|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  | **№ 122-1/у** |
| Наименование и местоположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где оформляется форма | **УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства Здравоохранения |
|  | Донецкой Народной Республики |
| Идентификационный код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

**Протокол****обязательных предварительного и периодического психиатрических освидетельствований** **1. Общие данные** |
| 1.1. Фамилия, имя и отчество  |
| 1.2. Год рождения  |
| 1.3. Адрес  |
| 1.4. Военнообязанный (да, нет)  |
| 1.5. Дата обращения для освидетельствования  |
| 1.6. Цель освидетельствования  |
|  |
| **2. Результаты обследования** |
| **2.1.** **Анкетирование относительно возможных жалоб и анамнеза** (вписать "да" или "нет") |
| 2.1.1 Как часто бывают головная боль, обмороки?  |
| 2.1.2. Были случаи потери сознания? |
| 2.1..3. Часто не можете вспомнить известную информацию? |
| 2.1.4. Лечились по поводу травм и отравлений? |
| 2.1.5. Лечились в психиатрических учреждениях? |
|  |
| Я понял вопрос анкетирования, ответы с моих слов записаны |правильно.  | Подпись лица, которое обследуется |
| **2.2. Клиническое обследование (скринер)** (вписать "да" или "нет")**2.2.1 Распознавание психиатрического случая** 2.2.1.1. Психологические жалобы  |
| 2.2.1.2. Соматические жалобы, не подтвержденные обследованием |
| 2.2.1.3. Поведение с отклонением от культурально принятых норм  |
| 2.2.1.4. Другие причины (объяснить) |
| 2.2.1.5. ***Если нет ничего, остановитесь*** |
| 2.2.1.6. Социальные нарушения или нарушения занятости (трудовой) |
| 2.2.1.7. Сопутствующие соматические расстройства или состояния  |
| 2.2.1.8. Психосоциальный стресс  |
| **2.2.2. Психоорганический синдром**2.2.2.1. Снижение памяти или других интеллектуальных способностей  |
| 2.2.2.2. Изменение сознания если что-нибудь есть, использовать Модуль FO |

|  |
| --- |
| **2.2.3. Психотические и аффективные синдромы** 2.2.3.1. Кататоничное поведение |
| 2.2.3.2. Иллюзии и галлюцинации  |
| 2.2.3.3. Повышенное настроение, раздражительность или подозрительность |
| 2.2.3.4. Пониженное или угнетенное настроение  |
| 2.2.3.5. Социальная изоляция или понижение социального функционирования  |
|  ***Если что-нибудь есть, использовать Модуль F2 | F3***  |
| **2.2.4. Невротические и поведенческие синдромы**2.2.4.1. Фобия или тревога (паническая)  |
| 2.2.4.2. Навязчивые мысли или действия  |
| 2.2.4.3. Диссоциативные (конверсионные) состояния  |
| 2.2.4.4. Анорексия или булимия  |
| 2.2.4.5. Дисомния или парасомния |
| 2.2.4.6. Половые дисфункции  |
|  ***Если что-нибудь есть, использовать Модуль F4 | F5***  |
| **2.2.5. Расстройства личности** 2.2.5.1.Продолжительное существование девиаций черт личности или поведенческих стереотипов |
|  ***Если что-нибудь есть, то использовать Модуль F6***  |
| **2.3. Данные дополнительных обследований**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **3. Вывод обязательного предварительного (периодического) психиатрического освидетельствования** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **4. Выдана медицинская справка:** серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Врач – психиатр**  **(комиссия врачей-психиатров) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М. П. врача** (подпись, фамилия, имя, отчество) **врача** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М. П. врача** (подпись, фамилия, имя, отчество) **врача****М.П.****учреждения** **здравоохранения Дата “\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.** |
|  |  |  |  |