[Приложение 1](file:///Z:\\ГСИН%20МЮ%20ДНР\\Дорожная%20карта%20УИК\\ПРИКАЗЫ%20МЮ\\Порядок%20мед%20помощи%20в%20колонии\\ИТОГ\\Итог%2026.05\\Порядок%20медпом%20488-ОД.docx" \l "sub_015)

к Порядку организации

оказания медицинской

помощи лицам,

отбывающим наказание

в виде лишения свободы

(пункт 1.9)

Рекомендуемый образец

# Лист назначений лекарственных препаратов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. пациента  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Год рождения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | № отряда  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | Период назначения:  год\_\_\_\_\_\_ месяц\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Наиме-нование лекарст-венного препарата | Дата назначения, отмены; дозировка, кратность и способ приема | Дата получения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |
|  | с \_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_  по \_\_\_\_\_\_ раз(у, а)  в день |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | с \_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_  по \_\_\_\_\_\_ раз(у, а)  в день |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | с \_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_  по \_\_\_\_\_\_ раз(у, а)  в день |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Врач  (фельдшер) |  | Дата закрытия листа назначений: "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |