Приложение 4

к Правилам организации деятельности медицинского пункта аэровокзала гражданской авиации Донецкой Народной Республики (пункт 2.10)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения  |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 001/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказ МЗ и МТ |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики |
| Идентификационной код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

1. Журнал учета оказания медицинской помощи авиапассажирам

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Начат «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |  | Окончен «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Дата обращения | Ф.И.О. | Номер рейса | Постоянное место проживания | Время обращения | Жалобы,краткий статус | Принятые меры | Куда отбыл больной | Подпись медицинского работника |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |