|  |
| --- |
| ЗАТВЕРДЖЕНО |
| Наказ Міністерства охорони здоров’я України  14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 26 січня 2018 року № 157) |

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров’я  **Міністерство охорони здоров’я**  Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров’я, де заповнюється форма  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Код за ЄДРПОУ **|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|** | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**  **Форма первинної облікової документації**  **№ № 074/о**  **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Наказ МОЗ України**  **Від 26 січня 2018 № 157** |

**ЖУРНАЛ**

**реєстрації амбулаторних пацієнтів**

за \_\_\_\_\_\_ рік

Почато «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року Закінчено «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року

Прізвище, ім’я, по батькові лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою

<*ПІБ*>

Спеціальність лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою

<*Спеціалізація*>

Місце провадження медичної практики:  
місто - 1; село - 2; гірський населений пункт - 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № прийому | Дата відвідування | Відвідування (первинне - 1; повторне -2; завершення епізоду - 3) | Вид консультації (амбулаторно - 1; вдома - 2;  по телефону - 3) | Прізвище, ім’я, по батькові пацієнта | Стать | Дата народження | Номер телефону пацієнта | Причина звернення  (код згідно з ІСРС-2-Е) | Код діагнозу (для центрів первинної медико-санітарної допомоги та інших лікарів згідно з МКХ-10) | Код процесу згідно з ІСРС-2-Е (обстеження, лікування, направлення, видача довідки тощо) | Пільгова категорія |
| № п/п | прийом | sd | фв | dawda | стать | b | 0 | c | с | d | Пеніцилін |