|  |
| --- |
| Форма Ф025-12/У-ТМ1 |
| **утв. Приказом МЗ РС(Я)**  **№ 01-8/4-385 от «08» апреля 2011 г.** |

**Приложение №2**

**ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ**

**I. ЗАЯВКА № \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | |
| Наименование ЛПУ заказчика | | | | | |  | | | | | |
| **Подразделение ЛПУ** *(подчеркнуть нужное***): 1-поликлиника; 2-приемное отделение; 3-стационарное отделение;**  **4-реанимационное отделение; 5-иное** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **История болезни №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская карта № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |  | | **Дата поступления** (обращения) «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. |
|  | |  | | | | | | |  | | | |  | |  |
| **1. ФИО врача:** | |  | | | | | | | | **Код:** | | | | **Специальность:** | |
| **2. ФИО сред. медраб.:** | |  | | | | | | | | **Код:** | | | | **Специальность:** | |
| **3. ФИО пациента:** | |  | | | | | | | | **Код:** | | | | | |
| СМО | **Серия** | | **№ дог.** | | **№ пол** | **ПИН** | **СНИЛС** | | | **Код категории льготы** | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | |
| **Действителен до:** | «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. | | | | |  |  | | |  | | | | | |
| **4. Пол*:*** *1- муж; 2 - жен* | | **5. Дата рождения:** «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. 5а. Время рождения \_\_\_\_\_\_\_час.\_\_\_\_\_\_мин. 5б. Вес \_\_\_\_\_\_ рост\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Удостоверение личности** | | | | название\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. | | | | | | | | | | | | |
| **7. Национальность:** | | | | *1-русский; 2-саха; 3-эвен; 4- эвенк; 5-чукча; 6-юкагир; 7-долган; 8-прочие* | | | | | | | | | | | | |
| **8. Гражданство:** | | | | *1-Российская Федерация; 2-Республика Беларусь; 3-прочие* | | | | | | | | | | | | |
| 9. Адрес регистрации | | | |  | | | | | | **Участок:** | | | | | | |
| по месту жительства: | | | | (улус, населенный пункт, улица, дом, кв.) | | | | | |  | | | | | | |
| **10. Социальный статус:** | | | | *1-работает; 2-не работает (БОМР); 3-дошкольник организован; 4-дошкольник неорганизован; 5- дети неорганизованные;*  *6 -учащийся; 7-студент ВУЗа; 8-студент ССУЗ; 9-БОМЖ; 10-беженец; 11-безработный (состоит на Бирже труда);*  *12-военнослужащий, код\_\_\_\_\_; 13-член семьи военносл.; 14-вынужденный переселенец; 15-пенсионер по инвалидности;*  *16-пенсионер не работающий по старости; 17-иностранец с временной пропиской; 18-прочие;* | | | | | | | | | | | | |
| **11. Вид оплаты:** | | | | *1-ОМС; 2-ДМС; 3-бюджет; 4-платные услуги; 5-другое* | | | | | | | | | | | | | |

*Примечание: пункты 5а и 5б – заполняются для новорожденных.*

1. **Заявка направляется в (** *наименование ЛПУ***):**

**13. Диагноз направления: Код МКБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**14. Список прилагаемых медицинских документов и данные исследований (снимки, графические, фото- видео- и прочие изображения)**:

**15. Цель телеконсультации (***подчеркнуть нужное***):** диагностика заболевания, уточнение диагноза и лечения, консультация по ведению больного, возможность госпитализации, иное - указать

**16. Вид телеконсультации** (*подчеркнуть нужное*): экстренная / плановая, первичная / повторная

**17. Экстренная телеконсультация заявлена от начала заболевания (травмы):**

(*подчеркнуть нужное*) **в первые 6 часов – 1; в течении 7-24 часов – 2; позднее 24 часов – 3.**

**18. Способ связи (***указать номера (адреса) канала связи***):** IP видеоконференция, Skype, E-mail, IP телефон:

**19. Телеконсультация запрашивается** с информированного согласия пациента (без согласия пациента) (*подчеркнуть нужное*): - лечащим врачом,

- лечащим врачом в присутствии больного / лица, действующего в его интересах, - иное (*указать*)

**20. Требования к консультанту**: Ф.И.О. специализация ученая степень подразделение

**21. Вопросы к консультанту, примечания:**

**22. Ф.И.О., специальность лечащего врача, телефон:**

**23. Ф.И.О. ответственного лица, передавшего заявку:**

**24. Наименование отделения, адрес и телефоны (факсы) лечащего врача, заведующего отделением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**25. Заявка отправлена: дата «**\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.; **время \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.**

**Заместитель главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Заведующий отделением** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Лечащий врач отделения** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**