**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | |
| **№ 027-3/у** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | |
| Приказ МЗ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | | |
| Код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |

**Н А П Р А В Л Е Н И Е**

**на госпитализацию, обследование, консультацию № 027-3/у**

(нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Номер  страхового полиса |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Код льготы |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (пп. 1, 2 заполняется при переходе на медицинское страхование) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Фамилия, имя, отчество больного | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Дата рождения | | | | |  | |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Местожительство больного: область\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| город (село)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_\_\_, кв.\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Место работы, должность | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Отделение, в которое направляется больной | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Диагноз больного, поставленный учреждением, которое направило больного в стационар | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Результаты исследований: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - лабораторные | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - функциональные | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | продолжение ф. № 027-3/у | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - рентгенологические | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - инструментальные и другие | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Данные экспертного анамнеза | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - с какого времени пациент имеет листок нетрудоспособности без перерыва - после 30 дней нетрудоспособности | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Обоснование направления | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Должность медицинского работника, направившего больного | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О подпись | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Заведующий отделением  (подразделением) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О М.П. подпись | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 141 от 20.05.2015

Инструкция

по заполнению формы первичной учетной документации

№ 027-3/у "Направление на госпитализацию, обследование, консультацию"

Форма № 027-3/у используется при направлении на госпитализацию, обследование, консультацию в учреждения здравоохранения всех уровней, заполняется врачами ЦПМСП, врачами специалистами лечебных учреждений II-III уровней.

1. Пункты 1-2 формы № 027-3/у заполняются при переходе на обязательное медицинское страхование.

2. В пункте 3 указываются фамилия, имя, отчество больного.

3. В пункте 4 указывается дата рождения (число, месяц, год).

4. В пункте 5 указывается местожительство больного по данным паспорта.

5. В пункте 6 указываются место работы, должность (со слов больного).

6. В пункте 7 отмечается отделение, в которое направляется больной.

7. В пункте 8 указывается диагноз больного, поставленный учреждением, которое направило его в стационар.

8. В пункт 9 вносятся результаты исследований (лабораторные, функциональные, рентгенологические и др.)

9. В пункте 10 при направлении больного на госпитализацию или обследование отражаются данные экспертного анамнеза: с какого времени пациент имеет листок нетрудоспособности без перерыва, после 30 дней нетрудоспособности.

10. В пункте 11 указывается обоснование направления: в отделение – консервативное, оперативное лечение и другое; на консультацию – уточнение диагноза, коррекция лечения, заключение для МСЭК и др.

11. В пункте 12 указывается Ф.И.О., должность медицинского работника, направившего больного на госпитализацию, обследование, консультацию (нужное подчеркнуть).

12. Форма № 027-3/у подписывается врачом, заведующим отделением и заверяется печатью.

При поступлении больного на стационарное лечение по самообращению (через санпропускник) после осмотра в приемном отделении (санпропускнике) направление на госпитализацию оформляет врач приемного отделения или дежурный врач, который осматривал больного.

Форма № 027-3/у вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у).

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой