

Приложение 1
к приказу комитета
по здравоохранению
Мингорисполкома
от 10.03.2026 № 145

Наименование организации здравоохранения

НАПРАВЛЕНИЕ

в организацию здравоохранения для оказания медико-социальной помощи
(взрослое население)

Наименование организации здравоохранения _____

Фамилия, имя, отчество (если таковое имеется) пациента _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства (регистрации) _____

Адрес места пребывания (фактического проживания) _____

Группа инвалидности _____ Государственные социальные льготы _____

Одинокий, одиноко проживающий, проживает в семье (нужное подчеркнуть)

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

Информация о лице, осуществляющем уход _____

Дата проведения врачебного консилиума по определению показаний к оказанию медико-социальной помощи _____

Диагноз основной (МКБ-10) _____

Сопутствующий диагноз _____

Осложнения _____

Рекомендуемое лечение (лекарственные средства, дозы, кратность введения) _____

Заключение врача-психиатра-нарколога (врача-психотерапевта) о возможности
пребывания в отделении сестринского ухода _____

На момент направления указать состояние пациента

Результаты обследований (флюорография, рентгенография ОГК или 3-х кратная
бактериоскопия мокроты, ЭКГ, ОАМ, ОАК, ВИЧ, RW (МРП), маркеры гепатитов В и С,
осмотр на заразные кожные заболевания) _____

Находится на листке нетрудоспособности

Заместитель главного врача _____
подпись _____ инициалы, фамилия _____

Заведующий отделением _____
подпись _____ инициалы, фамилия _____

Лечащий врач _____
подпись _____ инициалы, фамилия _____

М.П.

Дата направления « _____ » _____ 20 __ г.