

НАПРАВЛЕНИЕ

на плановую госпитализацию пациента в отделение медицинской реабилитации (стационар, дневной стационар, амбулаторно- поликлиническое помощь (нужное подчеркнуть)

наименование медицинской организации _____

Ф.И.О. _____

Дата

рождения _____

Домашний адрес, телефон _____

Паспорт_Серия _____ N _____

СНИЛС _____ Номер страхового полиса ОМС _____

Место работы (учебы), должность _____

Пребывает на листке нетрудоспособности с _____

Сроки пребывания на листке нетрудоспособности за последние 12 месяцев

ДИАГНОЗ:

Основной: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Оценка по ШРМ: _____

Оценка реабилитационного потенциала (высокий- полное восстановление; средний- частичное восстановления функционирования, низкий- адаптации и компенсации; отсутствует- потенциал ухода). Нужно подчеркнуть.

ЦЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ: _____

Наименование и адрес учреждения, выдавшего направление (телефон) _____

Клинический минимум:

ФЛГ (1 год) _____ RW (не более 1 мес) _____

ВИЧ, HBs Ag (по показаниям) _____

анализ кала на яйца глистов (не более 1 мес) _____

ОАК (не более 1 мес) _____

ОАМ (не более 1 мес) _____

Биохимический анализ крови (не более 1 мес) _____

ЭКГ (не более 1 мес) _____

Р-графия, КТ, МРТ (1 год) _____

Заключение специалистов (соответственно диагнозу):

Онколог _____

Гинеколог _____

Травматолог- ортопед _____

Другой специалист (невролог, кардиолог) _____

История болезни

Жалобы _____

Анамнез болезни (подробно со дня заболевания, в динамике)

Объективное состояние на момент осмотра

_____ Л

окальный статус (походка, ТСР, при контрактуре суставов указать углы, и.т.д): _____

Лечение (перечислить основные препараты) _____

ВНИМАНИЕ!

- При направлении документов в Единый центр поддержки и сопровождения пациентов **ОБЯЗАТЕЛЬНО** приложить вместе с документами сканированные копии выписки из амбулаторной карты и /или/ из стационара по основному заболеванию и заключения всех рентгенологических исследований и дополнительных (УЗИ, МРТ, КТ, рентген и др).

- Пациент должен прибыть в срок, указанный в направлении, строго соблюдать время госпитализации!

Дата направления _____

Ф.И.О., должность направившего врача _____ Подпись,
печать _____

Ф.И.О. заведующего поликлиники _____ Подпись,
печать _____