|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| МИНЕСТЕРСТВО | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ | | | | | | | | | |  |  |
| ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ФОРМА № 155/у | | | | | | | | | |  |  |
| ГКБ №67 им.Л.А.ВОРОХОБОВА | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Утв. МИНЗДРАВОМ СССР | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | 08.09.88 № 694 | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ПРОТОКОЛ №** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| **МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***{date} г.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Фамилия, имя, отчество: | | | | | | | | | ***{patient.fullname}*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***{patient.age}*** | | | | | Возраст (в годах) (год рождения) | | | | | | | | | |  |  |  | ***{patient.birthdate}*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Где и кем работает | | | | | | |  | ***работает*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Кем и когда (точное время) направлен на освидетельствование | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | *{datetime}* | | | | | | | | | | | | |
| {doctor.who.short} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата и точное время освидетельствования | | | | | | | | | | | | | |  | *{datetime}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Кем освидетельствован (врач, фельдшер) | | | | | | | | | | | | |  |  | *{doctor.who.short}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Причины освидетельствования: подозрения в управлении транспортом в состоянии опьянения, пребывание на работе в нетрезвом состоянии, **освидетельствование в связи с оказанием медицинской помощи** и др. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (указать причину) | | | | | | |  |  |  |  | *{cause}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Внешний вид испытуемого: состояние одежды, кожи, наличие повреждений, (ранения, ушибы и т.д.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *{look}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Поведение: напряжен, замкнут, раздражен, возбужден, агрессивен, эйфоричен, болтлив, суетлив, **настроение неустойчиво**, **сонлив**, **заторможен**, жалуется на свое состояние (на что именно) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *{behavior}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Состояние сознания, ориентировка в месте, времени, ситуации и собственной личности | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *{orientation}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Речевая способность: связаность изложения, нарушения артикуляции, **смазанность речи** и др. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *{speech}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Вегетативно-сосудистые реакции (состояние кожных покровов, слизистых глаз, языка, потливость, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| слюнотечение) | | | | | *{skin}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дыхание: учащенное, замедленное | | | | | | | | | | | |  | *{breathe}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| пульс | | | *{pulse}* | | | | | | | | | артериальное давление | | | | | | | | *{pressure}* | | | | | | | | | | | | | | | |
| зрачки сужены, расширены, реакции на свет | | | | | | | | | | | | | | | *{eyes}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| нистагм при взгляде в сторону | | | | | | | | | |  | *{nistagm}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Двигательная сфера | | | | | | | | *{motions}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Мимика: вялая, оживленна. | | | | | | | | |  | {mimics} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Походка (шатающаяся, разбрасывание ног при ходьбе), ходьба с быстрыми поворотами (пошатывание при поворотах) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| стояние в позе Ромберга | | | | | | | | | *{walk}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| точные движения (поднять монету с пола, пальце-носовая проба) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | *{touch\_nose}* | | | | | | | | | | | | | |
| дрожание век, языка, пальцев рук | | | | | | | | | | |  | *{tremble}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Имеются ли признаки нервно - психических заболеваний, органического поражения центральной нервной | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| системы, физического истощения. Перенесенные травмы (со слов испытуемого) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *{illness}* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Сведения о последнем употреблении алкоголя и лекарственных средств: субъективные, объективные | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (по документам и другим источникам) | | | | | | | | | | | | | | *{drunk}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Запах алкоголя или другого вещества изо рта | | | | | | | | | | | | | | | |  | {smell} | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Наличие алкоголя или другого вещества в выдыхаемом воздухе и биологических средах организма: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| а) воздух исследовался на приборе | | | | | | | | | | | | {pribor} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| методом Рапопорта, индикаторной трубкой | | | | | | | | | | | | | | | {trub} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Время и результаты исследования | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| повторного исследования | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| б) биологическая среда(ы) (моча, слюна, кровь, смывы с поверхности губ кожи лица, пальцев рук) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| исследовались | | | | | | {bio} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| методами | | | |  | | | | | | | | | | | , время отбора пробы | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Время и результат исследования | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Другие данные медицинского осмотра или представленных документов | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | {docs} | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ЗАКЛЮЧЕНИЕ (состояние обследуемого квалифицируется в формулировках, предусмотренных п. 13 действующей инструкции Минздрава СССР о порядке медицинского освидетельствования): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *{conclusion}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись медработника, проводившего освидетельствование | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | {doctor.who.short} | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Запись испытуемого об ознакомлении с результатами свидетельствования | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |