

Наименование органа управления здравоохранением
субъекта Российской Федерации (ОУЗ)

Код ОГРН

Код ОКПО

Код территории по ОКATO

(Почтовый и электронный адрес направившей медицинской организации)

ТАЛОН-НАПРАВЛЕНИЕ НА ВМП №

Дата

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ (заполняется ОУЗ)																													
СНИЛС														<input type="text"/>															
1. Код категории льготы				<input type="text"/>				2. Номер страхового полиса ОМС				<input type="text"/>				<input type="text"/>													
3. Ф. И. О.																													
4. Пол: 1 – муж. <input type="text"/> ; 2 – жен. <input type="text"/> .														5. Дата рождения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>															
6. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер):														серия				<input type="text"/>				№				<input type="text"/>			
7. Адрес регистрации по месту жительства:																													
8. Житель: 1 – город <input type="text"/> ; 2 – село <input type="text"/>																													
9. Социальный статус: 1 – дошкольник <input type="text"/> : 1.1. – организован <input type="text"/> . 1.2. – неорганизован <input type="text"/> . 2 – учащийся <input type="text"/> . 3 – работающий <input type="text"/> .																													
4 – неработающий <input type="text"/> . 5 – пенсионер <input type="text"/> . 6 – военнослужащий <input type="text"/> код <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 7 – член семьи военнослужащего <input type="text"/> . 8 – БОМЖ <input type="text"/>																													
10. Инвалидность: 1 – I гр. <input type="text"/> . 2 – II гр. <input type="text"/> . 3 – III гр. <input type="text"/> . 4 – ребенок-инвалид <input type="text"/> . 5 – инвалид с детства <input type="text"/> . 6 –																													
степень ограничения трудовой деятельности – <input type="text"/>																													
11. Нуждается в ВМП 1 – первично <input type="text"/> 2 – повторно <input type="text"/>																													

12. Диагноз при направлении – код по МКБ-10				.		
---------------------------------------------	--	--	--	---	--	--

ЭТАП I (Заполняется ОУЗ)

1.1. Заключение ТОУЗ – направить документы: первично — 1 <input type="checkbox"/> , повторно — 2 <input type="checkbox"/>		Дата	<input type="text"/>
1.2 Профиль ВМП (код) 1 – <input type="text"/>	вид ВМП (код) 2 – <input type="text"/>		
1.3. ФСМУ _____		код (ОГРН)	<input type="text"/>
1.4. Дата направления сведений: ГРСФБ 1 – <input type="text"/>		ФСМУ 2 – <input type="text"/>	<input type="text"/>
1.5. Ф. И. О. ответственного лица ОУЗ			Подпись

ЭТАП II (Заполняется ФСМУ)

2.1. Дата получения документов ФСМУ от ОУЗ		<input type="text"/>
2.2. Заключение Комиссии ФСМУ: нуждается в ВМП 1 – <input type="checkbox"/> , не нуждается в ВМП 2 – <input type="checkbox"/>		Дата <input type="text"/>
2.3. Дата планируемой госпитализации в ФСМУ		<input type="text"/>
2.4. Дата направления сведений: ГРСФБ 1 – <input type="text"/>		ОУЗ 2 – <input type="text"/>
2.5. Ф. И. О. ответственного лица ФСМУ		Подпись

ЭТАП III (Заполняется ОУЗ)

3.1. Дата направления больного на госпитализацию в ФСМУ		<input type="text"/>
3.2. Дата выдачи Талона № 2 на проезд		<input type="text"/>
3.3. Нуждается в сопровождении 1 – да <input type="checkbox"/> 2 – нет <input type="checkbox"/>		
3.4. Дата направления сведений: ГРСФБ 1 – <input type="text"/>		ФСМУ 2 – <input type="text"/>
3.5. Ф. И. О. ответственного лица ТОУЗ		Подпись

ЭТАП IV (Заполняется ФСМУ)

4.1. Дата обращения больного в ФСМУ		<input type="text"/>
4.2. Госпитализация в ФСМУ 1 – <input type="checkbox"/> , госпитализация отсрочена 2 – <input type="checkbox"/> , отказ в госпитализации 3 – <input type="checkbox"/> , причина (код) отказа (отсрочки) (код) 4 – <input type="text"/>		Дата принятия решения по госпитализации – <input type="text"/>
4.3. Дата направления сведений: ГРСФБ 1 – <input type="text"/>		ОУЗ 2 – <input type="text"/>
4.4. Ф. И. О. ответственного лица ФСМУ		Подпись

ЭТАП V (Заполняется ФСМУ)

5.1. Вид оказанной ВМП										Код		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5.2. Заключительный диагноз												Код по МКБ-10		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.3. Дата выписки										<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
										5.4. Число койко-дней в отделении реанимации и интенсивной терапии									
5.5. Общая стоимость лечения в соответствии с нормативами финансовых затрат по профилю ВМП – 1										<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5.6. Рекомендации повторного курса ВМП:										нуждается 1 – <input type="text"/>				не нуждается 2 – <input type="text"/>					
5.8. Ф. И. О. ответственного лица ФСМУ														Подпись					

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (Заполняется ОУЗ)

6.1. Отметки: сдача проездных документов 1 – <input type="text"/> ,										выписной эпикриз предъявлен 2 – <input type="text"/> ,										повторно включен в лист ожидания 3 – <input type="text"/>									
6.2. Дата направления сведений ГРСФБ										<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
6.3. Дата направления уведомлений в ФСМУ										<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
6.4. Снят с учета ожидания ВМП (Заполняется в ОУЗ)																													
Причина снятия: 1 – завершение лечения <input type="text"/> , 2 – невозможность дальнейшего ожидания лечения в ФСМУ по медицинским показаниям <input type="text"/> , 3 – помещение больного в специализированное учреждение здравоохранения (интернат, хоспис и т. п.) <input type="text"/> , 4 – по иным причинам <input type="text"/> , 5 – смерти больного <input type="text"/>																													
6.5. Ответственное лицо														Подпись															