|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Комитет по здравоохранению Санкт-ПетербургаСанкт-Петербургское государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Медицинский колледж №1» |

УТВЕРЖДАЮ

Зам.директора по НМР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Гапонова З.В.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г

**Методические рекомендации по заполнению бланков медицинских документов**

РАЗРАБОТЧИК:

Эксарова Е.В., преподаватель

Санкт-Петербург

2018г.

**Пояснительная записка**

Рекомендации разработаны для студентов последнего курса в рамках освоения программы ОП.08. Общественное здравоохранения. Бланки медицинских документов для заполнения выдаются преподавателем в соответствии с темой занятия. Все бланки заполняются по заданиям, представленным в пособии «Общественное здоровье и здравоохранение. Практикум» авторов В.А.Медика, В.И.Лисицина и А.В. Прохоровой в соответствии с указаниями к самостоятельной работе студентов. Также есть электронная версия всех медицинских бланков, необходимых для освоения дисциплины. Умение работать с медицинской документацией является критерием освоения следующих компетенций:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

**Общие правила ведения медицинской документации**

Правила ведения медицинской документации действуют в отношении всех специальных форм, которые заполняют медработники, фиксируя в них действия, совершенные при оказании медицинских услуг конкретному пациенту.

Под документом в общем смысле понимается определенная информация, которая отражена на носителе с определенными реквизитами, который позволяет внесённую информацию впоследствии идентифицировать. Официальным считается документ, который оформляется от имени должностного лица, организации или гражданина в установленном законом порядке.

Медицинские документы заполняются в процессе оказания медицинской помощи, в процессе обмена информацией между пациентом и врачом. Полученную информацию врач должен задокументировать, именно с этого момента она приобретает статус медицинского документа.

Ведение медицинской документации в стационаре или поликлинике призвана защищать права сторон – медработника и пациента. Только в таком случае они приобретают взаимные права и обязанности. Общие правила ведения медицинской документации устанавливает ФЗ «Об охране здоровья граждан». В других законах, не отнесенных прямо к медицинской деятельности, также можно найти требования, которые относятся и к медицинским документам – это ФЗ «О персональных данных», ФЗ «Об информации». Перечень бланков медицинских документов, необходимых для выполнения заданий представлен в приложениях 1 – 5.

**Общие требования к оформлению медицинской документации:**

* непосредственно перед заполнением бланка следует внимательно ознакомиться с заданием;
* документы заполняются шариковой ручкой черного/синего цвета, либо в электронном виде;
* при описании в документе каких-либо обстоятельств, следует использовать медицинские термины и определения, понятные потенциальному пациенту;
* исправления допустимы, но ошибки должны быть зачеркнуты аккуратно;
* зачеркивания, исправления и дописки датироваться и подписываться;
* в медицинских документах не допускаются необоснованные сокращения.

Приложение 1

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1к приказу Минздравсоцразвития России  |
|  | от «26» декабря 2008 г. №782н |

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ**

 **К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №103/у -08**

 **СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_**

Дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_г .

**1.** Ребенок родился**:** число \_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_\_, час \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.** Дата рождения матери: число \_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** Место постоянного жительства (регистрации) матери ребенка:

республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

город  **(**село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.** Местность: городская 1 , сельская 2

**6.** Пол: мальчик 1 , девочка 2

линия отреза

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации |  | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Медицинская документация |
| Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код по ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Учетная форма №103/у-08Утверждена приказом Минздравсоцразвития Россииот ««26» декабря 2008 г. №782н  |

**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ**

**СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_**

Дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**1.** Ребенок родился: число\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_ , час \_\_\_\_\_\_\_, мин. \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Мать** | **Ребенок** |
| **2.** Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** Дата рождения   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  число месяц год |

**4.** Место постоянного жительства (регистрации): республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_**5.** Местность: городская 1 , сельская 2 **6.** Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке 1 , не состоит в зарегистрированном браке 2 , неизвестно 3   |  **11.** Фамилия ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**12**. Место рождения:республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**13.** Местность: городская 1 , сельская 2 **14.** Роды произошли:  в стационаре 1 , дома 2 , в другом месте 3 ,  неизвестно 4 **15.** Пол: мальчик 1 , девочка 2  |
| Оборотная сторона |

**7.** Роды произошли: в стационаре 1 , дома 2 , в другом месте 3 , неизвестно 4

8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество)

 выдавшего медицинское свидетельство)

9. Получатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество и отношение к ребенку)

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

(документ, удостоверяющий личность получателя, серия, номер, кем выдан)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 .... г. Подпись получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** Образование: *профессиональное*: высшее 1 , неполное высшее 2 , среднее 3 , начальное 4 ;*общее:* среднее (полное) 5 , основное 6 , начальное 7 ;не имеет начального образования 8 ; неизвестно 9 **8.** Занятость: *была занята в экономике*: руководители и специалисты высшего уровня квалификации 1 , прочие специалисты 2 , квалифицированные рабочие 3 , неквалифицированные рабочие 4 , занятые на военной службе 5 ; *не была занята в экономике*: пенсионеры 6 , студенты и учащиеся 7 , работавшие в личном подсобном хозяйстве 8 , безработные 9 , прочие 10 .**9.** Срок первой явки к врачу (фельдшеру, акушерке) недель**10.** Которым по счету ребенок был рожден у матери | **16.** Масса тела при рождении г**17.** Длина тела при рождении см**18.** Ребенок родился:  при одноплодных родах при многоплодных родах: которым по счету число родившихся  |

линия отреза

**19.** Лицо, принимавшее роды:
врач-акушер-гинеколог 1 , фельдшер, акушерка 2 , другое лицо 3

**20.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество)

 заполнившего медицинское свидетельство)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель медицинской организации,врач, занимающийся частной практикой  |  |  |  |
| (нужное подчеркнуть) | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |

Печать

Приложение 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развитияРоссийской Федерации  |  | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Для врача, занимающегося частной практикой:номер лицензии на медицинскую деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Медицинская документация Учетная форма № 106/у-08Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от ««26» декабря 2008 г. №782н  |

[**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ**](http://blanker.ru/doc/med-svidetelstvo-o-smerti)

 **СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_**

Дата выдачи «\_\_\_\_\_"»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

**(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (*подчеркнуть*)**

**серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

**1.**  Фамилия, имя, отчество умершего(ей)

**2.**  Пол: мужской 1 , женский 2

**3.**  Дата рождения : число \_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.**  Дата смерти : число \_\_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_\_\_\_, время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.** Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей) : республика , край, область
район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв.

**6.** Местность: городская 1 , сельская 2

**7.** Место смерти: республика , край, область

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв.

**8.** Местность: городская 1 , сельская 2

**9.** Смерть наступила: на месте происшествия 1 , в машине скорой помощи 2 , в стационаре 3 , дома 4 , в другом месте 5 .

**10**. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 недель) 1 , недоношенный (менее 37 недель) 2 ,
 переношенный (42 недель и более) 3 .

**11.** Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:
 масса тела ребенка при рождении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ грамм 1 , каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) \_\_\_\_\_\_\_ 2 , дата рождения матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3 , возраст матери (полных лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4 ,
фамилия матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5 , имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6 , отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7

**12.\*** Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке 1 , не состоял(а) в зарегистрированном браке 2 , неизвестно 3 .

**13.\*** Образование: *профессиональное*: высшее 1 , неполное высшее 2 , среднее 3 , начальное 4 ; *общее*: среднее (полное) 5 ,
основное 6 , начальное 7 ; не имеет начального образования 8 ; неизвестно 9 .

**14.\*** Занятость: *был(а) занят(а) в экономике*: руководители и специалисты высшего уровня квалификации 1 , прочие

специалисты 2 , квалифицированные рабочие 3 , неквалифицированные рабочие 4 , занятые на военной службе 5 ;

 *не был(а) занят(а) в экономике*: пенсионеры 6 , студенты и учащиеся 7 , работавшие в личном подсобном хозяйстве 8 ,

безработные 9 , прочие 10 .

**15.** Смерть произошла: от заболевания 1 ; *несчастного случая*: не связанного с производством 2 , связанного с производством 3 ; убийства 4 ; самоубийства 5 ; *в ходе действий:* военных 6 , террористических 7 ; род смерти не установлен 8 .

**16.** В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_\_\_ , время \_\_\_\_\_\_, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление)

**17.** Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть 1 , лечащим врачом 2 , фельдшером (акушеркой) 3 , патологоанатомом 4 , судебно-медицинским экспертом 5 .

**18.** Я, врач (фельдшер, акушерка) ,

 (фамилия, имя, отчество)

должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа 1 , записей в медицинской документации 2 , предшествующего наблюдения за больным(ой) 3 , вскрытия 4 мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**\*** В случае смерти детей, возраст которых указан а пунктах 10-11, пункты. 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **19.** Причины смерти: | Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью | Код по МКБ-10 |
| I. а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **.** |  |

 |
| (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти) |  |  |
|  б)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **.** |  |

 |
| (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины) |  |  |
|  в)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **.** |  |

 |
| (первоначальная причина смерти указывается последней) |  |  |
|  г) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **.** |  |

 |
|  (внешняя причина при травмах и отравлениях) |  |  |
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **.** |  |

 |

**20.** В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток 1 , из них в течение 7 суток 2 .

**21.** В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) 1 , в процессе родов (аборта) 2 , в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) 3 ; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов 4 .

**22.** Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации,

частнопрактикующий врач (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)

 Печать

**23.** Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество врача)

Приложение 3

Министерство здравоохранения Медицинская документация

и социального развития Форма № 030/у-04

Российской Федерации Утверждено приказом

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Минздравсоцразвития России

 (Наименования медицинского учреждения) от 22 ноября 2004 года № 255

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

 (адрес)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Код ОГРН

**Контрольная карта диспансерного наблюдения**

Фамилия врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код или № медицинской карты амбулаторного больного

 (истории развития ребенка):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **1**.Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное

 наблюдение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата взятия на учет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **2.**Диагноз установлен впервые в жизни:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)

Дата снятия с учета:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **3.**Код по МКБ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Причина снятия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **4.**Сопутствующие заболевания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 **5.**Заболевание выявлено:

 5.1. при обращении за лечением

 5.2. при профосмотре

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 **6.**Код льготы

**7.** Фамилия, имя, отечество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8.**Пол: М/Ж. **9.** Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10.** Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11.**Место работы (учебы, дошкольное учреждение):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12.**Профессия (должность):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13.** Контроль посещений:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Даты явок

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назначеноявиться |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 4

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Медицинская документация |
| (наименование медицинского учреждения) |  Форма № 025-12/у |  |  |
|  |  |
|  |  утверждена приказом Минздравсоцразвития России |
| (адрес) |  от 22 ноября 2004 года № 255 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ медицинской карты** |  | **Дата** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Код категории льготы |  |  |  |  2. Номер страхового полиса ОМС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  3. СНИЛС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  4. Пациент: код 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  ф. и. о. |
|  5. Пол4: 1 — муж.; 2 – жен.;  |  6. Дата рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  7. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер)4: |
|  8. Адрес регистрации по месту жительства4: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  9. Житель4: 1 — город; 2 — сел |
|  10. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1. — дошкольник: 1.1. — организован, 1.2. — неорганизован, 2 — учащийся, 3 — работающий, 4 — неработающий; 5 — пенсионер; |
|  6 — военнослужащий, код |  |  |  |  7 — член семьи военнослужащего; 8 — без определенного места жительства |
|  |
|  11. Инвалидность: 1 — I гр., 2 — II гр., 3 — III гр., 4 — установлена впервые в жизни, 5 — степень инвалидности |  |  , 6 — ребенок-инвалид, 7 — инвалид с детства, 8 — снята |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  12. Специалист: код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  ф. и. о. |
|  13. Специалист: код2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  ф. и. о. |
|  14. Вид оплаты: 1 — ОМС; 2 — бюджет, 3 — платные услуги, в т.ч. 4 — ДМС; 5 — другое |
|  15. Место обслуживания: 1 — поликлиника, 2 — на дому, в т.ч. — актив. |
|  16. Цель посещения: 1 — заболевание, 2 — профосмотр; 3 — патронаж; 4 — другое |
|  17. Результат обращения5: случай закончен: 1 — выздоровл.; 2 — улучшение; 3 — динамическое набл., направлен: 4 — на госпитализацию, 5 — в дневной стационар, 6 — стационар на дому, 7 — на консультацию, 8 — на консультацию в др. ЛПУ, 9 — справка для получения путевки, 10 — санаторно-курортная карта |

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

1 При использовании кода, принятого в ЛПУ.

2 Заполняется при учете работы среднего мед. персонала.

3 При оплате: по посещению проставляется код посещения или стандарта медицинской помощи (СМП), КЭС.

4 Заполняются при разовом обращении пациента (например, иногородний).

5 Заполняется при последнем посещении по данному случаю.

Оборотная сторона Талона амбулаторного пациента

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  18. Диагноз код МКБ |  |  |  |  |  |  |
|  19. Код мед. услуги (посещения, СМП, КЭС)3: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  20. Характер заболевания: 1 — острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+); 2 — диагноз установлен в предыдущ. году или ранее (-) |
|  21. Диспансерный учет: 1 — состоит, 2 — взят, 3 — снят; в т.ч. 4 — по выздоровлению |
|  22. Травма: — производственная: 1 — промышленная; 2 — транспортная, в т.ч. 3 — ДТП; 4 — сельскохозяйственная; 5 — прочие |
|  не производственная: 6 — бытовая; 7 — уличная; 8 — транспортная, в т.ч. 9 — ДТП; 10 — школьная; 11 — спортивная; 12 — прочие; |
|  13 — полученная в результате террористических действий |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  23. Диагноз код |  |  |  |  |  |  |
|  24. Код мед. услуги (посещения, СМП, КЭС)3: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  25. Характер заболевания: 1 — острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+); 2 — диагноз установлен в предыдущ. году или ранее (-) |
|  26. Диспансерный учет 1 — состоит, 2 — взят, 3 — снят; в т. ч. 4 — по выздоровлению |

|  |
| --- |
|  27. Заполняется только при изменении диагноза: ранее зарегистрированный диагноз |
| Код МКБ — 10 |  |  |  |  |  |  |
|  Дата регистрации изменяемого диагноза: |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  28. Документ временной нетрудоспособности: 1 — открыт; 2 — закрыт; |
|  29. Причина выдачи: 1 — заболевание; 2 — по уходу; 3 — карантин; 4 — прерывание беременности;  5 — отпуск по беременности и родам; 6 — санаторно-курортное лечение, |
|  29.1. по уходу: пол 1 — муж; 2 — жен. (возраст лица, получившего документ в/н) |  |  |  |
|  30. Рецептурный бланк серия и №, дата выписки: 30.1 |  | ; 30.2 |  | ; |
|  30.3 |  | ; 30.4 |  | . |
|  |

Приложение 5

 Приложение к приказу

министерства здравоохранения

 и социального развития РФ

 от 31 января 2007 г.№77

**Медицинская документация**

**Форма №088/у-06**

Министерство здравоохранения и социального развития

Российской Федерации

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

(наименования и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИРУ**

**ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ**

**ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

Дата выдачи «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**1.**Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу (далее гражданин):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.**Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**3.**Пол:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.**Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина (заполняется при наличии законного представителя):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.**Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации):

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

**6.**Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы, категория «ребенок-инвалид» (нужное подчеркнуть).

**7.**Степень ограничения способности к трудовой деятельности:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(заполняется при повторном направлении)

**8.**Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется при повторном направлении)

**9.**Направляется первично, повторно (нужное подчеркнуть).

**10.**Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указать должность, профессию, специальность, квалификацию и стаж работы

по указанной должности, профессии, специальности, квалификации;

в отношение неработающих граждан сделать записать: «не работает»)

**11.**Наименования и адрес организации, в которой работает гражданин:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**12.**Условия и характер выполняемого труда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13.**Основная профессия (специальность):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**14.**Квалицификация по основной профессии (класс, разряд, категория, звание):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**15.**Наименование и адрес образовательного учреждения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**16.**Группа, класс, курс (указываемое подчеркнуть):

**17.**Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: