Приложение

К Положению,

утвержденному приказом МЗ и НМСК

№ 727/494-А от 21.09.2016 г.

Лист врачебных назначений

(Приложение к амбулаторной медицинской карте больного (F-025/e)

Фамилия, имя, отчество\_ Идентификационный номер МСПУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назначения | Исполнитель | Отметка о выполнении назначения | | | | | | | | | | | | |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Диета |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Медикаменты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Подписи** | врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медсестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Врач (Фамилия, имя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Личная печать врача