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. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |