Приложение 11

к приказу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

02.09.2016 № 1059

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
|  |
| Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 045/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО**Приказом Министерства здравоохранения  |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики  |
| Идентификационный код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |
|  |  |
| **КАРТА**  **патопсихологического исследования пациента, который лечится в специализированном (психиатрическом, психоневрологическом стационаре, диспансере), другом учреждении здравоохранения** |
| Медицинская карта стационарного (амбулаторного) пациента № |  |  Лечащий врач |  |
| Фамилия, имя, отчество |  |
|  |
| Дата рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  Пол: мужской/женский (подчеркнуть) |
| (число, месяц, год)Житель: города/села (подчеркнуть) |  |
| Кем направлен пациент (специальность врача) |  |
| Диагноз |  |
|  |
|  Шифр по МКБ-10  |
|  |  |  |
|  |
| № п/п | Дата | Вид исследования |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Место проведения исследования: кабинет поликлиники, дневной стационар, стационар учреждения здравоохранения (подчеркнуть) |
| Психолог |  | Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|  |  |  |