

Распоряжение министерства здравоохранения Архангельской области от 29 октября 2012 г. N 522-рo

"О порядке направления пациентов в консультативные поликлиники и стационары специализированных государственных бюджетных учреждений здравоохранения Архангельской области"

В целях организации и повышения доступности оказания медицинской помощи жителям Архангельской области в специализированных государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Архангельской области:

1. Утвердить прилагаемые:

порядок направления пациентов в консультативные поликлиники и стационарные отделения государственных бюджетных учреждений здравоохранения Архангельской области (далее - Порядок);

перечень населенных пунктов, консультация и обследование пациентов из которых в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области "Архангельская областная клиническая больница" проводится по направлению медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов;

формы консультативных карт для направления в центр телемедицины государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области "Архангельская областная клиническая больница".

2. Главным врачам учреждений здравоохранения Архангельской области организовать направление пациентов в консультативные поликлиники и стационарные отделения государственных бюджетных учреждений здравоохранения Архангельской области в соответствии с утверждённым Порядком.

3. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя министра - начальника управления организации медицинской помощи министерства здравоохранения Архангельской области А.М. Каверина.

4. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

Министр

Л.И. Меньшикова

УТВЕРЖДЕН
распоряжением
министерства здравоохранения
Архангельской области

**Порядок
направления пациентов в консультативные поликлиники и стационарные
отделения государственных медицинских организаций Архангельской области**

I. Общие положения

1.1. Порядок направления пациентов в консультативные поликлиники и стационарные отделения государственных медицинских организаций Архангельской области (далее - ГМО АО) (далее - Порядок) определяет алгоритм действий медицинских организаций (далее - МО) по направлению пациентов в ГМО АО для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской

области в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи.

1.2. Решение о необходимости плановой консультации пациентов в ГМО АО принимает лечащий врач (врачебная комиссия МО, врачебный консилиум). В отдельных случаях направление по согласованию с ГМО АО может быть оформлено специалистами структурных подразделений МО (врачебной амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта), в том числе в случае удаленности и отсутствия транспортной доступности населенного пункта.

1.3. Пациенту при обращении в ГМО АО для получения консультативной амбулаторно-поликлинической или стационарной медицинской помощи необходимо представить:

паспорт гражданина Российской Федерации, в т.ч. детям, достигшим 14 лет;

свидетельство о рождении (дети до 14 лет);

полис обязательного медицинского страхования;

направление на консультацию или госпитализацию;

страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС);

документ, подтверждающий право гражданина на получение набора социальных услуг (пациентам, имеющим группу инвалидности);

выписку из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с данными о предшествующем лечении и объективном статусе, у детей должна быть обязательно представлена выписка из истории развития ребёнка, сведения о перенесённых заболеваниях. В выписке отмечаются даты, результаты обследований и консультаций (включая ультразвуковое, рентгенологическое, эндоскопическое и иные инструментальные виды исследований), проведенных в амбулаторно-поликлинических или стационарных отделениях по месту прикрепления/жительства.

Обследование должно быть проведено в соответствии с порядками, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями по нозологической форме заболевания (с учетом уровня МО).

1.4. При оказании специализированной медицинской помощи устанавливается очередность на проведение плановых консультаций и диагностических исследований в соответствии со сроками, утвержденными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области, с регистрацией в установленном МО порядке, в том числе с использованием медицинской информационной системы.

II. Оформление направления пациентов в консультативные поликлиники и стационарные отделения ГМО АО

2.1. Направление на консультативный прием/госпитализацию (далее - Направление) по прилагаемой форме заполняется МО, осуществляющей наблюдение или лечение пациента, подписывается лечащим врачом и заместителем главного врача по медицинской части или председателем врачебной комиссии МО (с расшифровкой подписей), отмечается служебный контактный телефон.

2.2. В Направлении указываются:

Ф.И.О. пациента, дата его рождения, адрес постоянного места жительства или регистрации по месту пребывания (на основании соответствующих документов);

полное наименование и адрес ГМО АО, куда направляется пациент, а также профиль специальности врача, консультация которого необходима;

основной диагноз (предварительный) и сопутствующие заболевания;

цель консультации, которая должна быть чётко сформулирована (для уточнения диагноза, дополнительного обследования, коррекции лечения, для решения вопроса о госпитализации и др.).

2.3. Для всех пациентов, имеющих листок нетрудоспособности, в Направлении оформляется краткий эпикриз временной нетрудоспособности (время выдачи первичного листка нетрудоспособности, число дней нетрудоспособности, дата проведения последней ВК по месту жительства).

2.4. Направление для граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, оформляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (учётная форма N 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию").

III. Перечень обязательных обследований при направлении пациента на консультативный приём или госпитализацию в ГМО АО

3.1. Обязательные общеклинические лабораторные исследования (давность не более 1 мес.):

- анализ крови общеклинический;
- анализ мочи общий;
- анализ крови на сахар (для детей - по показаниям).

3.2. Данные обследования и консультаций:

флюорография легких или рентгенография лёгких (давностью не более 2 лет для взрослых), также обязательна родителям при госпитализации с детьми по уходу;

электрокардиография (мужчины с 36 лет, женщины с 45 лет);

для женщин - осмотр гинеколога или акушерки (мазки на флору и gn) (давностью не более 6 месяцев):

заключения лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических, эндоскопических и др. методов исследования по нозологической форме заболевания (выполненных с учетом уровня МО);

справки об отсутствии карантина для детей (давностью не более 2 недель);

анализы на патогенную кишечную флору, энтеробиоз, исследование кала на гельминты (при госпитализации детей до 17 лет включительно и для родителей при госпитализации с детьми по уходу).

IV. Перечень обследований при направлении пациента на плановое оперативное лечение в ГМО АО

4.1. Обязательный минимальный перечень обследований и консультаций при направлении на консультативный приём определен в разделе III Порядка.

4.2. Лабораторные исследования (давность не более 14 дней):

заключение о групповой принадлежности крови и резус-факторе;

при оперативном пособии, предполагающем значимую кровопотерю;

показатели свертывающей системы крови (АПТВ, тромбоциты, фибриноген. МНО у пациентов, принимающих антикоагулянты);

биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, общий белок, билирубин, АСТ, АЛТ, амилаза);

электролиты: кальций, калий, натрий;
данные обследования на ВИЧ-инфекцию;
данные обследования на вирус гепатита В, С (HBs- антиген, антитела к HCV).

4.3. Данные обследований и консультаций:

рентгенография лёгких для детей 1-го года жизни не более 1 месяца давности;
для детей от 1 до 14 лет не более 3-х месяцев давности;

для детей старше 14 лет не более 6 месяцев давности или данные флюорографии;

флюорография органов грудной клетки - для взрослого населения (давность не более 2-х лет);

ЭКГ с расшифровкой (давностью не более 1 месяца + плёнка);

заключения дополнительных исследований по профилю заболевания (ультразвуковых, рентгенологических, эндоскопических и др. методов, с приложением рентгенограмм и дисков с записью КТ/МРТ);

заключение врача-стоматолога о санации полости рта (давностью не более 3 месяцев);

консультация врача-оториноларинголога (по показаниям);

консультации врача-терапевта, врача-педиатра с указанием полного диагноза и рекомендованной лекарственной терапии (каждый лекарственный препарат отмечается с разовой дозировкой и количество приёмов в сутки), а также информация об отсутствии противопоказаний для оперативного лечения;

консультации врачей-специалистов при наличии сопутствующей патологии;

стекла, блоки в случае проведения цитологического/гистологического исследования по месту жительства.

ПРИЛОЖЕНИЕ
к Порядку направления пациентов
в консультативные поликлиники и стационарные
отделения государственных медицинских
организаций Архангельской области

НАПРАВЛЕНИЕ
на консультативный прием/госпитализацию

название ГМО АО _____

К врачу-специалисту _____

1. Наименование муниципального образования _____

направляющей медицинской организации _____

Дата направления _____

2. Ф.И.О. пациента _____

3. Возраст _____ Профессия _____ Инвалидность _____

4. Место работы _____

5. Место жительства _____

6. Серия, N страхового полиса, компании, СНИЛС _____

7. Серия, N паспорта/свидетельства о рождении пациента _____

Данные о законном представителе (ФИО, N паспорта) _____

8. Краткие сведения о пациенте (анамнез, объективные данные, динамика) _____

9. Сведения о прохождении обследования (флюорографии легких, осмотр гинеколога (смотровой кабинет) для женщин, ЭКГ для лиц старше 40 лет, общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар) _____

10. Данные лабораторных, инструментальных, функциональных и рентгенологических исследований _____

11. Проведенное лечение и его эффективность _____

12. Эпикриз временной нетрудоспособности (наличие листка временной нетрудоспособности (с какого времени по данному заболеванию, количество дней за последние 12 месяцев, наличие инвалидности) _____

13. Диагноз при направлении основной _____

Диагноз сопутствующий _____

14. Цель направления _____

Заместитель главного врача _____

подпись

расшифровка

Лечащий врач _____

подпись

расшифровка

МП

УТВЕРЖДЕН
распоряжением
министерства здравоохранения
Архангельской области

Перечень
населенных пунктов, консультация и обследование пациентов из которых в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области "Архангельская областная клиническая больница" проводится по направлению медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов

Исключен с 21 января 2019 г. - Распоряжение министерства здравоохранения
Архангельской области от 21 января 2019 г. N 06-ро

УТВЕРЖДЕНЫ
распоряжением
департамента здравоохранения
Архангельской области

**Консультативные карты
для направления в центр телемедицины ГБУЗ АО "Архангельская областная
клиническая больница"**

1. Телеконсультация врача-кардиолога
 2. Телеконсультация врачей хирургического профиля
 3. Телеконсультация ревматолога
 4. Телеконсультация эндокринолога
 5. Телеконсультация гематолога
 6. Телеконсультация гастроэнтеролога
 7. Телеконсультация невролога
- Всего на 14 листах.

Телеконсультация кардиолога

Данные о заявителе	
Название ЛПУ	Название отделения

ФИО лечащего врача	Контактная информация

Данные о консультации		
Вид консультации	Цель консультации	Профиль специалиста
		кардиология

Данные о пациенте		
ФИО пациента	Пол	Возраст
Больничный лист	Инвалидность	

Диагноз на момент консультации

Вопросы к консультанту

Данные из истории болезни

Анамнез

Дебют заболевания:

Лечение с момента дебюта:

Динамика развития симптомов:

Осложнения:

Факторы риска:

Данные объективного исследования на момент консультации

ЧСС _____ в мин, АД(S) _____ мм.рт.ст. АД(D) _____ мм.рт.ст.

Данные дополнительного обследования (при наличии в ЦРБ)

Клинический минимум:

ОАК (ДАТА:) Eг _____ $\times 10^{12}/л$, Hb г/л, L _____ $\times 10^9/л$,
б- _____ %, э- _____ %, п- _____ %, с- _____ %, л- _____ %, м- _____ %, СОЭ- _____ мм/ч.
ОАМ (ДАТА: _____) цвет _____, уд.вес _____, рН _____, сахар _____, ацетон _____, белок _____,
эпит. _____ в п/зр, L _____ в п/зр, Eг _____ в п/зр, слизь _____, соли _____,
желчные пигменты _____, бактерии _____.
Уровень глюкозы в крови и (ДАТА:) _____ ммоль/л

Анализ крови на RW (ДАТА:) _____

Исследование кала на яйца глист (ДАТА:) _____

ЭКГ (ДАТА:) _____

Флюорографическое исследование легких(ДАТА:) _____

Данные лабораторного исследования (при наличии в ЦРБ)

Биохимический анализ крови (ДАТА: _____ холестерин _____ ммоль/л, ЛПВП _____ ммоль/л,

ЛПНП _____ ммоль/л, триглицериды _____ ммоль/л, креатинин _____ ммоль/л, мочевины _____ ммоль/л,

Дата направления	
------------------	--

**Телеконсультация пациентов хирургического профиля
(хирург, уролог, травматолог и т.д.)**

Данные о заявителе	
Название ЛПУ	Название отделения

ФИО лечащего врача	Контактная информация

Данные о консультации		
Вид консультации	Цель консультации	Профиль специалиста
		нефрология

Данные о пациенте		
ФИО пациента	Пол	Возраст

Диагноз на момент консультации

Вопросы к консультанту

Данные из истории болезни

Анамнез

Дебют
заболевания: _____

Лабораторные
показатели: _____

Лечение с момента дебюта (протокол
операции): _____

Динамика: _____

Данные объективного исследования при поступлении

ЧСС в мин, АД мм.рт.ст.
Симптом поколачивания по поясничной области: отрицательный / положительный, справа /
слева.
Мочеиспускание: свободное / затруднено, учащено / не учащено, болезненное /
безболезненное.

Моча: прозрачная / мутная, светло-желтого / бурого цвета, осадок есть / нет.

Данные лабораторного исследования (при наличии в ЦРБ)

Er _____ ×
ОАК (ДАТА:) _____
10¹² /л, Hb г/л, L _____ × 10⁹ /л,
б-____%, э-____%, п-____%, с-____%, л-____%, м-____%, СОЭ-_____ мм/ч.

ОАМ (ДАТА:) цвет _____, уд. вес _____, рН _____, сахар _____, ацетон _____, белок _____,
эпит. _____ в п/зр, L _____ в п/зр, Er _____ в п/зр, слизь _____, соли _____,
желчные пигменты _____, бактерии _____.

ОАМ (ДАТА:) цвет _____, уд. вес _____, рН _____, сахар _____, ацетон _____, белок _____,
эпит. _____ в п/зр, L _____ в п/зр, Er _____ в п/зр, слизь _____, соли _____,
желчные пигменты _____, бактерии _____.

ОАМ (ДАТА:) цвет _____, уд. вес _____, рН _____, сахар _____, ацетон _____, белок _____,
эпит. _____ в п/зр, L _____ в п/зр, Er _____ в п/зр, слизь _____, соли _____,
желчные пигменты _____, бактерии _____.

Уровень глюкозы в крови (ДАТА:) _____ ммоль/л

Анализ крови на RW (ДАТА:) _____

Исследование кала на яйца глист (ДАТА:) _____

Биохимическое исследование крови (ДАТА:) креатинин ммоль/л, мочеви́на ммоль/л,
холестерин ммоль/л, общий белок г/л, К ммоль/л, Са ммоль/л, На ммоль/л

Пр. Нечипоренко (ДАТА:) L ×10/л, Er ×10/л

Пр. Зимницкого (ДАТА:) _____

Пр. Реберга (ДАТА:) _____ мл/мин

Посев мочи на микрофлору (ДАТА:) _____

Данные инструментального обследования (при наличии в ЦРБ)

ЭКГ (ДАТА:) _____

Флюорографическое исследование легких (ДАТА:) _____

УЗИ брюшной полости (печень, поджелудочн. железа, селезенка, наличие свободной жидкости)
(ДАТА:) _____

УЗИ почек (при необходимости) (ДАТА:) _____

КТ (при наличии) (ДАТА:) _____

Экскреторная урография (ДАТА:) _____

Рентгенологические исследования (ДАТА:) _____

Диагностические скопические исследования (ДАТА:) _____

Лечение, результаты

Состояние пациента на момент консультации

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Дополнительные сведения, вопросы	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Дата направления	

Телеконсультация ревматолога

Данные о заявителе		
Название ЛПУ	Название отделения	
ФИО лечащего врача	Контактная информация	
Данные о консультации		
Вид консультации	Цель консультации	Профиль специалиста
		ревматология
Данные о пациенте		
ФИО пациента	Пол	Возраст
Диагноз на момент консультации		

Вопросы к консультанту		

Данные из истории болезни		
Анамнез		
Дебют заболевания (длительность заболевания, с каких суставов/отдела позвоночника дебют		

заболевания):

Интервал вовлечения других суставов:

Характер боли: механические, воспалительные

Боль более выражена в течение суток: утром, вечером, в первую или вторую половину ночи
(нужное подчеркнуть)

Наличие и продолжительность утренней скованности:

Наличие внесуставных проявлений:

Субфебрилитет/лихорадка:

Похудание:

Кожный синдром (характер проявлений, локализация)/фотосенсибилизация, аллопеция:

Наличие синдрома Рейно: есть / нет, полный, неполный (нужное подчеркнуть).

Миалгии/миозит:

Пальпируемые узелки над суставами, тофусы (нужное подчеркнуть).

Лимфаденопатия:

Полинейропатия:

Проявления "сухого" синдрома: ксеростомия, ксерофтальмия (нужное подчеркнуть).
Висцеральные проявления (поражение легких, сердца, почек, центральной нервной системы и др.)

Хронологическая связь с инфекцией: носоглоточной, урогенитальной, кишечной, дата:

Наличие псориаза у родственников: есть / нет (нужное подчеркнуть)

Данные объективного исследования при поступлении

Рост ____ см, вес ____ кг. Температура ____ . ЧСС ____ в мин, АД ____ мм.рт.ст.

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое,

Состояние обусловлено:

Кожный покров: обычной окраски, бледный, желтушный.

Наличие и характер сыпи

Осмотр пораженных суставов (нужное подчеркнуть; вписать пораженные суставы):

Боль при надавливании или движении:

Припухание мягких тканей / выпот/синовит :

Ограничение подвижности / контрактуры:

Повышение местной температуры:

Гиперемия кожи пораженных суставов:

Энтезопатии (ахиллоденция, талалгия и др.):

Симптомы сакроилеита: есть / нет, односторонние, двухсторонние

Данные лабораторного исследования (при наличии в ЦРБ)

ОАК (ДАТА: _____) Eг _____ $\times 10^{12}$ /л, Hb _____ г/л, L _____ $\times 10^9$ /л,
б- _____ %, э- _____ %, п- _____ %, с- _____ %, л- _____ %, м- _____ %, СОЭ- _____ мм/ч.

ОАМ (ДАТА: _____) цвет _____ уд.вес _____, рН _____, сахар _____, ацетон _____, белок _____,

эпит. _____ в п/зр, L _____ в п/зр, Eг _____ в п/зр, слизь _____, соли _____, желчные пигменты _____, бактерии _____.

Уровень глюкозы в крови (ДАТА: _____) _____ ммоль/л

Анализ крови на RW (ДАТА: _____)

Биохимическое исследование крови (ДАТА: _____) СРБ _____ мг/л, ревматоидный фактор _____ МЕ/мл,

общий белок _____ г/л, фибриноген г/л, АСЛО _____ мг/мл, КФК _____ ед/л, ЛДГ _____ ед/л,

мочевая кислота _____ ммоль/л, билирубин _____ ммоль/л, АлТ ед/л, АсТ _____ ед/л,

мочевина _____ ммоль/л, креатинин _____ ммоль/л, Са общий _____ ммоль/л, ионизированный

Са _____ ммоль/л, щелочная фосфатаза _____ ммоль/л.

Коагулограмма (ДАТА: _____) фибриноген _____ г/л, протромбин _____ %,

АЧТВ _____ сек, протромбиновый индекс _____ %.

Пр. Реберга (ДАТА:) _____ мл/мин

Уровень белка в суточном количестве мочи (ДАТА:) _____ мг.

Посев мочи на микрофлору (ДАТА:) _____

РПГА с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумом (ДАТА:) _____

Данные инструментального обследования (при наличии в ЦРБ)

ЭКГ (ДАТА:) _____

ЭхоКГ (ДАТА:) _____

Рентгенологическое исследование легких (ДАТА:) _____

УЗИ печени, селезенки, почек (нужное подчеркнуть) (ДАТА:) _____

ФГДС (ДАТА:)

Биопсия слизистой на амилоидоз (ДАТА:):

Осмотр специалистов
Консультация гинеколога (с результатами мазков), уролога, дерматолога, инфекциониста (нужное подчеркнуть). (ДАТА:):

Лечение, результаты

Состояние пациента на момент консультации
Дополнительные сведения, вопросы

Дата направления	

Телеконсультация эндокринолога

Динамика:

Данные объективного исследования при поступлении
Рост _____ см, вес _____ кг. ЧСС _____ в мин, АД _____ мм.рт.ст.
Вторичные половые признаки: соответствуют полу и возрасту, недоразвиты, преждевременно развиты, либидо, половое оволосение, менструальный цикл

Щитовидная железа: без изменений, увеличение 1, 2 ст., консистенция

подвижность _____, болезненность _____, узлы

Экзофтальм, дрожжание рук, симп. Грефе, др.

Нервно-психический статус:

Лимфатические узлы шеи:

Дополнительное обследование

Клинический минимум:

ОАК (ДАТА:) Eг _____ × Hb г/л, L _____ × 10⁹ /л,
10¹² /л,

б- _____ %, э- _____ %, п- _____ %, с- _____ %, л- _____ %, м- _____ %, СОЭ- _____ мм/ч.

ОАМ (ДАТА:) цвет _____, уд. вес _____, рН _____, сахар _____, ацетон _____, белок _____,

эпит. _____ - в п/зр, L _____ в п/зр, Eг _____ в п/зр, слизь _____, соли _____, желчные пигменты _____, бактерии _____.

Уровень глюкозы в крови (ДАТА:) _____ ммоль/л

Анализ крови на RW (ДАТА:) _____

ЭКГ (ДАТА:)

Флюорографическое исследование легких (ДАТА:) _____

При сахарном диабете:

Биохимическое исследование крови (ДАТА:) АлТ _____ ед/л, АсТ _____ ед/л, триглицериды _____ ммоль/л, креатинин _____ ммоль/л, мочевина _____ ммоль/л, холестерин _____ ммоль/л,

Уровень белка в суточном количестве мочи (ДАТА:) _____ мг.

УЗИ печени _____, желчного пузыря (ДАТА:)

Осмотр окулиста (ДАТА:)

Осмотр невролога (ДАТА:)

При несахарном диабете:

Биохимическое исследование крови (ДАТА:): креатинин _____ ммоль/л, мочеви́на _____ ммоль/л.

Пр.Зимницкого (ДАТА:) _____

Рентгенограмма черепа (ДАТА:) _____

Консультация окулиста (ДАТА:) глазное дно _____, поля зрения _____

Консультация невропатолога (ДАТА:) _____

При нарушении роста и полового развития:

УЗИ щитовидной железы (ДАТА:) _____

Рентгенограмма левой кисти (ДАТА:) _____

При заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез:

Биохимическое исследование крови (ДАТА:) холестерин _____ ммоль/л,

Са общий _____ ммоль/л, ионизированный Са _____ ммоль/л.

Экскреция в суточном количестве мочи (ДАТА:) Са _____ ммоль/сут, Р _____ ммоль/сут.

УЗИ щитовидной железы (ДАТА:) _____

При заболеваниях гипоталамо-гипофизарной системы:

Сахарная кривая (ДАТА:) натощак - _____ ммоль/л, через 30 мин - _____ ммоль/л,

через 1 час - _____ ммоль/л, через 1,5 часа - _____ ммоль/л, через 2 часа - _____ ммоль/л.

Биохимическое исследование крови (ДАТА:) ЛПВП _____ ммоль/л, ЛПНП _____ ммоль/л.

Рентгенограмма черепа, турецкого седла (ДАТА:) _____

Осмотр окулиста (ДАТА:) _____

УЗИ надпочечников (ДАТА:) _____

УЗИ надпочечников (ДАТА:) _____

УЗИ мочевого пузыря (ДАТА:) _____

ФГДС (ДАТА:) _____

Рентгенологическое исследование легких (ДАТА:) _____

Лечение, результаты

Состояние пациента на момент консультации

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Дополнительные сведения, вопросы	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Дата направления	

Телеконсультация гематолога

Динамика:

Данные объективного исследования при поступлении
ЧД _____ в мин, ЧСС _____ в мин, АД _____ мм.рт.ст.
Периферические лимфатические узлы:

Данные лабораторного исследования (при наличии в ЦРБ)
ОАК (ДАТА: _____) Eг _____ $\times 10^{12}$ /л, Hб _____ г/л, L _____ $\times 10^9$ /л, б- _____ %, э- _____ %, п- _____ %, с- _____ %, л- _____ %, м- _____ %, СОЭ- _____ мм/ч.
ОАМ (ДАТА: _____) цвет _____ уд.вес _____, рН _____, сахар _____, ацетон _____, белок _____, эпит. _____ в п/зр, L _____ в п/зр, Eг _____ в п/зр, слизь _____, соли _____, желчные пигменты _____, бактерии _____.
Уровень глюкозы в крови (ДАТА: _____) _____ ммоль/л
Анализ крови на RW (ДАТА: _____)
Исследование кала на яйца глист (ДАТА: _____)
Биохимическое исследование крови (ДАТА: _____) общий билирубин _____ ммоль/л, прямой билирубин _____ ммоль/л, АлТ _____ ед/л, АсТ _____ ед/л, мочевины _____ ммоль/л, сыв. железо _____ мкмоль/л, ЛДГ _____ ммоль/л, общ. белок _____ г/л, α 1-глобулин _____ %, α 2-глобулин _____ %, β -глобулин _____ %, γ -глобулин _____ %.
Коагулограмма (ДАТА: _____) фибриноген _____ г/л, протромбин _____ %,

УЗИ (ДАТА:)

Заключение рентгенологического исследования, ректороманоскопии (нужное подчеркнуть):
Дата проведения: _____

Консультация окулиста (ДАТА:)

Консультация гинеколога (ДАТА:)

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Лечение, результаты	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Состояние пациента на момент консультации	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Дополнительные сведения, вопросы	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Дата направления	

Телеконсультация гастроэнтеролога

Данные о заявителе		
Название ЛПУ	Название отделения	
ФИО лечащего врача	Контактная информация	
Данные о консультации		
Вид консультации	Цель консультации	Профиль специалиста гастроэнтерология
Данные о пациенте		
ФИО пациента	Пол	Возраст
Диагноз на момент консультации		
Вопросы к консультанту		
Данные из истории болезни		
Жалобы		
Боль: есть/нет, связана с едой/голодом/дефекацией (нужное подчеркнуть), локализация боли _____		

Изжога: есть/нет, с частотой 2 раза в неделю/ чаще/ реже; отрыжка воздухом есть/нет (нужное подчеркнуть).		
Тошнота: есть/нет, связана с приемом пищи да/нет (нужное подчеркнуть).		
Рвота: есть/нет (нужное подчеркнуть), с частотой _____		
характер рвотных масс _____		

Ощущение тяжести в эпигастрии: есть/нет (нужное подчеркнуть).
Вздутие живота есть/нет, урчание есть/нет, связь с приемом пищи есть/нет (нужное подчеркнуть).
Кожный зуд: есть/нет (нужное подчеркнуть).
Потеря веса: _____ Лихорадка:

Другое: _____

Анамнез

Дебют заболевания, развитие заболевания в динамике:

Лабораторные показатели:

Лечение с момента дебюта:

Данные объективного исследования при поступлении

Рост ____ см, вес ____ кг, Температура _____.

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое,

Кожный покров: обычной окраски, бледный, желтушный.

Язык: влажный, сухой, чистый, обложен, налет ____ цвета.

Живот: участвует в акте дыхания симметрично да / нет, признаки асцита да / нет, метеоризма да / нет,

подкожная венозная сеть видна да / нет

Болезненность при пальпации живота да/нет; умеренная, выраженная; локализация

Перистальтика кишечника удовлетворительная, усилена, ослаблена.

Печень: не увеличена, выступает из-под края реберной дуги на ____ см; край острый, закруглен, при пальпации безболезненная, болезненная.

Желчный пузырь: пальпируется да / нет, при пальпации болезненный да / нет,

Поджелудочная железа: пальпируется да / нет, уплотнена да / нет.

Селезенка: не пальпируется, выступает из-под края реберной дуги на ____ см

Стул: регулярно, запор ____, учащен до ____ раз в день, ____ цвета, оформленный, кашицеобразный, жидкий; наличие слизи, зелени, крови, непереваренных кусочков пищи.

Данные лабораторного исследования (при наличии в ЦРБ)

ОАК (ДАТА:) Eг _____ × 10¹² /л, Hb ____ г/л, L _____ × 10⁹ /л,

б-____%, э-____%, п-____%, с-____%, л-____%, м-____%, СОЭ-_____ мм/ч.

ОАМ (ДАТА:) цвет ____, уд. вес ____, рН ____, сахар ____, ацетон _____, белок _____,

эпит. _____ в п/зр, L _____ в п/зр, Eг _____ в п/зр, слизь ____, соли _____,

желчные пигменты, бактерии _____.

Уровень глюкозы в крови (ДАТА:) _____ ммоль/л

Анализ крови на RW (ДАТА:) _____

Исследование кала на яйца глист (ДАТА:) _____

Биохимическое исследование крови (ДАТА:) общий билирубин _____ ммоль/л, ГГТ _____ ед/л,

прямой билирубин _____ ммоль/л, АлТ _____ ед/л, АсТ _____ ед/л, амилаза _____ ед,

щелочная фосфотаза _____ ммоль/л, ЛПВП _____ ммоль/л, ЛПНП) _____ ммоль/л, холестерин _____

ммоль/л,

триглицериды _____ ммоль/л, фибриноген _____ г/л, протромбиновый индекс _____ %

IgM HAV _____, HBsAg _____, а/т к HCV _____

Диастаза мочи (ДАТА: _____) _____ ед.

Копрограмма (ДАТА: _____) цвет _____, консистенция _____,

мышечные волокна _____, нейтральный жир _____, жирные кислоты _____, мыла _____

неперевариваемая клетчатка _____, перевариваемая клетчатка _____, крахмал _____, слизь _____

лейкоциты _____, эритроциты _____, простейшие _____, яйца глист _____

Исследование кала на дисбактериоз (ДАТА:)

Данные инструментального обследования (при наличии в ЦРБ)

ЭКГ (ДАТА:)

Флюорографическое исследование легких (ДАТА:)

ФГДС (ДАТА:) заключение:

УЗИ (ДАТА: _____) Контуры печени ровные да/нет. Правая доля: КВР ___ мм, СР ___ мм.
Левая доля: ККР ___ мм, СР _____ мм. Толщина хвостатой доли ___ мм.
Структура гомогенная да/нет. Эхогенность _____, текстура мелкозернистая/крупнозернистая.
Сосудистый рисунок нормальный/обеднен/деформирован. Диаметр воротной вены мм.
Диаметр воротной вены ___ мм. Внутривенеченочные желчные протоки расширены.
Диаметр гепатохоледоха ___ мм.
Желчный пузырь. Длина ___ мм, поперечный ___ мм, стенки ___ мм.
Форма. Содержимое полости желчного пузыря _____
Поджелудочная железа. Головка ___ мм, тело ___ мм, хвост ___ мм. Контуры _____,
эхогенность _____. Внутренняя структура _____. Панкреатический проток _____ мм.
Заключение:

Заключение исследования желчи, ректороманоскопии или колоноскопии, рентгенологического
исследования, гистологического или цитологического исследования (нужное подчеркнуть):
(ДАТА:):

—

Лечение, результаты

Состояние пациента на момент консультации

Дополнительные сведения, вопросы

Дата направления

Телеконсультация невролога

Лабораторные показатели:

Лечение с момента дебюта:

Данные объективного исследования при поступлении

Рост ____ см, вес ____ кг.

Температура, ЧД ____ в мин, ЧСС ____ в мин, АД ____ мм.рт.ст.

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое,

Состояние обусловлено:

Сознание: ясное, возбужден, заторможен, сопор, кома.

Зрачки: равные, анизокория (Д / С). Диплопия: нет / есть.

Движение глазных: яблок в полном объеме, огранич. вверх, в стороны.

Реакция на свет: живая, вялая, отсутствует.

5-я пара: точки выхода болезненны Д-1, 2, 3. С-1, 2, 3.

7-я пара: лицо симметричное, асимметричное, парез периферический, центральный, слева / справа.

8-я пара: нистагм, шум в ушах, слух нормальный, снижен, отсутствует, головокружение системное, несистемное.

9-10 пары: глотание нормальное, поперхивание, пища выливается через нос, голос осиплый,

<p>гнусавый, афония. 12-я пара: язык отклоняется вправо / влево. Гипотрофия Д _____ С _____ половины. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц отрицательный / положительный на _____ п/п, с-м Кернига отрицательный / положительный. с-м Брудзинского отрицательный /положительный, верхний, средний, нижний. Чувствительность: гипестезия, анестезия, гиперстезия.</p>
<p>Рефлексы: с конечностей верхних _____ нижних _____</p>
<p>Патологические знаки: нет/ есть _____ _____</p>
<p>Координация: норма, в позе Ромберга пошатывается, падает вправо / влево, промахивается при пальценосовой пробе Д _____ С _____</p>
<p>Атаксия _____ Афазия: моторная, сенсорная, амнестическая. Апраксия, астериогноз _____</p>
<p>Расстройства движений: нет / есть. Гимиплегия _____ Параплегия _____</p>
<p>Тетраплегия _____ Моноплегия _____ Гемипарез _____ Парапарез _____</p>
<p>Тетрапарез _____ Монопарез _____</p>
<p>Вегетативная нервная система: дермографизм розовый, красный, белый, широкий, узкий, быстро исчезающий, гипергидроз ладоней, стоп _____</p>
<p>Эмоциональная сфера: эмоционально лабилен, загруженность, вялость, адинамия.</p>
<p>Периферическая нервная система: симптом Лассега _____ симптом Нери _____; симптом посадки _____ и др. симптомы _____</p>

Рентгенограмма _____ отдела позвоночника (ДАТА): _____

Люмбальная пункция (ДАТА: _____): ликвор вытекает под _____ давлением, цвет _____, осадок _____, сахар _____ ммоль/л, р. Панди _____, белок _____ г/л, цитоз _____ ×10/л (преобладают _____).

Лечение, результаты

Дополнительные сведения, вопросы

Дата направления

* неврологический статус описывается врачом-неврологом