Приложение 1

 к приказу Министерства здравоохранения

 Донецкой Народной Республики

07.09.2017 № 1618

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ |
|  |  |  | **№ 011-1/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики  |
| Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ДНЕВНИК УЧЕТА**

**РАБОТЫ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц 20\_\_\_\_\_год**

**Ф.И.О. врача-анестезиолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Дата** | **Количество проведенных анестезий по методам** |
| **при операциях** | **анестезия при диагностических исследованиях и болезненных манипуляциях** | **анестезия** **сопровождения** | **обезболивание родов** | **нейроаксиальная анестезия при лечении острой и хронической боли** |
| **общая** | **регионарная** | **нейроаксиальное** | **масочное** |
| **эндотрахеальная** | **внутривенная** | **масочная** | **сочетанная** | **спинальная** | **эпидуральная** | **комбинированная** | **проводниковая** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |