**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **№ 028/у** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код | | | | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | № |  |  |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Консультативное заключение специалиста** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Наименование учреждения здравоохранения, которое направило пациента на консультацию | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Фамилия, имя, отчество пациента | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Дата рождения | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Специальность, фамилия, имя, отчество врача-консультанта | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Результаты лабораторного исследования | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Результаты функционального, рентгенологического и других специальных исследований: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Заключение специалиста (установленный диагноз) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| продолжение ф. № 028/у | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.Рекомендации: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_году | | | | | | | | | | | | | | | | | | | М. П. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | Врач-консультант | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Ф.И.О.) (подпись) | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | Заведующий поликлиникой или  стационарным отделением | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | (Ф.И.О.) (подпись) | | | | | | | | | | | | | |  |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 141 от 20.05.2015

Инструкция

по заполнению формы первичной учетной документации

№ 028/у "Консультативное заключение специалиста"

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 028/у "Консультационное заключение специалиста" (дальше - форма № 028/у).

2. Форма № 028/у заполняется врачами-консультантами лечебно-профилактических учреждений (научно-исследовательских институтов, республиканских больниц, консультативно-диагностических центров и т.д.), куда направляется на консультацию (обследование) пациент.

3. В пункте 1 отмечается наименование учреждения здравоохранения, которое направило пациента на консультацию.

4. В пункте 2 указываются фамилия, имя, отчество пациента, который был проконсультирован.

5. В пункте 3 указывается дата рождения пациента.

6. В пункте 4 отмечаются специальность и фамилия, имя, отчество врача-консультанта.

7. В пункте 5 указываются результаты лабораторных исследований.

8. В пункте 6 отмечаются результаты функционального, рентгенологического и других специальных исследований.

9. В пункте 7 консультант записывает установленный диагноз и другие выводы относительно состояния пациента, которого он осмотрел.

10. В пункте 8 отмечаются рекомендации относительно дальнейшего лечения, реабилитации и тому подобное.

11. Форма № 028/у заполняется и подписывается врачом-консультантом, заведующим структурным подразделением, заверяется печатью учреждения здравоохранения, где проводилась консультация.

12. Форма № 028/у посылается по почте в течение трех дней или нарочным и вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у) или медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у), утвержденные этим приказом, или в историю развития ребенка (форма № 112/у).

13. Срок хранения ф. № 028/у – 5 лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой