

УТВЕРЖДЕНО
Приказ комитета по
здравоохранению
Мингорисполкома
от 15.08.2024 № 612

(наименование организации здравоохранения)

НАПРАВЛЕНИЕ
на койки сестринского ухода

учреждения здравоохранения _____

Фамилия, имя, отчество пациента _____

Дата рождения _____

Адрес проживания _____

Адрес регистрации _____

Группа инвалидности _____ Другие льготы _____

Социальная категория пациента: одинокий, одиноко проживающий, проживает в семье

Наличие лиц, обязанных по закону содержать нетрудоспособного гражданина
(трудоспособные дети и (или) родители, трудоспособный(ая) супруг(а))

Фамилия, имя, отчество лица, осуществляющего уход, степень родства, домашний адрес,
номер контактного телефона _____

Диагноз основной _____

Осложнения заболевания _____

Сопутствующие заболевания (указать) _____

Рекомендуемое лечение (медикаменты, дозы, кратность введения)

Заключение ВКК УЗ «МГКЦ психиатрии и психотерапии» о возможности пребывания на
койках сестринского ухода:

На момент направления состояние пациента (указать) _____

Результаты обследований (флюорография, рентгенография ОГК или 3-х кратная бактериоскопия мокроты, ЭКГ, ОАМ, ОАК, БАК, парентеральные гепатиты – по показаниям, осмотр на заразные кожные заболевания)

Находится на листке нетрудоспособности _____

Председатель консилиума

подпись

инициалы, фамилия

Члены:

подпись

инициалы, фамилия

подпись

инициалы, фамилия

М.П.

Дата направления « ____ » _____ 20 ____ г.

—