УТВЕРЖДЕНА

Приказом Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики 12 марта 2015 г. № 312

(в редакции Приказа Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики от 23 ноября 2017 г. № 2110)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ |
|  |  |  | **№ 003-6/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики  |
| Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ПРОТОКОЛ ХИМИОТЕРАПИИ, ГОРМОНОТЕРАПИИ**

Ф.И.О. больного **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** возраст**\_\_\_** № мед. карты стационарного больного **\_\_\_\_\_\_\_**рост**\_\_\_** вес **\_\_\_** площадь поверхности тела**\_\_\_\_** палата № \_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назначение (способ введения, кратность, дозировка) | Исполнитель | Отметки о назначении и выполнении (дата) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Подписи | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Суммарные дозы фактически использованных препаратов** |
| № п/п | Наименование | Суммарная доза  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Токсичность лечения** |
| № п/п | Наименование | Степень |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

И.о. министра А.А. Оприщенко