Приложение 13

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 |
|  |  |  | **№ 045-1/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО**Приказом Министерства здравоохранения |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики  |
| Идентификационный код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |
|  |  |
| **КАРТА****пациента, который получает психотерапевтическое лечение в специализированном (психиатрическом, психоневрологическом стационаре, диспансере), другом учреждении здравоохранения** |
| 1. Медицинская карта стационарного (амбулаторного) пациента № |  |  Лечащий врач |  |
| 2. Фамилия, имя, отчество |  |
|  |
| 3. Дата рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  Пол: мужской/женский (подчеркнуть) |
|  (число, месяц, год)4. Место проживания: города/села (подчеркнуть)  |   |
| 5. Кем направлен пациент (специальность врача) |  |
| 6. Диагноз |  |
|  |
|  Шифр по МКБ-10  |
| 7. Назначенное лечение |
|  |
| № п/п | Дата | Наименование вида психотерапии | Кол-во сеансов | Длительность сеанса |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Место проведения сеанса психотерапии: психотерапевтический кабинет поликлиники, дневной стационар, стационар специализированного учреждения здравоохранения (подчеркнуть) |
|  |
| Врач-психотерапевт (практический психолог) |  | Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|  |  |  |

2

Продолжение приложения 13

|  |
| --- |
| 8. Сведения о проведенном лечении  |
| Номерп/п | Дата | Вид психотерапии | Длитель-ность сеанса | Подпись врача  | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |