Приложение 53

к приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

06.06.2016 № 555

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | **№ 234/у** | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | |
| Лаборатория (название) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |  | Приказом Министерства здравоохранения  Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | |
| Идентификационный код | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Журнал**  **консультации цитологических препаратов из других**  **учреждений здравоохранения**  **Начат «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. Окончен «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2

Продолжение приложения 53

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | № п/п | Учреждение, где проводился просмотр препарата | ФИО больного | Цитологический диагноз при направлении | Цитологический диагноз при пересмотре препарата | Врач,  пересматривающий препарат |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |