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 | | | | | |
| Номер  п/п | Дата | Вид психотерапии | Длитель-ность сеанса | Подпись врача | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |