты отсутствуют |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 28. Антропометрические данные и физиологические параметры: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 28.1. Рост: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 28.2. Вес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 28.3. Индекс массы тела: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 28.4. Телосложение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 28.5. Суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): | 28.6. Объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем):\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 28.7. Масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): \_\_\_ | 28.8. Физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 29. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 29.1. Жалобы гражданина на состояние своего здоровья: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 30. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата обследования | Код (при наличии) | Наименование обследования | Результат обследования |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 31. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу: |
| 31.1. Основное заболевание: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 31.2. Код основного заболевания по Международной статистической [классификации](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=763941) болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 31.3. Осложнения, вызванные основным заболеванием: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 31.4. Сопутствующие заболевания: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 31.5. Коды сопутствующих заболеваний по [МКБ](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXPZ&n=763941): |  |
|  |
| 31.6. Осложнения, вызванные сопутствующими заболеваниями: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 32. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть) |
| 33. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть) |
| 34. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть) |
| 35. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 35.1. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 36. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 37. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию, техническим средствам реабилитации: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 38. Санаторно-курортное лечение (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 39. Посторонний специальный медицинский уход (заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний): |
|  |
|  |
|  |
| 40. Дата заполнения "Направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией" (день, месяц, год): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Председатель врачебной комиссии: |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |
| Члены врачебной комиссии: |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |
| М.П. (при наличии) |

**Приложение 7**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА **N 107-1/У**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения Российской Федерации |  | Код формы по [ОКУД](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=491130)Код учреждения по ОКПО |
| Медицинская документация |
| Наименование (штамп)медицинской организации |  | Форма N 107-1/уУтверждена приказомМинистерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот 24 ноября 2021 г. N 1094н |
|  |
| Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию) |

---------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| РЕЦЕПТ(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |

|  |
| --- |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| руб.|коп.| Rp...............................................................................................................руб.|коп.| Rp...............................................................................................................руб.|коп.| Rp............................................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| Подписьи печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) | М.П. |

 Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (нужное подчеркнуть) (указать

 количество дней)

|  |
| --- |
| Оборотная сторона |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  |  |

Внимание!

Студенты 6 курса, проходящие производственную практику «Помощник врача амбулаторно поликлинического учреждения», во время курации Поликлиническая терапия.

1. Практика проходит только на базах кафедры «Поликлиническая и неотложная терапия», НЕ по месту жительства!
2. Перед практикой внимательно ознакомьтесь с навыками, которые Вы должны освоить.
3. Освоение навыка необходимо подтвердить!
4. Дневник сканируется, но НЕ ФОТОГРАФИРУЕТСЯ, иначе не сможете разместить его на ДО.

**Это первые 4 навыка подтверждаются освоением их в симуляционном центре**



1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме (Осмотр пациента и выявление основных признаков патологии при анализе объективных данных) – 10 (отсюда и кратность выполнения 10), т.е. 10 раз выполнили это навык
2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме

– 10 (отсюда и кратность выполнения 10), т.е. 10 раз выполнили это навык

1. Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания – 1 (во время прохождения станции ЭМП)
2. Умеет выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией) (Оказание помощи в экстренных случаях до приезда скорой медицинской помощи) – 1 (во время прохождения станции ЭМП)

**Следующие навыки, связаны с заполнением разделов «карты амбулаторного пациента» - Приложение 1, заполнить нужно столько раз разные карты, сколько указано в кратности выполнения.**

1. Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проводить физикальное обследование (осмотр, пальпация, перкуссия) анализировать и интерпретировать полученную информацию (Осмотр пациента и выявление основных признаков патологии при анализе объективных данных) – 5
2. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента (Установление диагностического минимума, необходимого для установления диагноза) – 5
3. Умеет обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам (Установление диагностического минимума, необходимого для установления диагноза) – 5
4. Умеет анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований (Интерпретация результатов обследования пациентов на приеме (анализы, ЭКГ и другие функциональные методы, рентгенологическое исследование и т.д.). – 5
5. Умеет интерпретировать данные, полученные при лабораторном и инструментальном обследовании пациента(ОАК, биохимия крови, липидограмма, коагулограмма, ОАМ, ЭКГ, УЗИ сердца, Спирометрия, УЗИ органов брюшной полости, Рентген (СКТ) ОГК) (Интерпретация результатов обследования пациентов на приеме (анализы, ЭКГ и другие функциональные методы, рентгенологическое исследование и т.д.). – 10
6. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (Составление плана лечения и профилактики для конкретного больного) – 5
7. Умеет назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (Составление плана лечения и профилактики для конкретного больного) – 5

**В итоге в дневнике должно быть 5 карт на разных пациентов, навык 9 может быть выполнен и большее количество раз, т.к. у пациентов всегда значительное количество результатов исследований.**

**Следующий навык, это приложение 7**

1. Умеет выписывать рецепты на обычные лекарственные средства и наркотические (Выписка рецептов (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства) – заполнение формы рецепта, на разные препараты (минимум 5).

**В данном навыке также заполняется Приложение 1, раздел ЭВН.**

1. Умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами (Использование регламентирующих документов, в том числе по экспертизе трудоспособности; Определение наличия критериев временной нетрудоспособности, критериев выздоровления и восстановления трудоспособности) – 5

**В данном навыке Приложение 5, заполняется на одного любого пациента**

1. Умеет оформлять направление на МСЭ (Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт; Своевременное выявление признаков стойкой утраты трудоспособности, прогнозирование группы инвалидности, оформление документов для направления на МСЭ) – 1

**В данном навыке Приложение 4 (кроме ОБРАТНОГО ТАЛОНА), заполняется на одного любого пациента**

1. Умеет назначать санаторно-курортное лечение пациенту, нуждающемуся в медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт)-1

 **В данном навыке заполняется Приложение 2**

1. Умеет проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (Участие в диспансерном наблюдении больных с ХНИЗ, составление плана вторичной профилактики, оценка эффективности) – 5

 **Данные навыки учитывают то количество раз, сколько Вы обращались к мед. данным всех пациентов**

1. Умеет работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну (Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт) -

не менее 10

1. Умеет заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде (Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт) не менее 10
2. Умеет использовать в профессиональной деятельности информационной системы и информационно-телекоммуникационной сетью "Интернет" (Заполнение документации, с которой имеет дело участковый терапевт) не менее 10

**Данный навык выполняется в том числе, при освоении станции ЭМК, в ЦСО.**

1. Умеет регистрировать и интерпретировать ЭКГ – регистрируете 1 раз, а интерпретируете в ЦСО не менее 5 различных ЭКГ.