УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, Министерства внутренних дел Донецкой Народной Республики

от 31.07.2015 № 416/04.18.2/1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения  |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 142/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказ МЗ и МВД |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики |
| Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**осмотра водителя (кандидата в водители) транспортного средства № \_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2. Пол: муж. – 1, жен. – 2 (подчеркнуть)

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

3. Дата рождения

4. Место прописки:

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_корп. \_\_\_\_ кв.\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Вид транспорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Дата осмотра медицинской комиссией водителя транспортного средства «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

 стр. 2 формы № 142/у

|  |  |
| --- | --- |
| **Заключение врача** | **подпись и личная печать врача** |
| Хирург |  |
| Невропатолог |  |
| Терапевт |  |
| Окулист |  |
| Отоларинголог |  |
| Гинеколог (для женщин) |  |

Место

для фото

 М.П.

 учреждения здравоохранения

Председатель Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Министр здравоохранения В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, Министерства внутренних дел

Донецкой Народной Республики

от 31.07.2015 № 416/04.18.2/1

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 142/у «Медицинская карта осмотра водителя (кандидата в водители)**

**транспортного средства»**

 1. Форма первичной учетной документации № 142/у «Медицинская карта осмотра водителя (кандидата в водители) транспортного средства» (далее – Медицинская карта) заполняется врачами медицинской комиссии, которые проводят предварительный, периодический или внеочередной осмотр водителя (кандидата в водители) транспортного средства.

 2. Все пункты Медицинской карты заполняются разборчиво.

 3. Фамилия, имя и отчество водителя вписываются полностью согласно паспортным данным.

 4. Каждый врач собственноручно вносит в Медицинскую карту заключение о результатах обследования водителя и ставит свою подпись, заверенную личной печатью.

 5. В Медицинскую карту вклеивают фотографию обследуемого водителя. Данные обследования заверяются печатью учреждения здравоохранения, в котором создана медицинская комиссия.

 6. Срок хранения Медицинской карты – 3 года.

Министр здравоохранения В.В. Кучковой