Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

форма № 003/у

Утверждена Минздравом СССР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

[**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**](https://blanker.ru/doc/forma-003u-medicinskaya-karta-stacionarnogo-bolnogo) **№ HistoryNumber / YearOfHistory**

**стационарного больного**

Дата и время поступления **MoveFromDateTime**

Дата и время выписки **MoveToDate**

Отделение**:** *ОИОПП ДС филиала "ПНД №17"*

Переведен в отделение

Проведено койко-дней **DaysInOIOPP**

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти **Mobility**

Группа крови Резус-принадлежность

Побочное действие лекарств (непереносимость) *DrugIntolerance*

1. Фамилия, имя, отчество ***FIO***

2. Пол **Sex**

Паспорт **PassportID**

3. Дата рождения **PatientBirthDate** Возраст ***Age***

4. Постоянное место жительства: *AdressMain*

*AdressReg*

Представитель пациента: *FullProxy*

*ProxyCommentaries*

5. Место работы, профессия или должность *WorkStatusWorkStudyDisabilityGroup*

6. Кем направлен больной: *MoveFromOrganization*отделение *MoveFromDepartment*врач ***MoveFromDoctor***

7. Госпитализирован в плановом порядке

8. Диагноз направившего учреждения: **MainDiagnosisAnotherDepartment**

9. Диагноз при поступлении: **OurMainDiagnosis**

10. Диагноз клинический:

**OurMainDiagnosis** Дата установления:

подпись:

Стр. 2 ф. № 003/у

11. Диагноз заключительный клинический

а) основной:

б) осложнение основного:

в) сопутствующий:

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть),

всего - раз.

13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название операции | Дата, час | Метод обезболивания | Осложнения |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  |  | Оперировал | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|

14. Другие виды лечения Психофармакотерапия

(указать)

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ с по № с по ;

№ с по № с по .

16. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением;

переведен в другое учреждение**:** *MoveToOrganization MoveToDepatment*

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть)

18. Для поступивших на экспертизу-заключение

19. Особые отметки

ФЛГ от ***FLGDate*** Температура тела\_temperature\_oc Артериальное давление /

Дополнительная информация: СНИЛС *SnilsID* ОМС *OmsID*

Пациент *FIO*

Мед.сестра

(ФИО мед сестры)

Лечащий врач *CurrentDoctor*

Зав. отделением *БолдыревА.Н.*

Приложение № 3

к приказу ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»

от «26» февраля2021 г. №209

УТВЕРЖДЕНО

Распоряжением Департамента

здравоохранения города Москвы

от 01.09.2020 г. № 2013-р

(приложение 4)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы

«Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина

Департамента здравоохранения города Москвы»

(сокращённое наименование – ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»)

ОИОПП дневного стационара филиала

ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 17»

Согласие на предоставление сведений,

составляющих врачебную тайну

В силу статьей 1 и 3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон) сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Руководствуясь частью 3 статьи 13 Закона:

Данный раздел бланка заполняется гражданами, старше 15 лет

Я,\_ *FIO* \_,

*(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее при - наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)*

PatientBirthDate года рождения, проживающий(ая) по адресу: *AdressShortMain*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается адрес места жительства пациента)*

паспорт: *PassportID*, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – пациент)

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,

не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

|  |
| --- |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющем личность)*  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(адрес места жительства законного представителя пациента)*  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указывается нужное)*  пациента (ребёнка или гражданина, признанного недееспособным): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента, год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)* |

действуя свободно, своей волей, в интересах своих (в интересах лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю своё согласие медицинской организации:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (Москва, улица Потешная, дом 3) /ОИОПП дневного стационарафилиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 17»(Москва, улица Подмосковная, дом 5).

представлять сведения, составляющие врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления медицинские документы, отражающие состояние моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам (должностным лицам): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) доверенного лица; паспорт (указывается серия, номер паспорта, дата выдачи и наименование органа, выдавшего паспорт); контактный телефон; либо наименование должностного лица и (или) юридического лица)*

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределённого срока, до дня отзыва настоящего документа.

Настоящий документ распространяется, в том числе на такие сведения, составляющие врачебную тайну, которые могут появиться после моей (лица, законным представителем которого я являюсь) смерти (в том числе действовать впредь до истечения трёх лет со дня моей (лица, законным представителем которого я являюсь) смерти.

Я информираван(а) (лицо, законным представителем которого я являюсь информировано) о том, что:

1. Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, представляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (представляемого), а также получать отражающие состояние здоровья пациента (представляемого) медицинские документы (их копии), выписки из них, в том числе в форме электронных документов.
2. Сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся в медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
3. Сведения, составляющие врачебную тайну, представляемые в интересах третьих лиц, будут обрабатываться медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на неё полномочий и обязанностей.
4. В соответствии с частью 4 статьи Закона, предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.
5. Я удостоверяю, что текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ *FIO* \_

*(подпись пациента или законного (Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)*

*представителя пациента)*

**OnlyDateMoveFrom**

*(дата подписания)*

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить своё согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников медицинской организации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись медицинского работника) (указывается наименование должности медицинского работника медицинской Ф.И.О. врача)*

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

*(дата подписания)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись медицинского работника) (указывается наименование должности медицинского работника медицинской Ф.И.О. врача)*

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

*(дата подписания)*

Приложение № 13

к приказу ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»

от «26» февраля 2021 г. № 209

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Министерства

здравоохранения Российской

Федерации от 20.12.2012 № 1177н

(приложение № 2)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

Данный раздел бланка заполняется гражданами, старше 15 лет, больными наркоманией

старше 16 лет

Я,\_ *FIO* \_,

*(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее при - наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)*

PatientBirthDate года рождения, проживающий(ая) по адресу: *AdressShortMain*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается адрес места жительства пациента)*

паспорт: *PassportID*, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – пациент)

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,

не достигшего возраста 15 лет, больного наркоманией старше 16 лет или недееспособного гражданина

|  |
| --- |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющем личность)*  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(адрес места жительства законного представителя пациента)*  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указывается нужное)*  пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента, год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)* |

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ОИОПП дневного стационара филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 17» (Москва, улица Подмосковная, дом 5).

(полное наименование медицинской организации)

Врач психиатр *CurrentDoctor*

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724;2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

*FIO*

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

*CurrentDoctor*

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

**OnlyDateMoveFrom**

(дата оформления)

Приложение № 5

к приказу ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»

от «26» февраля 2021 г. № 209

УТВЕРЖДЕНО

Распоряжением Департамента

здравоохранения города Москвы

от 01.09.2020 г. № 2013-р

(приложение 6)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы

«Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина

Департамента здравоохранения города Москвы»

(сокращённое наименование – ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»)

ОИОПП дневного стационара филиала

ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 17»

Согласие пациента (законного представителя пациента)

на обработку персональных данных

Данный раздел бланка заполняется гражданами, старше 15 лет, больными наркоманией

старше 16 лет

Я,\_ *FIO* \_,

*(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее при - наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)*

PatientBirthDate года рождения, проживающий(ая) по адресу: *AdressShortMain*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается адрес места жительства пациента)*

паспорт: *PassportID*, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – пациент)

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,

не достигшего возраста 15 лет, больного наркоманией, не достигшего 16 лет,

или недееспособного гражданина

|  |
| --- |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющем личность)*  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(адрес места жительства законного представителя пациента)*  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указывается нужное)*  Пациента (ребёнка или гражданина, признанного недееспособным): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента, год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)*  (Настоящим выражаю своё согласие на обработку моих персональных данных, представленных в настоящем документе, Оператором персональных данных, в целях оказания медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь.) |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю своё согласие медицинской организации Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», расположенной по адресу: 107076, Москва, улицаПотешная, дом 3 (далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счёта (при наличии), принятый в соответствии с законодательством РоссийскойФедерации об индивидуальном (персонифицированном) учётев системе обязательного социального страхования (СНИЛС), номер обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учёбы) (наименование организации (учебного заведения), адрес, занимаемая должность и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса обязательного добровольного страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, осостоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и иных сведений, полученных в результате исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельность и обязанным сохранять врачебную тайну;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передаче результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компенсаций, определённых Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электроном виде, включая сбор, запись систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС), в органы форда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и с другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе Департаменту здравоохранения города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы – Государственному казённому учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регулирующими предоставление отчётных данных (документов) с использованием машинных носителей и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределённого срока.

Настоящий документ может быть отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течении срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только врамках возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны;

- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;

- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

**Дата начала обработки персональных данных: OnlyDateMoveFrom**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ *FIO*\_

*(подпись пациента или законного (Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)*

*представителя пациента)*

**OnlyDateMoveFrom**

*(дата подписания)*

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить своё согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников Оператора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись медицинского работника) (указывается наименование должности медицинского работника Оператора, фамилия, имя,*

*отчество (последнее – при наличии) полностью в именительном падеже в соответствии с*

*документом, удостоверяющим личность)*

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

*(дата подписания)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись медицинского работника) (указывается наименование должности медицинского работника медицинской Ф.И.О. врача)*

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

*(дата подписания)*

Талон информирования пациента.

План лечения и схема приёма препаратов объяснены в полной, доступной мне форме.О возможности получения дополнительной информации в рабочее время ОИОПП, а так же о режиме, условиях работы и актуальных телефонах ПОНП осведомлен(а).Моим контактным лицом прошу считать:

Ф.И.О.:

Разрешаю передачу данному лицу информацию о состоянии моего здоровья и характере лечения.

Пациент: *FIO*

Подпись пациента

Дата **OnlyDateMoveFrom**

…………………………………………………………………………………………………

**Согласие пациента на получение питания в ОИОПП дневного стационара ПНД №17**

Я, *FIO*

Информирован (а) о возможности получения горячего питания (обеды) в дневном стационаре.

На предоставление питания *согласен* (а)/ от предоставления питания *отказываюсь* (нужное подчеркнуть)

Дата **OnlyDateMoveFrom** Подпись

…………………………………………………………………………………………………

ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б Ганнушкина ДЗМ»

**ОИОПП ДС филиала ПНД №17**

**Лист назначений**

Ф.И.О. ***FIO***

И.б. № ***HistoryNumber*** */* ***YearOfHistory***. *Sex* Дата рождения *PatientBirthDate* **(**возраст: *Age***)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| месяц: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| день месяца: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вид. наб.: общий/реабилитационный | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Медицинская сестра

Лечащий врач ***CurrentDoctor***

Зав. отделением ***Болдырев А.Н.***

ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б Ганнушкина ДЗМ»

**ОИОПП ДС филиала ПНД №17**

**Лист назначений**

Ф.И.О. ***FIO***

И.б. № ***HistoryNumber*** */* ***YearOfHistory***. *Sex* Дата рождения *PatientBirthDate* **(**возраст: *Age***)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| месяц: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| день месяца: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Реж. наб.: общий/реабилитационный | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Медицинская сестра

Лечащий врач ***CurrentDoctor***

Зав. отделением ***Болдырев А.Н.***

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ПОДОЗРЕВАЕМОЙ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ (НПР) ИЛИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НПР**  ФИО:  Должность и место работы:  Адрес учреждения:  Телефон:  Дата: | | | | | | | | | | **ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**  Инициалы:  № амбулаторной карты или истории болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол: 🞏 М 🞏 Ж  Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес (кг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наличие беременности 🞏  Нарушение функции печени 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  Нарушение функции почек 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  Аллергия (указать на что): | | | | |
| Лечение: 🞏 амбулаторное 🞏 стационарное 🞏 самолечение  Сообщение: 🞏 первичное  🞏повторное (дата первичного \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) | | | | | | | | | |
| **ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС), предположительно вызвавшее НПР** | | | | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название (МНН) | | | |  | | | | | | | Торговое название (ТН) | |  | |
| Производитель |  | | | | Страна | | |  | | | Номер серии | |  | |
| Показание к назначению | | | Путь введения | | Разовая/Суточная доза | | | Дата начала терапии | | | Дата обнаружения  НПР | | Доза, вызвавшая НПР | |
|  | | |  | |  | | | / / | | | / / | |  | |
| **ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)**  Укажите **«НЕТ»**, если других лекарств пациент не принимал | | | | | | | | | | | | | | |
| МНН | | ТН | | | | Путь введения | | | | Дата начала терапии | | Дата прекращения терапии | | Показание |
|  | |  | | | |  | | | | / / | | / / | |  |
|  | |  | | | |  | | | | / / | | / / | |  |
|  | |  | | | |  | | | | / / | | / / | |  |
|  | |  | | | |  | | | | / / | | / / | |  |
|  | |  | | | |  | | | | / / | | / / | |  |
| **Описание НПР:** | | | | | | | | | | | | | | Дата начала НПР:  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Дата разрешения:  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ |
| **Сопровождалось ли отмена ЛС исчезновением НПР?**🞏да🞏 нет 🞏 ЛС не отменялось | | | | | | | | | | | | | | |
| **Отмечено ли повторение НПР после повторного назначения ЛС?**🞏да🞏 нет 🞏 ЛС повторно не назначалось | | | | | | | | | | | | | | |
| **Предпринятые меры:**  🞎 Без лечения  🞎 Отмена подозреваемого ЛС  🞎 Снижение дозы подозреваемого ЛС | | | | | | | * Отмена сопутствующего лечения * Лекарственная терапия   🞎 Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)  🞎 Другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Лекарственная терапия НПР (если понадобилась)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Исход:**  🞎 выздоровление без последствий  🞎 госпитализация или ее продление  🞎 угроза жизни  🞎 инвалидность | | | | | | | | | 🞎 состояние без динамики  🞎 рождение ребенка с врожденной аномалией  🞎 смерть  🞎 не известно  🞎 другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Значимая дополнительная информация**  Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НПР (пожалуйста, приведите даты).  Сопутствующие заболевания.  Анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия.  Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации.  Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо. | | | | | | | | | | | | | | |