|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства охорони здоров’я України 19 жовтня 2015 року №681 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров’я | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первинної облікової документації **№ 003/тм** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров’я, де заповнюється форма | | | | | | | | | | | **ЗАТВЕРДЖЕНО** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | Наказ МОЗ України | | | | | | | | | | | | | |
| Код за ЄДРПОУ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **ЖУРНАЛ**  **обліку телемедичних консультацій** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Розпочато «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_ року.  Закінчено «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_ року. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер  консультації | Статус | Отримано запит на телемедичне консультування до лікаря-консультанта | | | | Відмітка про виконання консультації | | Пацієнт  (прізвище, ім’я,  по батькові) |
| дата | час | прізвище, ім’я,  по батькові лікаря-консультанта | спеціальність | дата | час |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nomer | state |  |  |  |  |  |  | FullName |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вік пацієнта | Направлено запит на телемедичне консультування лікуючим лікарем закладу охорони здоров’я | | | | Отримано висновок лікаря-консультанта | | |
| дата | час | прізвище, ім’я,  по батькові лікаря | структурний підрозділ/ спеціальність | дата | час | прізвище, ім’я,  по батькові лікаря-консультанта |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| Age | Date | Time | FullName | Org | Date | Time | FullName |