

**ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ПРИЕМА
ЗАПРОСОВ И ВЫДАЧИ
МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ
(ИХ КОПИЙ) И ВЫПИСОК
ИЗ НИХ**

Поликлиника
ФГБУЗ «НКЦ ФМБА России»

**ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ПРИЕМА ЗАПРОСОВ И ВЫДАЧИ
МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (ИХ КОПИЙ)
И ВЫПИСОК ИЗ НИХ**

Начат: «___» _____ 20__ г.

Окончен: «___» _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ
регистрации исходящей
корреспонденции

ФГБУЗ «НКЦ ФМБА России»

17-01/18

20__ -- 20__ гг.

**ЖУРНАЛ
регистрации исходящей
корреспонденции**

Начат: _____

Окончен: _____

Срок хранения _____

**ЖУРНАЛ УЧЕТА
КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

Приложение №1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 21.05.02 №154

Медицинская документация
Форма № 035/у-02
Утверждена приказом Минздрава
Российской Федерации

**ЖУРНАЛ УЧЕТА
КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

**ЖУРНАЛ УЧЕТА
регистрации и выдачи
заключений по предварительным,
периодическим медицинским
осмотрам (обследованиям)
работников, занятых на
тяжелых работах и на работах
с вредными и (или) опасными
условиями труда**

**ЖУРНАЛ УЧЕТА
регистрации и выдачи
заключений по предварительным,
периодическим медицинским
осмотрам (обследованиям)
работников, занятых на
тяжелых работах и на работах
с вредными и (или) опасными
условиями труда**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

**Журнал
регистрации предрейсовых,
предсменных
медицинских осмотров**

**Журнал
регистрации предрейсовых, предсменных
медицинских осмотров**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

Журнал

**регистрации медицинских осмотров
в течении рабочего дня (смены),
послесменных, послерейсовых
медицинских осмотров**

**Журнал
регистрации медицинских осмотров
в течении рабочего дня (смены),
послесменных, послерейсовых
медицинских осмотров**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

**Журнал
учета приема
амбулаторных больных**

**Журнал
учета приема амбулаторных
больных**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ
учета направленных
на МРТ, УЗИ, КТ
и прочие исследования

**Поликлиника
ФГБУЗ НКЦ ФМБА России**

**ЖУРНАЛ
учета направленных
на МРТ, УЗИ, КТ
и прочие исследования**

Начат: «_____» _____ 20__ г.

Окончен: «_____» _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ

**учета выданных направлений
в краевые учреждения**

Поликлиника
ФГБУЗ НКЦ ФМБА России

ЖУРНАЛ

учета выданных направлений
в краевые учреждения

Начат: «_____» _____ 20__ г.

Окончен: «_____» _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ

**учета направленных
на госпитализацию**

Поликлиника
ФГБУЗ НКЦ ФМБА России

ЖУРНАЛ
учета направленных
на госпитализацию

Начат: « _____ » _____ 20 ____ г.

Окончен: « _____ » _____ 20 ____ г.

Журнал

регистрации забора

крови

**Журнал
регистрации забора
крови**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

**Журнал
регистрации забора
крови на ВИЧ**

**Журнал
регистрации забора
крови на ВИЧ**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

Журнал
регистрации забора
крови на ГЕПАТИТ

**Журнал
регистрации забора
крови на ГЕПАТИТ**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ

**регистрации вводного
инструктажа по охране труда**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Новороссийский клинический центр
Федерального медико-биологического агентства»**

ЖУРНАЛ

регистрации вводного инструктажа по охране труда

Начат: _____

Окончен: _____

ЖУРНАЛ

**регистрации инструктора
по охране труда на рабочем месте**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Новороссийский клинический центр
Федерального медико-биологического агентства»**

ЖУРНАЛ

**регистрации инструктажа по охране труда
на рабочем месте**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

Памятка:

1. Журнал инструктажа на рабочем месте по охране труда должен быть пронумерован, прошнурован, подписан работодателем или его заместителем и скреплен печатью.
2. на первой странице Журнала указывается наименование работодателя (структурного подразделения), дата начала и окончания ведения Журнала.
3. Первичный инструктаж на рабочем месте, повторный, внеплановый инструктажи проводит **непосредственный руководитель** работника, прошедшего обучение по охране труда и проверку знаний требований охраны труда.
4. Целевой инструктаж проводит **непосредственный руководитель** работ, прошедший обучение по охране труда и проверку знаний требований охраны труда.
5. Следует обратить внимание на следующее: дата инструктажа, фамилия имя отчество инструктируемого и инструктирующего указываются **полностью**.
6. Графа 6 заполняется только при проведении внепланового и целевого инструктажа. В остальных случаях графа 6 остается пустой.

*** Важно! При заполнении журналов страницы и строки не пропускаются!**

ЖУРНАЛ
регистрации
амбулаторных больных

ЖУРНАЛ
регистрации амбулаторных больных
за _____ М-Ц _____ ГОД

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

№ п/п	Числа месяца	Принятый больной первичный, повторный (вписать)	Фамилия, имя, отчество	Пол	Год рождения (для детей до 1 г. дата рождения)	Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7

Место работы (для колхозников - название колхоза, для школьников - название школы, в каком классе учится)	Диагноз	Назначенное лечение	Примечание
8	9	10	11

**Журнал
регистрации биопсий
материала**

**Журнал
регистрации биопсий
материала**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

**Журнал
регистрации пациентов**

**Журнал
регистрации пациентов**

Образец

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ

врачебных назначений
(процедур)

ФГБУЗ НКЦ ФМБА России

ЖУРНАЛ

врачебных назначений (процедур)

отделение

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ

УЧЕТА ПОСТУПИВШИХ БОЛЬНЫХ

ФГБУЗ НКЦ ФМБА России

ЖУРНАЛ

УЧЕТА ПОСТУПИВШИХ БОЛЬНЫХ

Начат « _____ » _____ 20__ г.

Окончен « _____ » _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ
учета движения
больных

ФГБУЗ НКЦ ФМБА России

ЖУРНАЛ
учета движения
больных

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ

УЧЕТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ

И ОТКАЗА В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

ЖУРНАЛ

УЧЕТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗА В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

начат _____ 20__ г.

окончен _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ

**записи оперативных
вмешательств в стационаре
за 20_____ год**

Код Формы по ОКУД

Код учрежд. по ОКПО

Министерство здравоохранения РФ

Наименование учреждения
ФГБУЗ НКЦ ФМБА РОССИИ

Медицинская документация
Форма № 008/у. Утверждена
Минздравом СССР
04.10.80
№ 1030

ЖУРНАЛ

записи оперативных вмешательств в стационаре за 20 ____ год

Начат « ____ » _____ 20 ____ г.

М.П.

Окончен « ____ » _____ 20 ____ г.

Операция № _____

Фамилия, имя, отчество больного _____

Диагноз до операции _____

Диагноз после операции _____

Обезболивание _____

Карта стационарного

больного № _____

Дата операции _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

Хирург _____

Ассистенты _____

Наркотизатор _____

ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ

Описание препарата (удаленного органа, части органа) _____

Исход операции _____

Образец

В журнале прошнуровано, пронумеровано
и скреплено печатью _____ листов
« _____ » _____ 20 _____ г.
Ф.И.О., должность, подпись _____

ЖУРНАЛ

**регистрации операций,
при которых изменяется количество
прекурсоров наркотических средств
и психотропных веществ**

ФГБУЗ НКЦ ФМБА России

ЖУРНАЛ

**регистрации операций, при которых изменяется количество
прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ**

Перекурсор наркотического средства (психотропного вещества)

(наименование, единица измерения)

Начат « ____ » _____ 20 ____ г.

Окончен « ____ » _____ 20 ____ г.

ЖУРНАЛ
учета пациентов
отделения лучевой
диагностики

ЖУРНАЛ
учета пациентов
отделения лучевой диагностики

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ
учета пациентов
отделения лучевой
диагностики

ЖУРНАЛ
учета пациентов
отделения лучевой диагностики

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Код учреждения по ОКПО 53548241
Медицинская документация
Форма №148-1/у-88

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021г. № 1094н

Отметка о назначении лекарственного препарата по решению
врачебной комиссии

РЕЦЕПТ

Серия НКЦ

№

«___» _____ 202__ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента

Дата рождения _____

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего
врача (фельдшер, акушерки) _____

Руб.	Коп.	Rp:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

Журнал
регистрации выданных
медицинских заключений о наличии (об отсутствии)
у судоводителей маломерных судов
(кандидатов в судоводители маломерных судов)
медицинских противопоказаний
или медицинских
ограничений к управлению маломерными судами

Журнал
регистрации выданных
медицинских заключений о наличии
(об отсутствии)
у судоводителей маломерных судов
(кандидатов в судоводители
маломерных судов)
медицинских противопоказаний
или медицинских
ограничений к управлению
маломерными судами

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

**Журнал
регистрации ультразвуковых
исследований пациентов
плавсостава**

**Журнал
регистрации ультразвуковых
исследований пациентов
плавсостава**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ
регистрации ультразвуковых
исследований пациентов
по внебюджету

ЖУРНАЛ
регистрации ультразвуковых
исследований пациентов
по внебюджету

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

**Журнал
регистрации ультразвуковых
исследований пациентов
по ОМС и федеральному
бюджету**

**Журнал
регистрации ультразвуковых
исследований пациентов
по ОМС и федеральному
бюджету**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

Журнал

**регистрации ультразвуковых
исследований пациентов
по ДМС и договору**

**Журнал
регистрации ультразвуковых
исследований пациентов
по ДМС и договору**

Начат: _____ 20__ г.

Окончен: _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Новороссийск клинический центр
Федерального медико-биологического агентства»
(ФГБУЗ НКЦ ФМБА РОССИИ)

**ИНФОРМИРОВАНИЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК И ОТКАЗА ОТ НИХ**

Подписывая данный документ, я _____
(фамилия, имя, отчество)
настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом _____
(фамилия, имя, отчество)

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1988 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд из страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

_____ (название прививки)
возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки

_____ (название прививки)
добровольно отказываюсь от проведения прививки

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____ (название прививки)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ (Ф.И.О пациента)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок и дал ответы на все вопросы. _____ (подпись)

ВРАЧ _____ (Ф.И.О)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ (подпись)

Информирование добровольное согласие На обязательное психиатрическое освидетельствование

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

Даю свое согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

Даю свое согласие на направление экземпляра медицинского заключения по результатам психиатрического освидетельствования своему работодателю

« _____ » _____ 20 _____ года

Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии

Врач _____
(должность, Ф.И.О)

_____ (подпись)

Анкета для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Дата обследования (день, месяц, год):			
Ф.И.О.:			Пол:
Дата рождения (день, месяц, год):			Полных лет:
Поликлиника ФГБУЗ «НКЦ ФМБА» России		Врач:	
1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	Нет
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое?	Да	Нет
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
2	Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да	Нет
3	Был ли у Вас инсульт?	Да	Нет
4	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?	Да	Нет
5	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	Нет
6	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?	Да	Нет

Анкета для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Дата обследования (день, месяц, год):			
Ф.И.О.:			Пол:
Дата рождения (день, месяц, год):			Полных лет:
Поликлиника ФГБУЗ «НКЦ ФМБА» России		Врач:	
1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	Нет
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое?	Да	Нет
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
2	Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да	Нет
3	Был ли у Вас инсульт?	Да	Нет
4	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?	Да	Нет
5	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	Нет
6	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?	Да	Нет

7	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?				
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет		
8	Возникла ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?			Да	Нет
	Возникло ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?			Да	Нет
10	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?			Да	Нет
	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?			Да	Нет
12	Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?			Да	Нет
	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?			Да	Нет
14	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?			Да	Нет
	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?			Да	Нет
16	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?			Да	Нет
	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?			Да	Нет
18	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?			Да	Нет
	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)			Да	Нет
20	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?			сиг/день	
	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?			До 30 минут	30 минут и более
22	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?			Да	Нет
	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее			Да	Нет
24	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?			Да	Нет
	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
25	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	> 4 раз в неделю (4 балла)
	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива				
26	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	> 10 порций (4 балла)
	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива				
27	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	> 4 раз в неделю (4 балла)
	ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна баллов				

7	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?				
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет		
8	Возникла ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?			Да	Нет
	Возникло ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?			Да	Нет
10	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?			Да	Нет
	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?			Да	Нет
12	Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?			Да	Нет
	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?			Да	Нет
14	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?			Да	Нет
	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?			Да	Нет
16	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?			Да	Нет
	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?			Да	Нет
18	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?			Да	Нет
	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)			Да	Нет
20	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?			сиг/день	
	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?			До 30 минут	30 минут и более
22	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?			Да	Нет
	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее			Да	Нет
24	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?			Да	Нет
	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
25	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	> 4 раз в неделю (4 балла)
	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива				
26	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	> 10 порций (4 балла)
	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива				
27	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	> 4 раз в неделю (4 балла)
	ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна баллов				

**ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ПАЦИЕНТА
ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

Ф.И.О. _____

№ п/п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание

Подпись врача-рентгенолога _____

*Примечание. Лист вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного или историю развития ребенка.***ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ПАЦИЕНТА
ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

Ф.И.О. _____

№ п/п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание

Подпись врача-рентгенолога _____

*Примечание. Лист вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного или историю развития ребенка.***ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ПАЦИЕНТА
ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

Ф.И.О. _____

№ п/п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание

Подпись врача-рентгенолога _____

*Примечание. Лист вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного или историю развития ребенка.***ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ПАЦИЕНТА
ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

Ф.И.О. _____

№ п/п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание

Подпись врача-рентгенолога _____

*Примечание. Лист вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного или историю развития ребенка.***ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ПАЦИЕНТА
ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

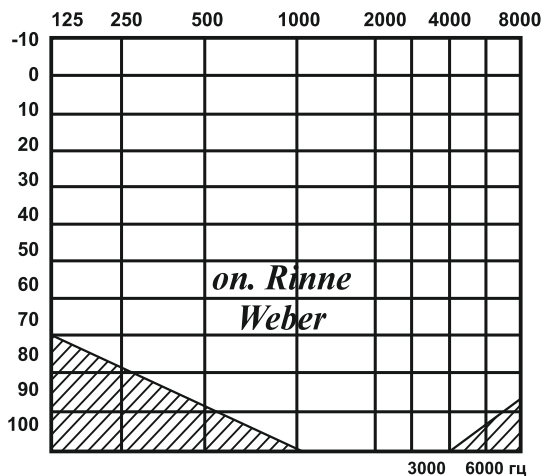
Ф.И.О. _____

№ п/п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание

Подпись врача-рентгенолога _____

Примечание. Лист вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного или историю развития ребенка.

ПОНИЖЕНИЕ СЛУХА ∞



« _____ » 20 Г.

№ _____ ⊕

Ф.И.О _____

ВОЗРАСТ _____

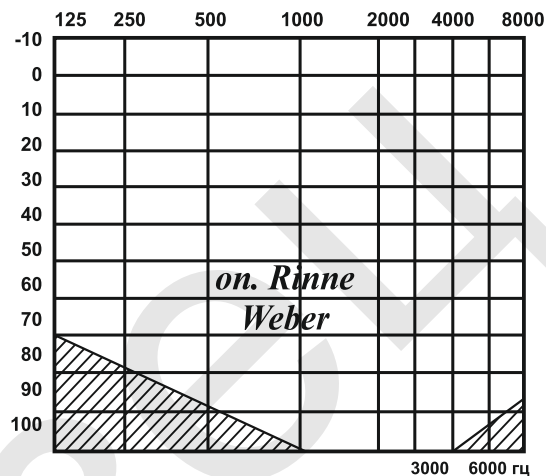
ПРОФЕССИЯ _____

ДИАГНОЗ _____

	ПРАВ.	ЛЕВ.
ВОЗДУШН.		
КОСТНЫЙ		

ПОДПИСЬ _____ ⊕

ПОНИЖЕНИЕ СЛУХА ∞



« _____ » 20 Г.

№ _____ ⊕

Ф.И.О _____

ВОЗРАСТ _____

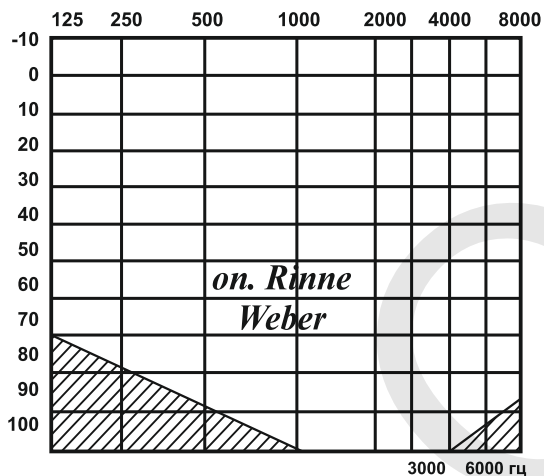
ПРОФЕССИЯ _____

ДИАГНОЗ _____

	ПРАВ.	ЛЕВ.
ВОЗДУШН.		
КОСТНЫЙ		

ПОДПИСЬ _____ ⊕

ПОНИЖЕНИЕ СЛУХА ∞



« _____ » 20 Г.

№ _____ ⊕

Ф.И.О _____

ВОЗРАСТ _____

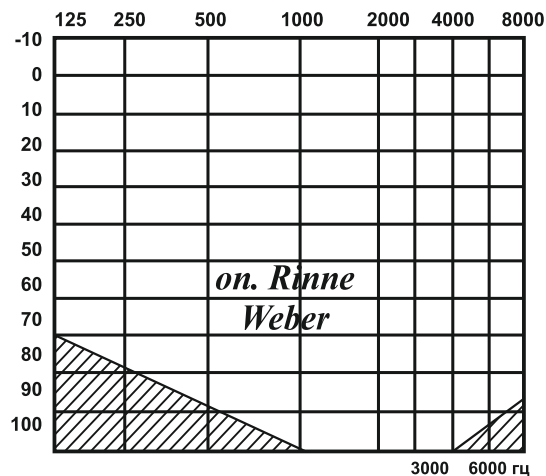
ПРОФЕССИЯ _____

ДИАГНОЗ _____

	ПРАВ.	ЛЕВ.
ВОЗДУШН.		
КОСТНЫЙ		

ПОДПИСЬ _____ ⊕

ПОНИЖЕНИЕ СЛУХА ∞



« _____ » 20 Г.

№ _____ ⊕

Ф.И.О _____

ВОЗРАСТ _____

ПРОФЕССИЯ _____

ДИАГНОЗ _____

	ПРАВ.	ЛЕВ.
ВОЗДУШН.		
КОСТНЫЙ		

ПОДПИСЬ _____ ⊕

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Код учреждения по ОКПО 53548241
Медицинская документация
Форма № 107-1/У
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Код учреждения по ОКПО 53548241
Медицинская документация
Форма № 107-1/У
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее-при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее-при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Код учреждения по ОКПО 53548241
Медицинская документация
Форма № 107-1/У
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Код учреждения по ОКПО 53548241
Медицинская документация
Форма № 107-1/У
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее-при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее-при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество дней)

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее-при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее-при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Код учреждения по ОКПО 53548241
Медицинская документация
Форма № 107-1/У
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее-при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее-при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество дней)

Отметка о назначении лекарственного
препарата по решению врачебной комиссии

Отметка о назначении лекарственного
препарата по решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил

Приготовил	Проверил	Отпустил

Отметка о назначении лекарственного
препарата по решению врачебной комиссии

Отметка о назначении лекарственного
препарата по решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил

Приготовил	Проверил	Отпустил

ЖУРНАЛ

**учета проведения медицинского
освидетельствования плавсостава**

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ

ЖУРНАЛ

**учета проведения медицинского
освидетельствования плавсостава**

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ

Начат: «_____» _____ 20__ г.

Окончен: «_____» _____ 20__ г.

ЖУРНАЛ

**учета проведения медицинского
освидетельствования плавсостава**

ВНЕБЮДЖЕТ

ЖУРНАЛ

учета проведения медицинского
освидетельствования плавсостава

ВНЕБЮДЖЕТ

Начат: «_____» _____ 20__ г.

Окончен: «_____» _____ 20__ г.

